

EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA Y SU RELACIÓN CON EL PROFESIONAL ODONTÓLOGO Y AUXILIARES

Por el Dr. Gerardo Rodríguez Bociero

(Catedrático español)

1 - INTRODUCCIÓN

Dos años separan la notificación en los Angeles (EE.UU.), de los primeros casos de neumonía por Pn. Carinii, en homosexuales y la aceptación de la denominación de S.I.D.A., a efectos epidemiológicos por parte del Symposium sobre la enfermedad citada celebrado en Aarhus (Dinamarca), en octubre de 1983. Desde esa fecha hasta el momento presente el incremento de casos de SIDA en el mundo, ha sido más que preocupante para las Autoridades sanitarias tanto en el ámbito nacional como internacional.

La rápida extensión de las personas afectadas por el virus HIV (Virus de la Inmunodeficiencia Humana, por acuerdo del Comité Internacional de Taxonomía de las Infecciones), y el aumento en la progresión geométrica de los portadores del citado virus, han hecho exclamar al Dr. Mahler, Director General de la Organización Mundial de la salud, que el virus HIV, es el mayor enemigo mortal de la raza humana. (feb. 1987).

Si tenemos en cuenta que las últimas predicciones de la O.M.S., con respecto a la enfermedad,

cifra en CIENTO MILLONES de sujetos los que se encontrarán a finales de 1990 afectados por la misma, y siendo por otra parte muy escasas las esperanzas de obtener una vacuna eficaz y de uso general, ni a corto ni a medio plazo, el panorama sanitario en un futuro inmediato no se nos presenta en modo alguno halagüeño.

Cabe señalar que existen pequeños focos de esperanza, que de tiempo en tiempo aportan algunos investigadores que como el Dr. V. Carreño, de la Fundación Jiménez Díaz, autoridad mundial en el estudio de la Hepatitis B, quien tras declararse asombrado de la similitud entre ambos virus, el de la Hepatitis B, y el HIV, abre la puerta a la esperanza ante la posibilidad de utilizar modificada, la vacuna de la Hepatitis, para prevenir el Síndrome Inmunodeficiente.¹

El conjunto de las consideraciones precedentes, reafirma la extraordinaria importancia que reviste desde el punto de mira de la salud pública, la adopción de medidas preventivas, para reducir al mínimo el riesgo de contagio como consecuencia de

nuestras actividades profesionales, en el área dental, motivo fundamental del presente trabajo.

La conducta a seguir por el profesional en su gabinete ante los pacientes portadores de anticuerpos contra el virus, será, por tanto, principal objetivo de nuestras consideraciones posteriores.

2 - EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA:

La infección a través de pacientes seropositivos y su transmisión para personal sanitario.

en base al conocimiento actual, todos los sujetos con anticuerpos positivos al virus del SIDA deberán ser considerados como capaces de transmitir la enfermedad, e incluso ellos mismos pudieran permanecer infectados de por vida. Minuciosos estudios realizados tanto en Inglaterra como en los EE.UU., mostraron que la infección por virus HIV, no se produce con facilidad entre el personal sanitario, y el odontólogo lo es, a cargo del cuidado y tratamiento de pacientes y portadores del virus. Sin embargo, debido al sombrío pronóstico de la infección en ciertas manipulaciones clínicas específicas, deberán tenerse en cuenta en razón a minimizar la exposición al material y tejidos infectados y poder reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad.

Un grupo de cincuenta y dos sanitarios que accidentalmente sufrieron pinchazos con material procedente de enfermos con S.I.D.A., además de una sanitaria a la que fortuitamente alcanzó sangre de estos pacientes en su conjuntiva ocular, y dos personas más del equipo de salud con heridas abiertas en sus manos, todos ellos, mostraron una clara seronegatividad al virus HTLV - III, como entonces era nombrado el causante de la enfermedad. El seguimiento del citado grupo sanitario se llevó a cabo durante el período comprendido entre agosto del '82 y abril del '84, y todo ello fue reportado por el Hospital General de Massachusetts y el Colegio Médico de Nueva York y posteriormente publicado.²

Otro grupo de diez y ocho sujetos, trabajadores de la salud, compuesto por ocho patólogos que habían realizado treinta y dos biopsias, seis especialistas de aparato digestivo y dos endoscopistas, así como un cirujano y su endoscopista habitual, manejando secreciones de estos enfermos, todos ellos, después de un período de seguimiento especial de dos años, siguieron siendo seronegativos al virus HIV, siendo estos datos igualmente reportados por los dos Centros Públicos antes mencionados.

Un informe del Dr. Stephen R. Porter, en el Reino Unido, señala que ninguno de los 52 odontólogos que accidentalmente estuvieron en contacto con sangre proveniente de pacientes con S.I.D.A., ninguno de ellos ha desarrollado la enfermedad.³

Los casos diagnosticados de S.I.D.A., hasta principios del año 1986, en Inglaterra, fueron de 709, practicándose más de 3000 determinaciones sobre muestra de sangre, en colaboración con los departamentos de Patología y Microbiología, y los estudios serológicos efectuados entre 150 profesionales del centro St. Stephens Hospital, ninguno fue seropositivo.⁴

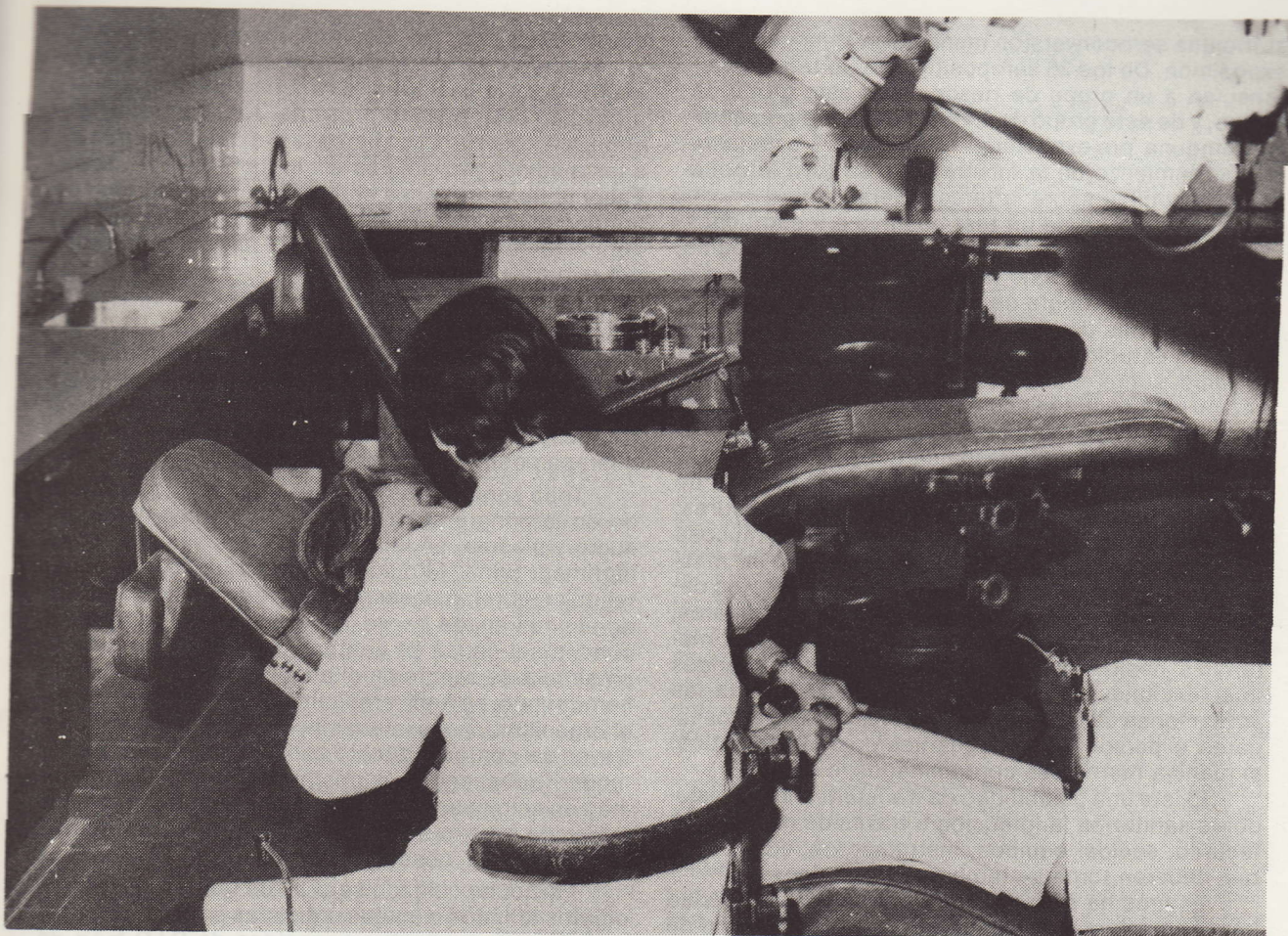
Un informe conjunto reciente de la Federación Dental Americana y la Organización Mundial de la Salud, afirma que ninguno de los 1500 profesionales dentales observados habían contraído la enfermedad como consecuencia exclusiva de su labor profesional.

En una "Revisión y puesta al día" del Doctor J. Fereres,⁵ se asegura que en un colectivo de idénticas proporciones de trabajadores hospitalarios expuestos al S.I.D.A., por medio de secreciones, agujas o líquidos orgánicos, sólo 26 de ellos presentaron anticuerpos anti-HIV, tres de los cuales no pertenecían a grupos de riesgo.

Mientras que el virus HIV, ha sido aislado en la sangre, semen, saliva, lágrimas y leche materna, la infección parece ser transmitida principalmente por interrelación sexual, o por transfusión o inoculación de sangre contaminada o sus derivados infectados. El virus HIV., parece ser menos transmisible que el de la Hepatitis B, inactivándose fácilmente mediante el calor y los desinfectantes como expondré más adelante.

También la infección puede ser transmitida al feto a través de madres infectadas a su vez, bien durante el embarazo o más probablemente durante el parto a través del canal del mismo. También el virus puede aparecer en otros fluidos orgánicos, contagiando a través de ellos, aunque no existe la evidencia importante hasta la fecha de que esto ocurra.

Sólo existe una referencia en la literatura mundial sobre la transmisión del S.I.D.A., a través de la saliva, reportada por el profesor WolkerWahn, Director de la Clínica Infantil Universitaria de Dusseldorf, referente a dos niños alemanes, hermanos, de 4 y 6 años de edad, de los que el más joven fue operado al año de vida por ser portador de una cardiopatía congénita y al que se administró suero de un donante americano infectado con el virus HIV (actualmente el donante se encuentra ingresado en un hospital de su país afectado de un Complejo Asociado al S.I.D.A.), y quien seis meses antes de fallecer mordió a su hermano, el cual, en estos momentos presenta también la enfermedad.⁶



El odontólogo debe extremar las precauciones en su consultorio.

Las heces, vómito, esputo, orina y pus, pueden considerarse peligrosas siempre que estén contaminadas con sangre. El virus, en el semen, puede tener su importancia en ciertos precederes quirúrgicos.

No existe evidencia suficiente de que el contacto social con sujetos seropositivos al virus, represente en sí, un riesgo de transmisión de la enfermedad, siendo ésta, más que dudosa como consecuencia de la tos, el estornudo, etc., así como por la utilización común de la vajilla, utensilios de comida, bebida y lavado, así como otros artículos de uso general, o de servicios de limpieza. Sin embargo, existen iertas especificaciones que aconsejan a estos sujetos portadores de virus o sus anticuerpos, la utilización perso-

nal de cepillos dentales, máquinas y maquinillas de afeitar y peine para el cabello, por la posibilidad de poderse contaminar de sangre.

El método más común de transmisión del virus al personal sanitario al cuidado de estos enfermos ha sido por inoculación percutánea de sangre infectada con agujas contaminadas, instrumentos cortantes o materiales de vidrio rotos.

Un estudio en los EE.UU., comprendió a 600 trabajadores sanitarios, expuestos directamente por vía parental a pinchazos o cortes, o a exposición dñe sus manos y mucosas a ciertos fluidos, especialmente, sangre de pacientes con S.I.D.A., y ninguno de estos trabajadores, inicialmente seronegativo

sufrió una seroconversión mensurable después de la exposición. De los 26 seropositivos, sólo tres no pertenecían a un grupo de riesgo, y de este grupo de riesgo, y de este grupo de 3, dos de ellos no presentaron ninguna pre-exposición que ayudara a determinar el comienzo de la misma, y no se tuvo información disponible sobre la tercera persona.

El desarrollo de un test positivo a los anticuerpos, en una enfermera de Inglaterra, ha sido recogido como consecuencia de producirse un pinchazo con una aguja con sangre de un paciente con S.I.D.A.

En el mes de enero de 1985, se inició en Inglaterra, un estudio prospectivo, sobre trabajadores de la salud, sobre el aspecto o posibilidad de contaminación e inoculación accidental que puede presentar dicho colectivo sanitario, a cargo del CDSC (Communicable Diseases Surveillance Centre).

Como el virus puede ser transmitido a favor de pequeñas escarificaciones, heridas, picaduras, quemaduras, etc., e incluso erosiones en la mucosa conjuntiva, el personal sanitario, deberá llevar mascarilla, guantes, y protectores oculares, así como delantales plásticos, debajo de una bata o similares, siempre que exista riesgo de contaminación por materiales posiblemente infectados, durante grandes intervenciones quirúrgicas, o dentales. Durante las actuaciones clínicas simples, en las salas u otros lugares, el personal llevará guantes y delantal plástico, si maneja materiales contaminados, o sangre.

Existe una posibilidad de transferir a los trabajadores sanitarios la infección a través de material infectado, suelos, equipos, instrumentos, etc., por lo que deberán tomarse también precauciones.

El virus ha sido aislado en la saliva, y salvedad hecha del reporte señalado por el profesor Wahn de Dusseldorf, aquella no ha sido unánimemente implicada en la transmisión de la enfermedad, siendo el mejor ejemplo de ello, los besos. No obstante, y teniendo en cuenta la posibilidades teóricas de transmisión y porque la saliva puede ser contaminada con sangre a través de las intervenciones llevadas a cabo en la cavidad oral, y siempre desde el punto de vista práctico, deberá considerarse la posibilidad de contagio a través de la saliva, en aquellas exposiciones a grandes cantidades de la misma, durante la actividad profesional.

3 - TOMA DE MUESTRAS PARA INVESTIGAR EN AFECTADOS DE S.I.D.A. O SOSPECHOSOS DE PORTAR ANTICUERPOS SEROPOSITIVOS AL HIV

El odontólogo, durante el desarrollo de su actividad profesional, precisa realizar no pocas veces, es-

tudios biopsicos de determinadas lesiones que tienen asiento en la cavidad oral. esta circunstancia de un lado, y la casi infinita variedad lesional que en la cavidad oral, pueden presentar los afectados por el S.I.D.A., por otro, confieren la máxima importancia a las medidas preventivas a adoptar en estos casos. El conjunto de lesiones orales que en el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, se pueden presentar han sido magistralmente objeto de consideración por el prof. J.J. Pindborg.⁷

Todo lo que antecede obliga al profesional de la odontología y a su personal auxiliar a conocer y observar las medidas preventivas a tomar en dichas circunstancias,⁸ con relación a la toma de muestras para la investigación posterior en laboratorio de sujetos sospechosos de S.I.D.A., o portadores de anticuerpos positivos contra el mismo.

Todo sanitario conoce que el virus ha sido aislado en la sangre completa, en las células libres del suero y plasma, en la leche materna, semen, saliva, lágrimas, orina y líquido cefalorraquídeo, así como tejido cerebral. A pesar de que todavía no se ha aislado el virus en las heces, es lógico pensar que éstas pueden ser causa de contaminación si se prueba la presencia de sangre en ellas. Aunque el virus, como hemos visto, se halla ampliamente repartido por todo el organismo, no existen sino hechos de infección a través del contacto directo con sangre, productos hemoderivados, semen, y posiblemente leche materna (hay un solo caso recogido en la literatura médica de infección por virus HIV en un lactante a través de la leche materna, observado en Australia).

Particular cuidado se debe de tener al manipular objetos afilados o agujas utilizadas en la recogida de muestras de pacientes conocidos de S.I.D.A., o de aquellos que se han identificado como pertenecientes a alguno de los grupos considerados de riesgo, entendido en los términos "tradicionales" epidemiológicos. Precisamente, una de las características epidemiológicas más destacables en los últimos meses, ha sido el fenómeno del "desbordamiento" de los grupos de riesgo que venían aceptándose mundialmente como tales. El factor señalado como desencadenante de tal circunstancia ha sido la inesperada irrupción de no pocos de los drogadictos infectados en el escenario de la prostitución con el único fin de conseguir los medios económicos para seguir sosteniendo su drogadicción, lo cual ha convertido a los sujetos heterosexuales promiscuos en uno de los grupos de riesgo numéricamente más señalado.

El material para biopsia, se tomará y manipulará por personal adiestrado y experimentado que deberá protegerse con guantes, batas, delantales y protege-

rán así mismo su boca y ojos si existe un peligro potencial de salpicadura durante la toma.

Se quitarán las agujas con sumo cuidado de las jeringas no recuperables (aproximadamente el 40% de los accidentes por auto-inoculación ocurren con agujas recuperables), descargándose suavemente el líquido en los contenedores para prevenir una contaminación externa. Si ocurriera dicha contaminación, deberán utilizarse los métodos desinfectantes.

Todos los instrumentos puntiagudos, desechables, deberán colocarse inmediatamente en recipientes apropiados y adecuados para su incineración, sin esperar nunca su capacidad al máximo.

Los productos no desechables se colocarán en un recipiente adecuado, con cierre de seguridad, para su desinfección y esterilización, desinfectando a continuación las superficies contaminadas.⁹

Una vez comprobada la seguridad del cierre, las muestras serán etiquetadas por medio de cualquier sistema simple de reconocimiento que indique riesgo y peligro de infección. Dichas muestras empaquetadas se colocarán en pequeños sacos o recipientes de plástico individuales, y sin utilizar grapas o clips metálicos, acompañando de una etiqueta que indique claramente conocimiento o sospecha de infección por el virus HIV, aunque para prevenir la infección puede enviarse también la muestra aparte.

Nunca deberán enviarse muestras al laboratorio sin incluir unas notas del clínico al anatomopatólogo, advirtiéndole en ellas del peligro que entraña el material que se le envía para su reconocimiento.

Si las muestras de enfermos de S.I.D.A., se envían por correo interior, el envase interno, el recipiente de la muestra y las notas del clínico deberán marcarse todas, indicando igualmente el peligro de infección.

Nunca se enviará material alguno al laboratorio si no existiera previamente un acuerdo con éste, como receptor y el paquete a enviar, deberá reunir las reglas establecidas para el envío postal de muestras patológicas. Los detalles para el empaquetado y etiquetado interno requeridos para el envío postal interior, figuran en la Guía de Correos y oficinas centrales.

Es aconsejable el tomar nota de cualquier cambio que se haya producido en los requisitos postales exigidos y señalados siempre en la última edición de la Guía mencionada.

Cuando se tenga que recurrir al correo internacional, deberán observarse todos y cada uno de los requisitos exigidos por el servicio de Sustancias Infecciosas Biológicas Perecederas, acordadas por la Asociación Internacional de Transporte Aéreo (IATA) y la Unión Postal Universal.

4 - LA ODONTOLOGÍA Y LOS PORTADORES DE ANTICUERPOS

Especificaciones y conducta a seguir.

Lógicamente, los pacientes afectados con el virus de la Inmunodeficiencia Humana, HIV., con una severa neumonitis por Pn. Carinii, por ejemplo, es poco probable que acudan nunca a un consultorio dental, pero muchas personas que presentan adenopatías generalizadas típicas del Complejo Asociado al S.I.D.A., y sujetos seropositivos al HIV, pueden en cualquier momento, como ya lo están reclamando, solicitar los servicios de cualquier odontólogo que le alivie el dolor o les trate cualesquier proceso infeccioso que tenga asiento en su cavidad oral.

Expertos en el tema, han calculado que cerca de la mitad de los enfermos de S.I.D.A., padecen una lesión de Sarcoma de Kaposi oral, siendo muy numerosos los pacientes con afecciones orales por Cándidas, siendo igualmente muy numerosos los enfermos que presentan lesiones orales típicas de leucoplasia vellosa o pilosa, que toma el nombre por su aspecto más grosero, lesión que en la actualidad se la considera patognomónica de S.I.D.A. También es muy frecuente la aparición precoz de un Kaposi oral en fase macular a nivel del segundo molar superior de cualquier lado, en plena superficie palatina.¹⁰

Por otra parte no debe considerarse casual el hecho que el primer toque de atención con respecto a las implicaciones que conlleva el tratamiento dental a los pacientes de S.I.D.A., tuviera lugar en Bilbao.¹¹

Los odontólogos generales, deberían ser capaces de asegurar el tratamiento de los pacientes con anticuerpos positivos anti HIV, en sus consultas, observando las precauciones determinadas al efecto y que son superponibles en su totalidad a las que fueron recomendadas como de estricta observancia en el tratamiento de personas o pacientes con Hepatitis B.

En algunas ocasiones, el odontólogo, precisará conocer, si un determinado paciente, es o no, portador de anticuerpos. Ante tales casos o circunstancia, la conducta a seguir consiste en el envío del paciente a su médico, quien previa obtención de su consentimiento, ordenará la realización del test. En todos los supuestos en que el sujeto se negara a realizar la prueba, deberá ser considerado como portador de anticuerpos y observando ante él, todas las medidas preventivas recomendadas.¹²

El odontólogo no debe olvidar que es el responsable de la protección de todas las personas que trabajan en su gabinete privado, incluyendo si las hu-

biera, a las higienistas dentales y a las asistentes de cirugía que allí mismo desarrollen su trabajo habitual. Todo el personal, deberá en consecuencia, tomar las mismas precauciones que el profesional, durante la realización de su trabajo sobre pacientes portadores de anticuerpos. Estos pacientes tienen en la obligación de comunicar su situación a su odontólogo en orden a extremar las medidas preventivas a tomar en el gabinete. Se recomienda, por otro

lado, citar a estos pacientes al final de la sesión de trabajo, atendiéndolos cuando concluya la atención dental al resto de los pacientes citados previamente.

No se han precisado, por innecesarias, las precauciones a tomar con portadores, en las salas de espera antes de ser atendidos.

Enumeramos a continuación la serie de precauciones que deberán observarse, a modo de decálogo, en el curso del tratamiento dental a los pacientes portadores o seropositivos al virus HIV:

1. Las heridas abiertas, así como las abrasiones y demás heridas de la piel, de todo el personal dental, se deberán cubrir con vestidos o tejidos impermeables apropiados, mientras estén ocupados en la atención a los sujetos portadores.

2. El personal dental involucrado en el tratamiento de estos sujetos seropositivos, utilizará vestidos, o tejidos impermeables, incluyendo batas largas y guantes, y como el fresado, tanto de baja como de alta velocidad, las puntas de ultrasonido, y las jeringas de aire o agua, pueden generar aerosoles de sangre o saliva, será esencial para la realización de tales maniobras, el uso de lentes protectoras y mascarillas. Puede, en muchos casos, ser conveniente el uso de sistemas de tractectomía convencional, manual, y siempre que sea factible utilizar sistemas potentes de aspiración en los equipos.

3. El equipo y material utilizados, deberán ser, siempre que sea posible, desechables, incluyendo servilletas, superficies de mezclado (cementos y resinas entre otros), vasos para enjuagues, etc., y también las agujas serán desechables, retirándose los carpules para anestesia local de un paciente para el siguiente.

4. Todo el instrumental no-desechable, será esterilizado, de preferencia en el autoclave, aconsejándose la esterilización de las piezas de mano.

5. El material no-desechable y ciertas partes del equipo que no puedan llevarse al autoclave, pueden sumergirse durante una hora bajo una solución recién preparada de glutaraldehído al 2% y transcurrido ese tiempo eliminar la solución ya empleada. Las partes del equipo que hayan sido contaminadas, se deben fregar con detergente y agua caliente para re-

mover la materia orgánica, aclarar y sumergir en la solución de glutaraldehído al 2%, ya mencionada.

6. Las superficies externas del equipo y las contaminadas por el trabajo y que no puedan esterilizarse por el autoclave, se pueden tratar con un preparado reciente de hipoclorito sódico a 10.000 ppm, o clorina (lejía casera, diluida, una parte de lejía por 10 partes de agua), y sumergirlo si es posible durante 30 minutos, y posteriormente aclararlo y secarlo. No se

olvide nunca que el hipoclorito, puede dañar las superficies de los tejidos, y las metálicas. Dichas superficies deberían fregarse con una solución de glutaraldehído al 2%, colocadas en contacto con ella, durante tres horas antes de lavarlas y secarlas. Respecto a otras superficies externas de las que se tenga sospecha se hallen contaminadas, pueden frontarse con un paño empapado en una concentración baja de hipoclorito (1000 ppm o clorina), o una preparación reciente de glutaraldehído al 2%.

7. Las escupideras, recipientes y los sistemas de evacuación de la saliva, deberán lavarse y limpiarse después de cada paciente portador de anticuerpos y para ello, se preparará al momento una solución de glutaraldehído al 2%. No olvidar, que al despedir al último paciente del día, se agregará dicha solución al 2%, al sistema colector de evacuación, durante un tiempo mínimo de 3 horas.

8. El personal que manipule el equipamiento contaminado, deberá llevar siempre bata larga y guantes, y si existiera cualquier peligro de salpicadura, mascarilla y lentes protectoras. Atención muy especial se pondrá en la manipulación de instrumentos dentales afilados o agujas, cuando no se cuente con la protección de los guantes. Los mismos cuidados se observarán al retirar las agujas de las jeringas, carpules, y éstas, junto con el instrumental afilado desechable y los carpules utilizados se colocarán en un recipiente rígido adecuado para su eliminación.¹³

9. Las impresiones se tomarán con material siliconado. Dichas impresiones, junto con las prótesis y demás aparatos, se enviarán al laboratorio dental en donde serán descontaminadas con glutaraldehído al 2%, durante una hora. También pueden lavarse e introducirse en una solución recién preparada de glutaraldehído al 2% y dejarlas sumergidas durante 3 horas, o hasta la mañana siguiente, si fuera necesario, sin olvidar que una inmersión prolongada de material siliconado no afecta a la estabilidad dimensional del mismo.

10. Para la sujeción y realización de placas radiográficas intraorales, podrá utilizarse material desechable. El radiólogo deberá estar prevenido y utilizará para su trabajo, guantes desechables.

11. Todo el material desechable señalado hasta

el momento, incluyendo vasos, servilletas, cánulas, etc., deberá colocarse en recipientes dobles de plástico a ser posible, eliminándolos después por incineración preferiblemente.¹⁴

12. Todo el personal dental, relacionado por su actividad profesional con el gabinete privado, deberá utilizar una bata resistente a la temperatura del lavado (90° centígrado aprox.), durante 10 minutos. Todos los objetos no-desechables además de las batas, chaquetas blancas, toallas, servilletas de tela, etc., podrán lavarse sin peligro dentro de un programa de lavado en caliente de cualquier máquina de lavado convencional. La utilización de la citada temperatura es suficiente y adecuada para inactivar el virus HIV, no haciéndose necesaria, por tanto, la posterior descontaminación de la máquina lavadora empleada. En los hospitales estos artículos se deben manipular, en bolsas dobles y etiquetadas claramente y que pueden ser depositados en bolsas de plástico hidrosoluble (alginato, o polyvinyl-alcohol), y lavado a temperatura acordada para material infectado, bastando 10 minutos. Este punto está siendo revisado en la actualidad y probablemente será modificado.

Como ha quedado patente, la estricta observancia de todas las normas preventivas reseñadas, viene a corroborar la precisión señalada en este punto, por M.J. Healey (Jr.), cuando declara: "No hay razón para creer que los cuidados de los pacientes de S.I.D.A., y portadores de anticuerpos, sean más peligrosos que los cuidados a pacientes de enfermedades infecciosas, y que observando las precauciones de seguridad, ya establecidas, pueda conducirse esta situación con eficacia y seguridad."

La infección por el virus HIV., o en otras palabras; el S.I.D.A., constituye pues un reto importante, desde el punto de vista científico, médico, económico y social, que si afecta hoy a un determinado sector de la población, existe el riesgo de su extensión a la población en general, de todo el mundo. En este sentido, debemos dejar reflejadas ahora las predicciones de la Organización Mundial de la Salud, en boca del Dr. H. Mahler, quien en febrero de 1987 dió estas cifras:

S.I.D.A.	100.000 casos
Complejo Asociado	1.000.000 casos
HIV (+) Asintomát	10.000.000 casos

La prensa a diario, nos trae, sin pausa datos escalofriantes: En los EE.UU., la relación portad/enfer-

A modo de conclusión y desde el punto de vista práctico, aún careciendo de datos actualizados, resulta obvio la necesidad y urgencia de aplicación de una normativa que prevenga y reduzca a los mínimos posibles la constante expansión de la enfermedad causada por el virus HIV, por lo que respecta al ejercicio de la profesión dental.

Las precauciones que deberán tomarse en todo consultorio dental y a la mayor brevedad posible serán las siguientes:

1. Antes de comenzar alguna maniobra o actividad dental, el profesional deberá proveerse de guantes, mascarilla y bata blanca larga, sin descuidar la protección ocular si se sospecha riesgo de producción de aerosol, lanzamiento de partículas de fresado, salpicadura de sangre, etc.

2. Manipulación cuidadosa, evitando el contacto con sangre, secrecciones y las heridas abiertas en piel y mucosas.

3. Evitar acciones traumatizantes o violentas, evitando el empleo de aire a presión excesiva, o los aerosoles debido a la velocidad.

4. Si se produce una herida accidentalmente, favorecer en primer lugar la salida de sangre por la misma, y después lavarla con agua y jabón, o alcohol yodo al 1 %.

5. Mantener en lo que sea posible alejados de contaminación el equipo y área de trabajo, siendo por tanto ideal, el trabajo con módulos.

6. Finalizado el tratamiento de los pacientes, introducir en bolsas de plástico dobles, el material no-desechable ya citado, y esterilizar (lejía al 10 %, glutaraldehído al 2 %, etc.).

7. El lavado de las manos se puede realizar con jabón ácido, secándolas con alcohol al 70 % y celulosa desechable.

8. Siempre que sea posible, utilizar material desechable, eliminándole en doble bolsa de plástico, y pinchando las agujas en rollos de algodón, para evitar pinchazos accidentales.

9. El material no desechable, esterilizar en autoclave, bien 10 minutos a 90 grados., o 70 grados durante 30 minutos.

10. Las manchas en el equipo y en el suelo del gabinete, podrán ser eliminadas con alcohol, lejía y otros desinfectantes.

11. Recordar a todos los pacientes seropositivos utilizar maquinilla de afeitar personal, así como cepillo dental y peine para el cabello.

12. Cuando se precise obtener muestra biopsica de lesiones orales sospechosas de S.I.D.A., observar escrupulosamente las precauciones ya detalladas anteriormente.

La prensa a diario, nos trae, sin pausa datos escalofriantes: En los EE.UU., la relación portad/enfermo es de 300/1., y para la ciudad de New York, la relación portad./habit. es de 1/250, señalándose para Kenia, una proporción de portador/población total del 20 %.

13. Todos los materiales desechables utilizados en la atención dental a personas seropositivas al HIV., se colocarán en dobles bolsas de plástico, de un color predeterminado, colocando una etiqueta de aviso de peligro de infección, como una pegatina, pero sin utilizar grapa metálica.

14. Todos los productos, o materiales desechables, restos orgánicos, etc., procedentes de la atención dental a sujetos seropositivos, y previo acondicionamiento en bolsas etiquetadas, deberán ser INCINERADOS para lo cual se utilizarán los servicios de recogida de dichos materiales que existan en numerosos municipios, o aprovechando los actuales sistemas de incineración de residuos. De otro modo, el abandono de aquellos en los colectores generales podrían general al menos potencialmente un estado de CONTAMINACION GENERAL cuyas catastróficas consecuencias sería posible prever.

La esterilización de instrumental recuperable de escasas dimensiones, puede realizarse mediante el sistema de bolsas de vidrio.

Se deberá instar a los organismos oficiales Colegiados a que mediante oportunas Circulares Internas, adviertan y reiteren sobre la necesidad de la

estricta observancia de estas medidas preventivas comentadas.

5 - REFERENCIAS

1. Vicente Carreño: Correo Español el Pueblo Vasco. (Sociedad),. pág. 37 24-4-87.
2. Hospital General de Massachussets y Colegio Médico de New York (agosto 82 - abril 84). British Dental Journal 23 marzo 1985, pág. 200.
3. R. Porter Stephen. "Riesgo de contagio en el gabinete dental." British Dental Journal, Dic. 1984, pág. 390.
4. Shanson, D.C.; Evans, R.; Lai: Incidencia y riesgo de transmisión del S.I.D.A., en profesionales de la salud del Hospital San Esteban de Londres, desde 1982-1985. J. Hosp. Infect. 6 Suppl C. 15-22.
5. Fereres, J.: "Tribuna Médica". Revisión y puesta al día". 18 de abril 1986. pág. 23.
6. "A. B. C." Sanidad y Consumo. 20 septiembre 1986, pág. 62.
7. Pindborg J.J. "Problemática oral relacionada con la infección por el virus HIV". Copenhagen 16-17, septiembre 1986.
8. Recomendaciones de la ACDP (Advisory Committee on Dangerous Pathogens. S.I.D.A. Guía interna. Dental Health and Social Security DHSS. HC. (85).
9. Especificaciones para Transporte de Instrumental Afilado y de Agujas Desechables. DHSS. TSS/S/330.015. Diciembre 1982.
10. Sarcoma de Kaposi y Candidiasis oral como signo precoz de S.I.D.A., en pacientes de alto riesgo. B.D.A.N. England J. Med. 1984; 331:354-358.