

109

ZED



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**ENFERMEDADES BUCALES RELACIONADAS CON EL
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
(SIDA) Y SU TERAPEUTICA ANTIMICROBIANA**

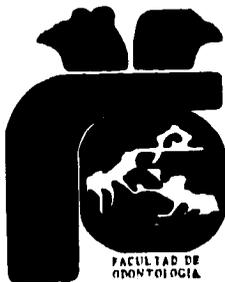
T E S I S A

**QUE PRESENTAN
LAURA LUCINA FENTANES ROMERO
MARIA LIDIA MOYA CHIÑAS
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

ASESOR: C.D. FERNANDO SANCHEZ

MEXICO, D. F.

1995



FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

FALLA DE ORIGEN
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

D E D I C A T O R I A

**A NUESTRA QUERIDA
"UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO"**

**"MEXICO"
QUE HACE POSIBLE
EDUCACION GRATUITA**

C.D. FERNANDO SANCHEZ

**POR SU APOYO, ORIENTACIÓN Y PACIENCIA QUE
EN TODO MOMENTO MOSTRO.**

LAURA FENTANES ROMERO

MARIA LIDIA MOYA CHINAS

A G R A D E C I M I E N T O S

A DIOS:

POR SU INMENSO AMOR Y
PROTECCION, GRACIAS "SEÑOR"
POR LLEVARME DE LA MANO.

A MIS HIJOS:

MARCO ANTONIO, LAURA KARINA Y
CESAR ANDRES QUE CON SU APOYO,
INOCENCIA, COMPRENSION Y
COMPORTAMIENTO, ME DIERON LA
FUERZA PARA SUPERARME.

AL ING. MARCO ANTONIO URIBE E.
PORQUE SIN EL PUDE REALIZARME
PROFESIONALMENTE.

A MIS PADRES:

ANDRES FENTANES RODRIGUEZ
ALICIA ROMERO DE FENTANES
POR HABERME DADO EL SER

AL C.D. ENRIQUE MEDINA
MI AMIGO Y COMPAÑERO
DE GENERACION POR SUS
CONSEJOS Y APOYO QUE
ME BRINDO PARA PODER
CONCLUIR MI CARRERA
SIN IMPORTARLE EL
TIEMPO.

LAURA LUCINA FENTANES ROMERO

AGRADECIMIENTOS

DOY GRACIAS A DIOS POR SER MI LUZ, MI GUIA Y MI MAESTRO.

CON PROFUNDO AMOR Y AGRADECIMIENTO AL ESFUERZO QUE RALIZARON
MIS PADRES PARA EL SOSTEN DE MI CARRERA.

A TI NELLY

A TI MOYA

CON TODO MI AMOR A TODOS MIS FAMILIARES POR SU APOYO FIEL.

AL MOTIVO DE MI VIDA, A TI ABRAHAM HIJO, QUE ME ESTIMULASTE
A REALIZAR ESTE TRABAJO.

A TU RECUERDO Y AMOR ABUELITA JOVITA.

A MI TIA LUPITA PORQUE SIEMPRE TIENE UNA PALABRA DE ALIENTO
PARA MI.

A MIS SOBRINOS: JOSE LUIS, MANUEL, NELLY, GUILLERMO Y LUZ MA

A LOS DOCTORES Y AMIGOS DE LA UNIDAD MEDICO ODONTOLOGICA.

MARIA LIDIA MOYA CHIÑAS

I N D I C E

I. INTRODUCCION.....	1
II. DEFINICION DEL VIH.....	2
III. VIAS DE TRANSMISION	3
1. VIA SEXUAL..	3
2. VIA SANGUINEA	4
3. TRANSMISION DE LA MADRE AL HIJO..	4
IV. CLASIFICACION DE LAS INFECCIONES POR VIH.	6
GRUPO I, INFECCION AGUDA.	6
GRUPO II. INFECCION ASINTOMATICA	6
GRUPO III. PERIODO DE LINFADENOPATIA	6
GRUPO IV, OTRAS ENFERMEDADES	6
V. LESIONES BUCALES ASOCIADAS AL VIH.	7
1. INFECCIONES POR HONGOS.	7
a) CANDIDIASIS ORAL.	7
b) CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA.	8
c) CANDIDIASIS ERITEMATOSA O ATROFICA.	9
d) CANDIDIASIS HIPERPLASICA	9
e) QUEILITIS ANGULAR.	10
2. INFECCIONES POR BACTERIAS	13
a) GINGIVITIS ASOCIADA	13
b) GINGIVITIS NECROSANTE	13
c) PERIODONTITIS.	14
3. INFECCIONES POR VIRUS.	15
a) HERPES SIMPLEX.	15

b) HERPES ZOSTER.	16
c) LEUCOPLASIA PILOSA.	16
VI. SIDA PEDIATRICO.	19
VII. PROCESOS MALIGNOS ASOCIADOS AL VIH.	21
a) Sarcoma de Kaposi.	21
b) LINFOMA NO-HODGKIN.	22
VIII. ESTUDIO DEL HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE.	23
IX. MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA.	24
A) ANTES DE LA ATENCION.	24
B) DURANTE LA EXPLORACION	25
C) DESPUES DE LA EXPLORACION.	25
D) INOCULACION ACCIDENTAL.	27
X. PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES.	28
XI. PROPUESTA DE HISTORIA CLINICA DENTAL	40
XII. CONCLUSIONES.	42
XIII. VOCABULARIO.	45
BIBLIOGRAFIA.	49

I. INTRODUCCION

Actualmente se han logrado muchos descubrimientos y avances científicos con respecto a las manifestaciones bucales que presenta el enfermo con VIH, faltando mucho por investigar. Pruebas recientes obtenidas de Investigadores sobre la etiología y la patogenia de la enfermedad y sus infecciones oportunistas que la acompañan, han aumentado el reconocimiento de la heterogeneidad que la caracteriza; Por tal motivo es de suma importancia obtener los conocimientos actualizados para el manejo de dichos pacientes en el consultorio Dental.

El proposito es proporcionarle al Cirujano Dentista una información actualizada sobre las distintas manifestaciones bucales que presenta dicho síndrome.

Una de las mayores responsabilidades que tiene el Cirujano Dentista, es lograr identificar oportunamente a esa enfermedad mediante una buena valoración acertada y saber manejarla de manera conjunta con otras disciplinas medicas.

En este trabajo se mencionan las manifestaciones bucales mas frecuentes que presentan dichos enfermos, así como las medidas preventivas en la practica Odontológica y una propuesta de Historia Clinica Dental, para brindar un servicio con seguridad tanto para el paciente como al Cirujano Dentista.

II. DEFINICION DEL VIH

El SIDA es una enfermedad infecto-contagiosa, que ataca el sistema inmunológico del individuo, provocada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Este virus infecta un subgrupo de linfocitos de la sangre periférica, que son las células t-4 y los macrófagos, los cuáles tienen a su cargo muchas de las funciones del sistema inmunológico celular.

Las células infectadas pierden su capacidad funcional y mueren prematuramente, por tal motivo, produce sensibilidad a infecciones por agentes oportunistas de naturaleza protozoaria, viral, micótica o bacteriana.

Después de la infección con la enfermedad aguda que cura espontáneamente hay un periodo de incubación. Antes que aparezcan anticuerpos de inmunoglobulina G (IgG). Hay algunos informes que indican la presencia de síntomas agudos de cuatro a seis semanas, después de la posible infección, que se presenta con sintomatología de fiebre, malestar, cefálea, artralgia fugaz, exantema maculopapular y linfadenopatía sensible.

En la actualidad, debe suponerse que la latencia con partículas virales, infecciosas o el groma viral integrado, presente en linfocitos, puede persistir muchos años o posiblemente toda la vida.

III. VIAS DE TRANSMISION

Unicamente existen tres vías de transmisión de VIH conocidas y comporbadas hasta el momento.

1. VIA SEXUAL

Todo contacto sexual que intercambie líquidos corporales como semen, fluidos vaginales, líquido preeyaculatorio, sangre premenstrual, resulta un riesgo de transmisión, si alguno de la pareja está infectado.

Tanto el coito vaginal como el anal, presentan riesgo. La transmisión sexual puede ser del hombre a la mujer o a otro hombre, por lo que no importa la preferencia sexual, ya que el virus solo necesita una vía de entrada al torrente sanguíneo.

En la práctica del sexo oral, el peligro no existe al tragarse el semen o las secreciones vaginales, ya que los jugos gástricos destruyen el VIH.

La transmisión podría llevarse a cabo, a traves de heridas o lesiones abiertas que se tengan en la mucosa bucal, la lengua o labios, lo cual permitiría que el VIH que se encuentra en los fluidos pasara rápidamente al torrente sanguíneo.

A la fecha no existe ningún caso reportado en el que una persona se haya infectado por besos, sudor, probar del mismo plato o alimento o ponerse la misma ropa después del coito.

2. VIA SANGUINEA

a) Personas expuestas a sangre o productos hematológicos.

Este mecanismo de transmisión no sexual ha infectado principalmente a las personas hemofílicas, los receptores de sangre y sus derivados.

Se sugiere que si recibió sangre por una transfusión en tre 1977 y 1985, y existe la posibilidad de estar contagiado del VIH, se someta a una prueba para determinar si se contagió o no.

Es importante aclarar que el donar sangre no tiene riesgo de contagio de VIH ya que el equipo utilizado actualmente es desechable.

b) A través de agujas o equipo contaminado.

Quienes hacen uso de agujas o jeringas inadecuadamente, no esterilizadas, no desechables como en el caso de los drogadictos que utilizan la vía intravenosa.

Aquí podemos incluir el riesgo que tiene el cirujano dentista en alguna consulta al no tomar las medidas preventivas y protectoras, utilizando equipo no desechable.

3. TRANSMISION DE LA INFECCION VIH DE LA MADRE AL HIJO.

La transmisión del virus de una madre infectada con SIDA, en el feto o al bebé, ocurre entre un veinte a veinticinco por ciento y las causas de un cuarenta a cincuenta por ciento y son:

a) El riesgo de la transmisión probablemente es mayor si la

madre adquiere el VIH durante el embarazo, o si ya muestra síntomas de SIDA.

b) Un niño infectado puede morir en el transcurso de los primeros años de su vida.

c) Durante el nacimiento: Una madre infectada puede transmitir el virus durante el parto al bebé, ya que éste se vé expuesto a una cantidad considerable de sangre y secreciones maternas infectadas con VIH.

d) Después del nacimiento: El riesgo de transmisión a través de la leche materna es aparentemente muy bajo, debido a los beneficios inmunológicos, nutricionales, psico-sociales y emocionales de la lactancia natural, y cuando no es seguro el uso de otras alternativas, la madre debe continuar amamantando a su hijo independientemente de si existe infección o no.

IV. CLASIFICACION DE LAS INFECCIONES POR VIH.

El 23 de Mayo de 1986, el Centro para el Control de las Enfermedades de Atlanta, presentó una clasificación por VIH, con fines de salud pública. (pag. 15 "El SIDA en la cavidad bucal").

Esta clasificación se aplica sólo a pacientes que han sido diagnósticados ya con la infección.

GRUPO I. INFECCION AGUDA.

Incluye a pacientes con infección viral aguda, con signos y síntomas transitorios que ocurren y aparecen poco después de la infección inicial. Síndrome semejante a la mononucleosis.

GRUPO II. INFECCION ASINTOMATICA

En este grupo se incluye a pacientes que son seropositivos, pero que no tiene signos y síntomas de infección por el VIH.

GRUPO III. PERIODO DE LINFADENOPATIA

Incluye a pacientes con linfadenopatía persistente generalizada pero sin hallazgos de signos o síntomas que lleven a clasificarlos en el grupo IV.

GRUPO IV. OTRAS ENFERMEDADES

Son los pacientes que presentan síntomas clínicos y signos de infección por VIH distintos o adicionales a la linfadenopatía. Los pacientes de este grupo son asignados a uno o más grupos basados en los hallazgos clínicos.

V. LESIONES BUCALES ASOCIADAS A LA INFECCION VIH

1. INFECCIONES POR HONGOS

Los hongos son microorganismos que están formados por células procarióticas que viven en el suelo, agua, plantas y animales, en los humanos viven como comensales en piel y mucosas, cuando el paciente es infectado de VIH, se transforman en parásitos patógenos, las infecciones micóticas pueden ser los primeros signos premonitorios del agravamiento de la enfermedad.

En la boca se pueden presentar cinco tipos de micosis en relación con la infección por VIH, que son:

a) CANDIDIASIS ORAL

CAUSA: Es una enfermedad producida por la candida albicans, la cual es difícil de observar en los pacientes que no son portadores de prótesis removibles de acrílico antiguo o que no han sido sometidos a terapias de corticosteroides o antibióticos de amplio espectro.

TRASTORNO: Se presentan zonas blanquesinas.

DIAGNOSTICO: Microscópicamente se ve un hongo verrugoso, pueden permanecer varias semanas si no son tratadas, también pueden encontrarse en diferentes tipos simultáneamente. El diagnóstico definitivo se determina mediante frotis bucales teñidos con PAS, con técnica de gram, cultivos y medios selectivos.

TRATAMIENTO: Puede ser tópico o sistémico con clotrimazol, nistatina, anfotericina-B y ketoconazol (sistémico). Cuando el paciente no responde al tratamiento se recomienda canalizarlo con el médico general para los análisis pertinentes o prueba de ELISA.

b) CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA

CAUSA: Esta enfermedad es producida por el hongo candida Albicans.

TRASTORNO: Se caracteriza por la presencia de placas blancas en la mucosa oral, que pueden ser removidas dejando una superficie normal o enrojecida.

Al estar asociada al VIH, el curso de la infección parece ser mas cronica que aguda y su duración persiste por meses.

DIAGNOSTICO: Microscópicamente se ve un hongo verrugoso, pueden permanecer varias semanas si no son tratados, también pueden encontrarse en diferentes tipos simultáneamente.

El diagnostico definitivo se determina mediante frotis bucales teñidos con PAS, con técnica de gram, cultivos y medios de cultivo.

TRATAMIENTO: Puede ser tópico o sistémico con clotrimazol, nistatina, anfotericina B (tópico y ketoconazol (sistémico), se pueden usar cremas antifúngicas. Cuando el paciente no responde el tratamiento, se recomienda canalizarlo al médico general para los análisis pertinentes o prueba de ELISA.

c) CANDIDIASIS ERITEMATOSA O ATROFICA.

CAUSA: Producida por el hongo candida albicans.

TRASTORNO: Se presenta como una zona enrojecida que puede encontrarse en el paladar duro o blando y superficie dorsal de la lengua. se observa a lo largo de la línea media como un área depapilada, en pacientes después o durante el tratamiento con antibióticos de amplio espectro o terapias con corticosteroides.

DIAGNOSTICO: Con la infección de VIH, la forma eritematosa precedería a la pseudo-membranosa, microscópicamente se ve un hongo verrugoso, pueden encontrarse en diferentes tipos simultáneamente. El diagnóstico definitivo se determina mediante frotis bucales teñidos con PAS, método de Gram o medios de cultivo.

TRATAMIENTO: Puede ser tópico con clotrimazol, nistatina, anfotericina B o ketoconazol (sistémico), se pueden usar cremas antifúngicas.

d) CANDIDIASIS HIPERPLASICA

CAUSA: Producida por el hongo candida albicans.

TRASTORNO: Es poco frecuente, se presenta bilateral, sobre la cara interna de la mejilla, en forma de nódulos o parches blancos, firmes y adherentes sobre un área eritematosa y no se asemeja a ninguna otra lesión diagnósticable.

DIAGNOSTICO: Con la infección VIH, se observa microscópicamente un hongo verrugoso, pueden permanecer varias semanas si no

son tratados, también puede encontrarse en diferentes tipos simultáneamente.

TRATAMIENTO: Puede ser tópico con clotimazol, nistatina o anfotericina B o sistémico con ketoconazol, se pueden usar cremas antifungicas. Se debe canalizar al paciente con el médico general para llevar a cabo los estudios pertinentes.

e) QUEILITIS ANGULAR

CAUSA: Deficiencia de la vitamina riboflavina (arriboflavinosis)

TRASTORNO: Son lesiones rojas en las comisuras y borde berme llón en forma de grietas o fisuras, ulceración o eritema, y tienden a sufrir una infección o laceración secundaria.

DIAGNOSTICO: Es un motivo de sospecha cuando se presenta en jóvenes no portadores de prótesis de acrílico. El diagnóstico definitivo se determina mediante frotis bucales y/o cultivos.

TRATAMIENTO: Administración de riboflavina, fosfato de riboflavoproteínas, se pueden usar cremas antifúngicas para la queilitis angular.

TRATAMIENTO DENTAL

Los medicamentos utilizados en adultos para las infecciones producidas por hongo son:

FARMACO: Ketoconazol, tabs.

DOSIS: 200 a 400 mg. cada 24 hrs., ingerir con alimentos.

VIA DE ADMINISTRACION: oral

FARMACO: Betanecol, tabs.

DOSIS: 25 a 50 mg. 3 o 4 veces al día.

VIA DE ADMINISTRACION: oral.

FARMACO: Clotrimazol tabs. orales

DOSIS: tabs. orales de 10 mg. 5 veces al día

VIA DE ADMINISTRACION: disolver en boca

FARMACO: mycostatin, grags.

DOSIS: 500 000 u. disueltas en boca una vez al día.

VIA DE ADMINISTRACION: oral.

Alguno de estos medicamentos se combinan con un enjuague ó crema tópica.

FARMACO: Fluconazol enjuague

DOSIS: Enjuagues después del cepillado 3 veces al día

FARMACO: Listerine enjuague

DOSIS: enjuagarse con 20 ml. de líquido durante un minuto, 3 veces al día.

FARMACO: Agua oxigenada

DOSIS: diluir con suero salino al 3% y enjuagar.

FARMACO: Peridex

DOSIS: gel, cepillarse 3 veces al día. Solución al 2% 3 veces al día, trociscos 5mg uno cada 24 hrs.

FARMACO: Betanicol

DOSIS: 25 a 50 mg. 3 o 4 veces al día.

INDICACIONES: No enjuagarse la boca ni comer alimentos durante una hora, ni comer alimentos durante una hora. Retener el enjuague en la boca durante un minuto, después escupir el enjuague.

En pacientes que no reaccionan al tratamiento convencional, en tres meses se deberá canalizar a su médico especialista para que éste realice los estudios pertinentes.

2. INFECCIONES POR BACTERIAS

a) GINGIVITIS ASOCIADA

CAUSA: Bacilo fusiforme y borrelia vicent

TRASTORNO: Existe sangrado espontáneo, el dolor es muy frecuente y no responde al tratamiento de placa dento-bacteriana.

DIAGNOSTICO: Está limitada a los tejidos blandos y se presenta en forma de una banda eritematosa intensamente rojiza que se extiende de dos a tres milímetros, desde el borde apical hacia la encía marginal; la encía adherida y alveolar se ve eritematosa.

TRATAMIENTO: Se debe indicar antibiotico y agentes oxigenantes y medidas higienicas, cuando está asociada al VIH no reacciona al tratamiento convencional se deberá remitir a su médico para que éste realice los estudios pertinentes.

b) GINGIVITIS NECROSANTE

CAUSA: complejo fuso-espiroquético bucal, de microorganismos.

TRASTORNO: Se presenta súbitamente acompañada de dolor, halitosis y hemorragia al cepillado. Se caracteriza por necrosis del borde de la encía y de las papilas interdentarias.

DIAGNOSTICO: Se localiza con muchas manchas, ulceraciones localizadas o generalizadas, necrosis de las papilas interdentarias, que aparecen cubiertas por una membrana de fibrina. Esta enfermedad puede ser muy destructiva provocando una rápida pérdida de tejido blando y hueso.

TRATAMIENTO: Disminución de estres, corrección de maloclusiones y medidas higüenicas. Cuando está asociada al VIH, no responde al tratamiento convencional.

c) PERIODONTITIS

CAUSA: Por estreptococos mutans, flora bacteriana, micótica y diversos grupos filamentosos.

TRASTORNO: Se presenta con rápida y progresiva destrucción entre los tejidos de soporte, ligamento periodontal y ligamento alveolar.

DIAGNOSTICO: Se observa en paciente con buena higüiene oral. Las áreas afectadas presentan profundas bolsas gingivales que coinciden con la pérdida de las crestas alveolares del hueso con su subsecuente secuestración.

TRATAMIENTO: Suprimir el cálculo de la superficie del diente y el raspado o extirpación quirurgica de la fijación epitelial, técnicas de higüiene.

3. INFECCIONES POR VIRUS

a) HERPES SIMPLEX (VHS)

CAUSA: Virus herpes simplex, es poco frecuente encontrar herpes intrabucal en pacientes sin VIH, y cuando aparece, casi siempre afecta a la mucosa palatina que bordea los molares y premolares. En los seropositivos, aparecen episodios de úlceras recurrentes muy dolorosas, intraoralmente las lesiones se presentan con mayor frecuencia en el paladar, pero pueden también aparecer sobre otras superficies queratinizadas, incluyendo a la gingiva antes de hacerse la úlcera. Se transmite por contacto físico.

TRASTORNO: Aparecen pequeñas vesículas que hacen erupción y se rompen formando úlceras, causando considerable compromiso doloroso, también pueden tomar la apariencia de hendiduras en la lengua o simular otras enfermedades, antes de que salgan las úlceras presenta ardor, prurito, temperatura, malestar general, fiebre, y dolor de cabeza.

DIAGNOSTICO: Es posible en caso de lesiones tempranas, por cultivos o por tinciones citológicos que muestran células gigantes seudomultinucleadas virales características.

TRATAMIENTO: Hasta el momento no existe medicamento que lo cure, pero con aciclovir, herpecir-L, albotil, hidroxidurina son efectivos en acortar el curso de los episodios, pero no los cura. Cuando no responde al tratamiento tradicional y esto no incluye trastornos hormonales o se presenta periodica-

mente se deberá remitir al médico general para que le realice los estudios pertinentes.

b) HERPES ZOSTER

CAUSA: Por el virus Herpes Zoster, que causa la varicela y el herpes. Se trasmite por contacto físico.

TRASTORNO: Puede producir ulceraciones orales acompañadas generalmente de lesiones características en la piel, involucrando al nervio trigémino y pueden presentarse en mucosa queratinizada como no queratinizada, presentan dolor lancinante o quemazón prurito.

DIAGNOSTICO: Las lesiones tempranas son vesículas que se rompen en la boca y forman úlceras unilaterales gingivales con extensas osteonecrosis que confluyen, son muy dolorosas y en algunos casos el dolor dentario es uno de los síntomas tempranos que preseden a la aparición de las lesiones.

TRATAMIENTO: Hasta la fecha no existe medicamento que lo cure. Cuando se presenta periódicamente se deberá canalizar con su médico para que se le realicen los análisis pertinentes, los medicamentos efectivos en acortar el curso de los episodios son, aciclovir, herpecir-L, albotil, hidroxidurina.

c) LEUCOPLASIA PILOSA. (LP)

CAUSA: Es una de las manifestaciones orales clásicas del VIH aunque también puede aparecer en pacientes hemofílicos receptores de sangre y/o hemoderivados, drogadictos, intraveno

sos y pacientes inmunosuprimidos, leucemia mieloblástica, linfoblástica, a los que se les practicó un trasplante de médula osea.

DIAGNOSTICO: Es una leucoplasia que no se desprende al raspado y que muestra una superficie corrugada o peluda, aparece en el borde lateral de la lengua, uni o bilateral y se puede extender al dorso o cara ventral. Puede aparecer en la cara interna de la mejilla, piso de boca y paladar blando, su tamaño es variable, desde algunos milímetros a varios centímetros, se puede confundir con otras lesiones blancas de la boca y que no están relacionadas con infecciones de VIH, las cuáles pueden ser liquen plano, nevo blanco esponjoso, leucoplasia por tabaco, leucoplasia perideopatía, queratosis friccional y candidiasis hiperplásica.

TRATAMIENTO: Aciclovir oral 400 mg. cinco veces al día ó aciclovir intravenosa 7.5 mg./kg. de peso corporal tres veces al día por siete días, acido retinoico 0.1%, estos medicamentos son efectivos para erradicar la lesión siempre y cuando no sea a consecuencia del VIH.

INDICACIONES Y VIA DE ADMINISTRACION

- Aplicarse hielo en la zona afectada.
- No rascarse para evitar extender la infección
- No reventar las vesículas
- Tomar muchos líquidos
- Reposo en casa.

ACICLOVIR 200 mg. cinco veces al día, de cinco a diez días.

HERPECIR-L 200 mg. cinco veces al día, de cinco a diez días.

ALBOTIL 200 mg. cinco veces al día, de cinco a diez días.

IDROXIVIDURINA 200 mg. cinco veces al día, de 5 a 10 días.

TFT 200 mg. cinco veces al día, de cinco a diez días.

VI. SIDA PEDIATRICO ORAL

La forma más común de transmisión de VIH a los niños es por el contagio prenatal, a partir de una madre infectada.

Un porcentaje menor corresponde a trasfusiones y algunos pocos casos a causa de violaciones. Se han descrito manifestaciones orales en estos niños y son básicamente similares a las que presentan los adultos, pero su incidencia, evolución y su pronóstico aún no están bien establecidos; sin embargo, el hecho de que septisemias a partir de focos orales, gangrenas pulpares, pueden comprometer la vida de estos pacientes.

Por la similitud que presentan los niños con los adultos ante esta infección solo daremos las formas más frecuentes.

a) POR HONGOS: La forma más común de este tipo de infecciones es la candidiasis oral, sobre todo en el recién nacido, en todas sus variedades.

b) POR BACTERIAS: La forma más común es la gingivitis VIH, que progresa rápidamente, aparece asociado a la primera dentición, también gingivitis aguda ulceronecrotica.

c) REFERENCIA VIRAL: La más común es la gingivo-estomatitis herpética primaria, provocada por el virus herpes simplex con manifestaciones orales y sistémicas.

d) EL HERPES ZOSTER: Provoca úlceras orales acompañadas a la lesión de la piel, que son características de esta enferme-

dad, es decir, unilaterales y muy dolorosas. La leucoplasia pilosa se ha descrito pero no como un hallazgo frecuente.

e) GLANDULAS SALIVALES: El compromiso de estos órganos parece ser mucho más común en niños que en adultos enfermos por VIH, sobre todo el aumento de volumen de las parótidas, ya sea uni o bilateral, acompañado de dolor y fiebre, pudiendo persistir por mucho tiempo, el aumento de volumen es mucho mayor y más desfigurante, el cuadro descrito está acompañado de linfadenopatía generalizada.

VII. PROCESOS MALIGNOS ASOCIADOS AL VIH

a) SARCOMA DE KAPOSI

Es una tumoración rara sin dolor que aparece preferentemente en las piernas de pacientes ancianos más frecuentemente en el sexo masculino y de ascendencia judía, mediterránea y africanos. Actualmente y dentro de las características del SIDA, es considerado como el proceso maligno que más se presenta en pacientes con SIDA, y también se dice que los pacientes que lo presentan suelen vivir más que otros con SIDA sin embargo, puede afectar sistemas orgánicos principales, es generalmente multicéntrico y puede ser causa principal de muerte. Esto nos da respuesta de la amplia variedad de efectos clínicos e inmunológicos que produce el VIH y puede ir desde una infección asintomática hasta una inmunodepresión severa. El sarcoma de kaposi aparece también en la mucosa oral, siendo el paladar y la gingiva el sitio de mayor incidencia.

MANIFESTACIONES CLINICAS: Aparece en forma de nódulo azulado o púrpura, marrón o rojizo de forma irregular y generalmente múltiples, pueden variar desde zonas planas hasta tumores proliferativos. Al principio el sarcoma no es molesto y puede pasar inadvertido o proliferar hasta llegar a ser doloroso y hemorrágico e incluso llega a interferir con el habla, la deglución y la higiene.

DIAGNOSTICO: El cuadro clínico es muy variado y el diagnóstico no solo estará basado en la presentación clínica, sino en el exámen histopatológico.

TRATAMIENTO: Se ha utilizado el interferón alfa, debido a las propiedades antiproliferativas contra los tumores, su acción antiviral y su ayuda contra la inmunodepresión celular. Se puede elegir a la quimioterapia y/o a la radiación cuando está bien localizado.

b) LINFOMA NO HODGKIN

Constituye un grupo heterogeneo de neoplasias malignas y es la forma más frecuente de los linfomas que afectan a los pacientes con SIDA, sobre todo a los drogadictos intravenosos. Se desconoce la causa de este linfoma, el hecho es que se presenta en cualquier tipo de raza, edades y sexo.

MANIFESTACIONES CLINICAS: Trastornos de la conciencia, confusión mental, letargia, pérdida de la memoria, en algunas ocasiones hemiparesia, afasia, convulsiones, parálisis de pares craneales y cefálea. Aparecen lesiones extraganglionares principalmente en el área de cabeza y cuello.

DIAGNOSTICO: En algunos casos el linfoma no hodgkin aparece primero y/o unicamente en la boca, por esta razón, cuando se encuentran tumores orales de dicho tipo se debe sospechar de SIDA, o la inmunosupresión como posible factor causal.

TRATAMIENTO: La quimioterapia con ciclofosfamida, la cual es potente, pero aumenta el riesgo de infecciones oportunistas.

ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE DEL ISSSTE.

El tema del siguiente estudio fué "la incidencia de cáncer oral en pacientes con SIDA". Se incluyeron 144 pacientes vivos, de los cuales 128 eran varones y 16 mujeres. De los pacientes fallecidos fueron 66 los cuales 60 eran varones y 6 mujeres.

El promedio de edad de los pacientes vivos varones y mujeres es de 31 años con un rango de edad de 1 a 74 años. El promedio de edad de los pacientes fallecidos varones y mujeres era de 36.5 años con un rango de edad que va desde recién nacido hasta 62 años. Esto indicó que la mayoría de los pacientes se encontraban en edad productiva.

Los resultados obtenidos en este estudio coincidieron con los establecidos en la literatura y son neoplasias que más comunmente se presentan en pacientes con SIDA:

- Sarcoma de Kaposi 30 - 40%

Linfoma no Hodgkin 3 a 4%

IX. MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA.

El cirujano dentista, sus auxiliares y su equipo, están expuestos a la contaminación por el permanente contacto con sangre y fluidos corporales, al trabajar en un territorio anatómico donde la población microbiológica es de gran magnitud por existencia de pacientes asintomáticos.

Actualmente, ante el avance de la enfermedad y su tendencia a presentarse, la forma racional científica y responsable es que las normas recomendadas en diversos manuales nacionales e internacionales deben ser cumplidas con todos los pacientes.

A) ANTES DE LA ATENCION

1. Se recomienda contar con todo lo necesario para iniciar la actividad.
2. Efectuar una anamnesis lo más completa y simple posible.
3. Descontaminar con hipoclorito de sodio al 5%, piso, paredes, mobiliario, etc. los que deberán ser superficies lisas y lavables.
4. Usar al máximo del material y equipo desechable.
5. El profesional y el asistente deben llevar uñas cortas, lavar manos, uñas y antebrazos antes y después de entrar en contacto con el paciente usando jabón líquido, el lavado debe durar dos minutos mínimo.
6. Usar guantes desechables.
7. Eliminar el uso de toallas de mano, deben ser desechables

8. Tener bien delimitadas las superficies de trabajo, clínicas y administrativas, para impedir la contaminación de unas con otras.

9. En todos los procedimientos de clínica, se usarán lentes, mascarilla o careta, en procedimientos invasivos o que conlleven a sangramiento, se usarán pechera plástica lavable.

10. Corresponde al auxiliar dental, observar las mismas normas de higiene y precauciones que el profesional.

11. El asistente y el personal de aseo, deben contar con guantes gruesos durante la descontaminación.

12. Preparar diariamente la solución de hipoclorito de sodio al 5%, esto debe hacerse una vez por cada cuatro horas aproximadamente, dos a tres pacientes.

13. Es imprescindible contar con glutaraldehído al 2% para desinfectar el instrumental, independiente a la esterilización en calor seco o húmedo.

B) DURANTE LA EXPLORACION

1. Las piezas de mano, los componentes del ultrasonido, el torno convencional, los componentes del contraangulo y jeringa triple, deben ser descontaminados, entre uno y otro paciente, con hipoclorito de sodio o glutaraldehído al 2%.

2. Ultrasonido, jeringa triple y turbina, deben hacerse funcionar entre cada exploración durante 30 segundos antes de introducirlos en boca para eliminar el agua retenida en los ductos.

3. Debe manejarse con especial cuidado el instrumental corto punzantes.

C) DESPUES DE LA EXPLORACION

1. Proceder a descontaminar el equipo.

2. Descontaminar el instrumental de exploración durante treinta minutos previo a su lavado y esterilización, después esterilizarlo en horno de calor seco durante 60 minutos a 170 grados centígrados previo calentamiento por una hora o con autoclave 15 a 20 minutos a 121 grados centígrados. Dicho instrumental debe ser sumergido en glutaraldehído al 2% en un recipiente plástico, de boca ancha y con tapa antes de ser esterilizado.

3. La saliviera deberá ser taponeada y luego llenada con glutaraldehído al 2% durante 30 minutos, previa a su limpieza habitual.

4. El suelo, paredes y muebles, si han sido expuestos a derrame de sangre, deberán lavarse con abundante cantidad de glutaraldehído al 2%.

5. Colocar fresas y el botafresas con glutaraldehído al 2% durante 20 minutos y después lavarlos con agua corriente y volver a ocuparlos; terminada la jornada de cuatro horas, el fresario será descontaminado de la misma manera.

6. Los cartuchos de anestecia, jamás deberán ser reutilizados, al igual que la aguja.

7. Los algodones contaminados se eliminarán en un frasco de

plástico de boca ancha, que en su interior contenga una bolsa plástica que debe estar sobre su braquet, esta bolsa debe de ser retirada y trasladada a un depósito con tapa hermética, en cuyo interior va colocada otra bolsa gruesa, al finalizar la jornada, el asistente con guantes, debe cerrar la bolsa y depositarla en un lugar definido para su desecho.

8. Las agujas desechables deberán ser retiradas con pinzas de aprehensión y depositadas con un recipiente con hipoclorito de sodio al 5%, para ser desechadas, los tubos de anestesia deben llevar el mismo procedimiento.

9. Las cubetas e impresiones de silicón deben ser descontaminadas con glutaraldehído al 2%, las impresiones tomadas con otro material serán lavadas al chorro del agua, previo al vaciado.

D) INOCULACION ACCIDENTAL.

En el caso de cortarse o pincharse un guante, deberá ser reemplazado por otro, previo al lavado de manos.

En caso de producirse una herida, deberá lavar la zona, aplicar antiséptico y comunicar inmediatamente al médico.

Se recomienda realizar los exámenes pertinentes para la detección de enfermedades infecciones una vez por año.



**SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE MEDICINA PREVENTIVA**

PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA

NOM - 013 - SSA2 - 1994

PARA LA PREVENCION Y CONTROL

DE ENFERMEDADES BUCALES

NOVIEMBRE 1994

*** PROYECTO**
NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-013-SSA2-1994
Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales

JOSE RODRIGUEZ DOMINGUEZ, Director General de Medicina preventiva, por acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, con fundamento, en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 3ª fracciones II y XI, 112 fracción III, 158, 159 Y 210 de la Ley General de Salud, 1ª, 2ª fracción II, 40, 41, 44, 46 Y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, 7ª, 8ª, 29, 31, 48 y 68 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Atención Médica, 44 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Publicidad y 19 fracción II del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

CONSIDERANDO

Que con fecha 14 de febrero de 1994, en cumplimiento con lo previsto en el artículo 46 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, la Dirección General de Medicina Preventiva presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, el anteproyecto de la presente Norma Oficial Mexicana.

Que con fecha 28 de abril de 1994, una vez aprobada por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud y en cumplimiento de lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización se publicó en el Diario Oficial de la Federación del 23 de junio de 1994 el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana a efecto de que dentro de los siguientes días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al mencionado Comité Consultivo.

Que con fecha previa a la expedición de esta Norma se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos al proyecto que la precedió por el mencionado Comité, en términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-013-SSA2-1994, Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales. Control and Prevention of Oral Diseases

1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025

EN LA ELABORACION DE ESTA NORMA OFICIAL MEXICANA PARTICIPARON LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES:

SECRETARIA DE SALUD
 SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD.
 SUBSECRETARIA DE REGULACION Y FOMENTO SANITARIO OFICIALIA MAYOR.
 DIRECCION GENERAL DE MEDICINA PREVENTIVA
 DIRECCION GENERAL DE CONTROL DE INSUMOS PARA LA SALUD
 DIRECCION GENERAL DE FOMENTO A LA SALUD.
 DIRECCION GENERAL DE ATENCION MATERNO-INFANTIL.
 DIRECCION GENERAL DE REGULACION DE SERVICIOS DE SALUD.
 DIRECCION GENERAL DE SALUD AMBIENTAL.
 DIRECCION GENERAL DE CONTROL SANITARIO DE BIENES Y SERVICIOS

DIRECCION GENERAL DE PROGRAMACION ORGANIZACION Y PRESUPUESTO.
 CONSEJO NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA
 SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
 HOSPITAL CENTRAL MILITAR
 SECRETARIA DE COMERCIO Y FOMENTO INDUSTRIAL
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.
 SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
 PETROLEOS MEXICANOS.
 INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
 PROCURADURIA FEDERAL DEL CONSUMIDOR.
 HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ
 HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA/UNAM
 ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA/UNAM
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNAM
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UAEM
 UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO
 FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA DE LA U A S L P
 FEDERACION MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ODONTOLOGIA.
 ASOCIACION DENTAL MEXICANA.
 COLEGIO NACIONAL DE CIRUJANOS DENTISTAS
 ASOCIACION NACIONAL DE ODONTOLOGIA INFANTIL
 ASOCIACION MEXICANA DE ORTODONCIA
 ASOCIACION MEXICANA DE ESTUDIOS PARA LA DEFENSA DEL CONSUMIDOR.
 ASOCIACION DENTAL DEL DISTRITO FEDERAL.
 ASOCIACION MEXICANA DE PERIODONTOLOGIA
 CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL
 VIARDEN, S A
 ABAMANA DE MEXICO, S A de C V
 LABORATORIO FEDERICO PEREZ GOMEZ.
 PROCTER & GAMBLE S A

CAPITULO

0.	INTRODUCCION
1.	OBJETIVO
2.	CAMPO DE APLICACION
3.	REFERENCIAS
4.	DEFINICION Y TERMINOLOGIA
5.	DISPOSICIONES GENERALES
6.	ACCIONES PARA EL FOMENTO DE LA SALUD
7.	PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES
7.1	PREVENCIÓN INTEGRAL
7.2	PROTECCION ESPECIFICA
7.2.1	CARIES DENTAL
7.2.2	ENFERMEDAD PERIODONTAL
7.2.3	LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS
7.2.4	MALOCCLUSIONES
7.2.5	FLUOROSIS
7.2.6	ATENCION AL PACIENTE DESDENTADO
7.2.7	

7.3	MEDIDAS BASICAS DE PREVENCION DE RIESGOS EN ESTABLECIMIENTOS Y PERSONAL DE SALUD
8	DIAGNOSTICO
8.1	DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES BUCALES
8.2	DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO
8.3	DIAGNOSTICO CLINICO
8.3.1	CARIES DENTAL
8.3.2	ENFERMEDAD PERIODONTAL
8.3.3	LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS
8.3.4	MALOCCLUSIONES
8.3.5	FLUOROSIS DENTAL
8.3.6	ATENCION AL PACIENTE DESDENTADO
9	TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES BUCALES
9.1	CARIES DENTAL *
9.2	ENFERMEDAD PERIODONTAL
9.3	LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS
9.4	MALOCCLUSIONES
9.5	FLUOROSIS DENTAL
9.6	ATENCION AL PACIENTE DESDENTADO
10.	OBSERVANCIA DE LA NORMA
11.	BIBLIOGRAFIA

0. INTRODUCCION

La salud bucal de los individuos y de la población es la resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso salud-enfermedad; por lo tanto el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de éste y en el manejo de la prevención integral para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático que permitan, en el mediano y largo plazo, disminuir el nivel de prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana.

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal; las de frecuencia media son las anomalías dento-faciales y maloclusiones; las de frecuencia variable son el cáncer oral, los defectos de tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental.

Los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo con la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud, se encuentra entre los países de alto rango de frecuencia en enfermedades bucales, dentro de ellas la caries dental, que afecta a más del 90% de la población mexicana.

Las enfermedades bucales por su alta morbilidad se encuentran entre las áreas de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país; situación que condiona el incremento en el ausentismo escolar y laboral, así como la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población.

Como consecuencia de lo anterior, la sociedad mexicana y sus instituciones carecen de la capacidad económica para resolver las necesidades de atención odontológica de la población. Sin embargo, es importante señalar que la mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas con actividades preventivas y de diagnóstico temprano, para una disminución significativa de sus secuelas incapacitantes, como ha sido demostrado en algunos países.

Por esta razón, es indispensable unificar y establecer los criterios de atención a la salud bucal, con énfasis en la prevención integral, en los sectores público, social y privado.

La normatividad de la prevención integral para la práctica odontológica,

pública, social y privada en el ámbito nacional, es la estrategia de acción más efectiva para mejorar el estado actual de salud bucal de la población mexicana.

Estas acciones tienen como propósito general reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y la eliminación de hábitos nocivos, como parte del mejoramiento de los estilos de vida y de los patrones de consumo.

Con la aplicación de esta Norma Oficial Mexicana de Prevención y Control de Enfermedades Bucales, se pretende modernizar los servicios odontológicos del país, elevar la calidad y equidad de los mismos con énfasis en la prevención integral, la disminución de costos y la reducción, en la mayor medida posible, de los problemas derivados de la mala práctica; todo esto con el propósito de mejorar el nivel de salud bucal de la población mexicana, y de crear una nueva cultura: La Cultura de la Salud.

1. OBJETIVO

Unificar los métodos, técnicas y criterios de operación del Sistema Nacional de Salud, con base en los principios de la prevención integral de la salud bucal, a través de la operación de las acciones para fomento de la salud, la protección específica, el tratamiento, la rehabilitación y el control de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en los Estados Unidos Mexicanos.

2. CAMPO DE APLICACION

Esta Norma es de observancia obligatoria en todos los establecimientos de salud de los sectores público, social y privado que realicen acciones para el fomento de la salud, la protección específica, el tratamiento, la rehabilitación y el control de las enfermedades bucales, así como para los productores y comercializadores de medicamentos, instrumental, material y equipo dental.

3. REFERENCIAS

NOM - EM - 002 - SSA2 - 1993	Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido
NOM - 002 - SSA - 2 - 1993	Para el fomento de la salud del escolar
* NOM - 041 - SSA - 1 - 1993	Bienes y servicios, agua purificada y envase sellado.
* NOM - 012 - SSA - 1 - 1993	Requisitos sanitarios que deben cumplir los sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano públicos y privados
* NOM - 040 - SSA - 1 - 1993	Bienes y servicios, sal yodada y sal yodadaefluo yodada
NOM - 010 - SSA - 2 - 1993	Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana
NOM - CPR - 001 - ECOL - 1993	Sobre el manejo de desechos peligrosos.
NOM - 08 - SSA - 2 - 1993	Para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.

Series Oficial Mexicana

4. DEFINICIONES Y TERMINOLOGIA

Para los fines de esta Norma son aplicables las siguientes definiciones:

- 4.1. Caries intersticial (rampante): Caries de aparición súbita, extendida y rápidamente penetrante, con temprana involucración de la pulpa, afecta aquellos órganos dentarios que se suelen contemplar como inmunes a la caries común.
- 4.2. Fluor: Elemento químico electronegativo.

4.3 fluoruros: Cuando el elemento flúor se encuentra combinado con otros minerales y otros compuestos químicos.

4.4 p.p.m. Partes por millón

4.5 fomento de la salud bucal: Proceso social cuyo objetivo es lograr la autorresponsabilidad social en el cuidado de la salud bucal, mediante acciones que involucren a los individuos y a la sociedad organizada.

4.6 participación social: Proceso mediante el cual se relacionan entre sí individuo, grupos, instituciones y autoridades, para identificar problemas de salud, elaborar programas de trabajo y coordinarse para su ejecución, gestión de recursos, control y seguimiento de las acciones.

4.7 prevención integral: Todas aquellas acciones de fomento y educación para la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento, limitación del daño, rehabilitación y control, realizadas en beneficio de la salud bucal del individuo, la familia y la comunidad.

4.8 población escolar: De acuerdo con las disposiciones educativas, se refiere a tres subgrupos, que son los preescolares, cuyas edades van de 4 a 5 años, escolares de primaria de 6 a 14 años y escolares de secundaria de 12 a 15 años de edad.

4.9 población de alto riesgo: Son los grupos de individuos que por sus características de edad, sexo, raza, problemas sistémicos, ocupación, condición económica u otras variables, se encuentra mayormente expuesta a contraer una determinada patología. En relación a la caries dental, se puede decir que la población de alto riesgo está principalmente representada por los menores de 0 a 12 años.

4.10 potencial de deterioro: Es la tendencia de una alteración a desarrollar su máxima expresión de daño.

4.11 riesgo biológico-social: Es la interacción dinámica que se establece entre los factores de orden biológico (genéticos, hereditarios, edad, sexo, fisiopatológicos) y los de orden social (demográficos, económicos, ambientales, políticos, culturales y educativos) en la producción y distribución del proceso salud-enfermedad.

4.12 lux: Es una unidad de iluminación y es la cantidad de luz producida por una fuente luminosa.

4.13 suplementos de fluoruro: se consideran todos aquellos productos que proporcionen flúor en forma de gotas o tabletas.

4.14 testigo biológico: son los medios biológicos utilizados para el control de calidad de los cultivos de esterilización, hornos de calor seco, autoclaves, quemidaves y cámaras de óxido de etileno.

4.15 vestimenta protectora: es aquella ropa y accesorios que no permiten que la sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, traspasen a la ropa de calle, la piel, los ojos, la boca del personal odontológico y que deberá conservar su integridad como barrera protectora durante los procedimientos clínicos.

5 DISPOSICIONES GENERALES

5.1 La atención a las necesidades de salud bucal de la población mexicana se debe orientar, con base en la prevención integral, a través de acciones de fomento para la salud y de protección específica a nivel masivo, grupal e individual, de diagnóstico, de limitación de daño, de rehabilitación y de control de enfermedades bucales.

5.2 En caso de aceptar el plan de tratamiento propuesto por el cirujano dentista, éste debe ser firmado por el paciente o por algún familiar, tutor o representante legal, en pacientes menores de edad o personas discapacitadas, y se debe incluir en el expediente clínico del paciente.

5.3 El cirujano dentista debe comunicar al paciente sus obligaciones respecto a las indicaciones, fechas de citas, durante y después del tratamiento.

5.4 El cirujano dentista es el único responsable y autorizado para realizar diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, rehabilitación y control.

5.5 Todos los pacientes deben considerarse como potencialmente infecciosos en excepción.

5.6 Se debe evitar la transmisión de microorganismos de una persona a otra, de paciente a paciente, del profesional de la salud al paciente y del paciente al profesional.

5.7 El expediente clínico es de carácter legal y confidencial, debe estar bajo la custodia del cirujano dentista o de la institución, en su caso.

5.8 Será responsabilidad del profesional, el manejo y aplicación de los anestésicos locales de uso odontológico.

5.9 El cirujano dentista y el personal auxiliar deben capacitarse en el manejo de las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar así como contar con un botiquín que incluya lo necesario para el control de las urgencias médicas que puedan presentarse en el espacio odontológico.

5.10 El equipo, instrumental, material, medicamentos y demás insumos para la atención de la salud bucal, deben ser fabricados conforme lo establecido por las normas nacionales e internacionales, y de las Asociaciones reconocidas internacionalmente estando sujetas a la observancia y aprobación de registro, en su caso, por la Secretaría de Salud.

5.11 En el área de trabajo no se debe ingerir alimentos o bebidas, fumar, aplicar cosméticos y manejar lentes de contacto.

6 ACCIONES PARA EL FOMENTO DE LA SALUD BUCA

6.1 La educación para la salud debe orientarse a:

- Enseñar la importancia de la salud bucal como parte de la salud integral del individuo.
- Informar sobre los padecimientos más frecuentes y sus secuelas.
- Desarrollar y formar, en su caso, hábitos, conductas y prácticas que favorezcan la salud bucal.
- Promover el cuidado de los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal y estructuras adyacentes, mediante la orientación para realizar el autoexamen bucal.

6.2 La educación para la salud bucal se debe realizar a través de:

6.2.1 Comunicación interpersonal e intermedia, que se debe realizar mediante mensajes en consulta, pláticas, demostraciones, videos, teatro guiñol y prácticas para el autocuidado de la salud bucal.

6.2.2 Comunicación colectiva, que se lleva a cabo a través de medios masivos como son radio, prensa y televisión.

6.3 La Participación Social debe desarrollarse a través de:

- a) La promoción para motivar la participación de la comunidad, instituciones y gobierno
- b) La concertación y coordinación entre las instituciones del sector salud para determinar compromisos y responsabilidades, así como el apoyo en recursos humanos, materiales y financieros para el desarrollo de las acciones de salud bucal
- c) La organización de grupos ya establecidos o de nuevos grupos, para la participación representativa de la sociedad, en acciones de beneficio a la salud bucal

6.4 El personal de salud debe promover la capacitación para el manejo de las medidas preventivas que se realizan en el espacio escolar por los maestros, padres de familia y voluntarios de acuerdo a la NOM 009-SSA-2-1993, para el fomento de la salud del escolar

7. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

7.1 La prevención integral de las enfermedades bucales a nivel masivo, grupal e individual, debe orientarse al mejoramiento de hábitos higiénico-alimentarios, eliminación de hábitos nocivos funcionales y parafuncionales, a la conservación de ambas direcciones sanas, a orientar la vigilancia en el consumo y uso adecuado de los fluoruros sistémicos y tópicos, al empleo de las medidas de protección específica, al diagnóstico temprano, al tratamiento y control de estas enfermedades.

7.2 Protección Específica

7.2.1 La protección específica de las enfermedades bucales se debe orientar a la formación, instrucción y motivación de la población para realizar un adecuado control personal de placa dentobacteriana a través de métodos y técnicas de uso doméstico con cepillo dental, auxiliares para la higiene bucal y acudir con el dentista en forma periódica, para la revisión profesional

7.2.2 Caries Dental-

7.2.2.1 La protección específica masiva contra la caries dental debe realizarse mediante la adición de fluoruro a la sal de consumo humano, no debe adicionarse fluoruro a ningún otro condimento (alimento, galletina, refrescos, goma de mascar y agua (redes de suministro a la población o embotellada)

7.2.2.2 El control de la prevención masiva contra la caries dental mediante la fluoruración de la sal se debe realizar de acuerdo a los lineamientos y procedimientos establecidos por la Secretaría de Salud con este propósito como son:

- a) Monitoreos periódicos para evaluar la excreción de fluor en orina humana o en saliva.
- b) estudios epidemiológicos cada cinco años de incidencia de caries dental.
- c) monitoreos periódicos para evaluar el contenido de fluor en la sal, conforme a la dosificación señalada por la NOM de sal yodada fluorurada, vigente.
- d) regulación permanente del abasto para evitar la venta de sal yodada fluorurada en las localidades con concentraciones de ión fluor en el agua de consumo humano, por arriba de 0.7 p.p.m.
- e) estudios de concentración de ión fluor en agua de consumo humano como mínimo dos veces al año en diferentes épocas de estación (húmeda y estaja)

7.2.2.3 La protección específica grupal contra la caries dental en población de riesgo biológico-social, se debe realizar con enjuagues quincenales o semanales de fluoruro de sodio al 0.2% de manera directa en los centros escolares, en zonas donde la concentración natural de ión fluor en agua de consumo humano sea menor 0.7 p.p.m.

7.2.2.4 El personal de salud debe orientar a la población en general y de manera prioritaria a la población escolar para disminuir dentro y fuera del espacio escolar la frecuencia en el consumo inmoderado de dulces, refrescos y sustituir su consumo por el de alimentos naturales como frutas, verduras y azúcares poco refinados de baja acción cariogénica como el azúcar morena o morenabado.

7.2.2.5 La protección específica individual contra la caries dental debe promover el empleo de fluoruros de uso tópico y el control de placa dentobacteriana a través del uso de cepillo e hilo dental

7.2.2.6 La protección específica individual contra la caries dental por vía tópica debe realizarse por métodos de uso clínico y de uso doméstico

7.2.2.7 Los métodos de uso clínico deben ser realizados por personal profesional o por personal auxiliar debidamente capacitado e incluyen:

- Aplicación tópica de fluoruros en gel solución para enjuagues y barniz de acuerdo a la concentración y el caso, debiendo ser mas frecuentes en niños con mayor carioactividad o caries dental rampante.
- Aplicación de selladores de fosetas y fisuras con o sin fluoruro en órganos dentarios sanos sus ceptibles a caries dental

7.2.2.8 El cirujano dentista debe informar que los métodos de uso doméstico deben ser aplicados o supervisados por los padres o adultos a cargo de los menores de edad o de las personas discapacitadas de acuerdo a las siguientes indicaciones:

- La higiene bucal en población infantil menor de un año de edad se realiza con un paño suave humedecido con agua una vez al día.
- en los niños de 1 a 3 años el aseo bucal se debe realizar con cepillo de cerdas suaves humedecido después de cada alimento en caso de usar pasta dental fluorurada se hará en cantidad mínima, y bajo la supervisión de un adulto para evitar la ingestión de fluor residual.
- en la población a partir de los 4 años el aseo bucal se debe realizar con cepillo dental y pasta fluorurada, después de cada alimento

7.2.2.9 A nivel individual los suplementos de fluoruro exclusivamente se prescriban bajo estricto control del cirujano dentista y médico pediatra de acuerdo a las tablas de dosificación internacionales vigentes, a niños que por razones de salud no consumen sal fluorurada y que vivan en localidades con nivel de fluor en el agua de consumo humano por debajo de 0.7 p.p.m.

7.2.2.10 Los suplementos de fluor deben considerar en el empaque del empaque los siguientes datos:

- Este producto contiene fluor y debe ser utilizado bajo estricto control profesional, cirujano dentista, médico pediatra.
- no se consuma este producto en las áreas geográficas del país donde la concentración de ión fluor en agua de consumo humano sea igual o mayor de 0.7 p.p.m.
- si se está consumiendo sal fluorurada no debe utilizarse este producto.
- este producto no debe comercializarse libremente

7.2.3 Enfermedad Periodontal

7.2.3.1 Los métodos y técnicas de protección específica individual de uso clínico, se deben realizar por personal profesional o auxiliar capacitado en el área de la periodoncia e incluye:

- Información sobre la enfermedad periodontal,
- motivación para realizar el control personal de placa dentobacteriana.
- Instrucción sobre los métodos y técnicas de control de placa dentobacteriana.
- implementación y adecuación de acciones de seguimiento de control de placa dentobacteriana, según nivel de atención,
- eliminación instrumentada de placa dentobacteriana supra y subgingival

7.2.4 Lesiones de tejidos blandos y óseos

7.2.4.1 La protección específica grupal de las alteraciones y enfermedades de tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y las estructuras anatómicas, se debe realizar en población de riesgo biológico-social mediante el examen clínico periódico de manera directa y la eliminación de hábitos nocivos

7.2.4.2 La protección específica individual de las alteraciones y enfermedades de tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y las estructuras adyacentes se realiza mediante:

- a) El examen clínico en forma periódica, por parte del cirujano dentista.
- b) la detección y eliminación de agentes nocivos de origen físico, químico, biológico y psicosocial.
- c) la orientación personalizada para la aplicación de las medidas de protección específica

7.2.5 Maloclusiones

7.2.5.1 Es responsabilidad del cirujano dentista especialista que la protección específica grupal se oriente a la vigilancia de la erupción y a la conservación de los primeros molares permanentes, así como a conservar la longitud, anchura y relación de las arcadas

7.2.5.2 La protección específica individual tiene como objetivo principal conservar la integridad en tamaño, función, forma, estética, y posición de las arcadas para una oclusión estable

7.2.6 Fluorosis Dental

7.2.6.1 La protección específica a nivel masivo, grupal e individual, se basa en:

- a) La detección de fuentes de abastecimiento de agua de consumo humano con concentraciones mayores de 0.7 p.p.m. de fluor y la aplicación de métodos de defluorización de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana vigente sobre calidad del agua de consumo humano.
- b) en localidades donde el contenido de ión fluor en agua de consumo humano sea mayor o igual a 0.7 p.p.m. se debe evitar consumir tal fluorada, consumir suplementos de fluoruro por vía sistémica y la ingesta de pasta dental.

7.2.7 Atención al Paciente Desdentado

7.2.7.1 La prevención específica individual de la patología bucal asociada al uso de prótesis dental se debe realizar a través de:

- a) Control personal de placa bacteriana.
- b) higiene y mantenimiento de la prótesis dental.
- c) revisión periódica

7.3 Medidas básicas de prevención de riesgos en los establecimientos y personal de Salud

Las medidas básicas que deben adoptarse para la prevención de riesgos son las siguientes

7.3.1 El personal de salud debe adoptar medidas para su protección y la de los pacientes para evitar riesgos a la salud de tipo

- Biológico,
- físico,
- químico,
- ergonómico,
- psicosocial

7.3.2 Para prevenir los riesgos de tipo biológico provocados por el contacto con sangre y secreciones corporales de pacientes, el odontólogo, estudiante de odontología, técnico y personal auxiliar que labora en el área de salud bucal debe cumplir las siguientes medidas preventivas en su práctica clínica institucional y privada.

7.3.2.1 El odontólogo y personal auxiliar deben utilizar, con todo paciente y para todo procedimiento medidas de barrera como son: bata, guantes desechables, cubrebocas, anteojos o careta y por parte del paciente protector corporal

7.3.2.2 Para el control de la fuente, antes de iniciar el procedimiento clínico, el paciente debe de emplear un enjuague bucal con antiséptico. El odontólogo debe de utilizar protector de alto volumen y dique de hule, cuando lo permita el procedimiento.

7.3.2.3 El odontólogo debe usar un par de guantes nuevos por cada paciente que explore o brinde atención clínica

7.3.2.4 Se debe usar guantes de látex no estériles desechables durante la exploración clínica y acto operatorio no quirúrgicos, guantes de látex estériles desechables para actos quirúrgicos y guantes de hule grueso o nitrilo no desechables para lavar material e instrumental.

7.3.2.5 Se debe usar una aguja desechable y cartuchos anestésicos nuevos por cada paciente.

7.3.2.6 Todo material punzo cortante se debe manipular con cuidado para reducir al mínimo la posibilidad de punciones accidentales

7.3.2.7 Todos los desechos punzo cortantes, potencialmente contaminados con sangre o saliva deben colocarse en recipientes desechables, rígidos, irrompibles e impermeables que se cierran con seguridad con la leyenda "material potencialmente infeccioso" y esterilizar antes de desecharlos

7.3.2.8 Los desechos sólidos no-punzo cortantes deben ser separados en la clínica de acuerdo con su potencial infeccioso. Los desechos no contaminados se arrojan a la basura común; los materiales contaminados con sangre o con saliva y los tejidos removidos del paciente deben ser puestos

en tiras de polipropileno de alta densidad para su esterilización y fesecho

7.3.2.9 Los desechos de material líquido como sangre y secreciones se arrojan directamente al drenaje y después se lava y desinfecta la tarja, así como los frascos o recipientes del aspirador

7.3.2.10 Se debe realizar el lavado de manos con agua potable, jabón líquido, soluciones antisépticas y secar con toallas desechables o secador de aire, antes de colocarse los guantes e inmediatamente al retirarlos.

7.3.2.11 El personal de salud debe utilizar las medidas de prevención para la contaminación cruzada, como son cubiertas desechables para evitar la contaminación de las áreas expuestas a los aerosoles y las salpicaduras así como evitar el contacto durante el acto operatorio o exploratorio con objetos como: teléfono, agenda, lapiceros.

7.3.3 Para prevenir la contaminación del equipo, instrumental y mobiliario:

7.3.3.1 Se deben utilizar los métodos de desinfección y esterilización de acuerdo al equipo, material e instrumental, así como el tipo de agente y técnica

TABLA N° 1
TEMPERATURAS Y TIEMPOS MÍNIMOS RECOMENDADOS PARA LA ESTERILIZACIÓN.

- Hornos de calor seco, aire estático Instrumental no envuelto	°C	minutos	
	170	60	
- Hornos de calor seco, flujo forzado Instrumental no envuelto	°C	minutos	
	200	6	
- Vapor de agua a presión, Instrumental no envuelto	°C	kg/cm ²	minutos
	134	2	3
	115	1	15
- Vapor de agua a presión, autoclave Instrumental envuelto	°C	kg/cm ²	minutos
	134	2	12
	115	1	30
- Vapor de agua a presión, autoclave Campos quirúrgicos, gases	°C	kg/cm ²	minutos
	121	1	30
- Vapor de agua a presión, autoclave Desechos biológicos	°C	kg/cm ²	minutos
	121	1	90
- Vapor de químico a presión, quimioclave Instrumentos envueltos	°C	kg/cm ²	minutos
	132	1.5	20

TABLA N° 2
NIVEL BIOCIDA DE LOS DESINFECTANTES.
Desinfección de

Nivel Biocida	Bacterias vegetativas	M. tuberculosis*	Endosporas bacterianas
Alto	•	•	•
Medio	•	•	•
Bajo	•	•	•

*Causa de Bacterias e Infecciones de la Otorrinolaringología y de la Otorrinolaringología (1987)

7.3.3.2 Se debe esterilizar todo instrumental, material o equipo que penetre tejidos blandos o duros que se contamine con sangre o cualquier otro fluido corporal

7.3.3.3 Se debe desinfectar con un germicida de alto nivel o preferentemente esterilizar todo instrumental, material o equipo que toca pero no penetra tejidos blandos y juros de cavidad bucal

7.3.3.4 Se debe realizar la esterilización de la pieza de mano, puntas de la jeringa triple y curetis ultrasónica después de cada paciente o utilizar pieza de mano y puntas de jeringa triple desechables

7.3.3.5 El instrumental se debe envolver para esterilizarse por paquetes de acuerdo a las técnicas y equipo

7.3.3.6 Se deben utilizar testigos biológicos para el control de calidad de los ciclos de esterilización, aplicándose una vez por semana. Los testigos biológicos deben aplicarse a los hornos de calor seco, las autoclaves, las quimioclaves y a las cámaras de oxido de etileno.

7.3.3.7 Se debe desinfectar entre cada paciente, con soluciones de nivel medio: el sillón, lámpara, unidad dental y aparato de rayos x, o utilizar cubiertas desechables

7.3.3.8 Se debe purgar las mangueras de la pieza de mano y jeringa triple, 3 minutos al inicio del día y 30 segundos entre cada paciente

7.3.3.9 Los materiales de laboratorio y otros elementos que hayan sido utilizados en el paciente, tales como impresiones, registro de mordida, aparatos protésicos u ortodóncicos, deben limpiarse y desinfectarse antes de ser manipulados por el personal de laboratorio dental, siguiendo las recomendaciones del fabricante en relación al tipo de germicida apropiado para su desinfección.

7.3.3.10 Todo equipo y mobiliario dental debe ser desinfectado o esterilizado antes de ser enviado a mantenimiento o reparación.

7.3.3.11 Es un obligación profesional aplicarse la vacuna contra la Hepatitis B: los odontólogos, estudiantes de odontología, técnicos y personal auxiliar que tenga contacto con sangre, saliva o secreciones de pacientes en su práctica clínica institucional y privada.

7.3.3.12 Para realizar la prueba de detección del VIH al personal de salud bucal y al paciente se debe contar con el consentimiento del interesado siguiendo las recomendaciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana

7.3.4 Riesgos Profesionales

7.3.4.1 Para prevenir los efectos provocados por el ruido de la pieza de mano de alta velocidad, se debe considerar que el máximo de ruido que produzca sea de 87.3 decibelios

7.3.4.2 Se debe orientar al personal de salud sobre el uso de manguitos o tapones auditivos, así como las ventajas de realizarse audiogramas en forma periódica

7.3.4.3 Para prevenir los riesgos que afectan la vista del odontólogo y el personal auxiliar, se debe mantener la iluminación entre 200 a 300 luxes

7.3.4.4 Para prevenir los riesgos de tipo químico provocados por el uso de productos como mercurio, jabones, anestésicos locales, eugeno, alcohol-

les y otros el personal de salud debe cumplir con las recomendaciones para su manejo señalados por el fabricante.

7.3.4.5 Para prevenir el riesgo provocado por el mercurio en sangre, el odontólogo debe pulir y retirar las obturaciones de amalgama bajo chorro de agua para evitar la aspiración de polvo y mercurio.

7.3.4.6 El mercurio residual debe ser guardado en frascos de plástico con agua, cerrados herméticamente.

7.3.4.7 Para prevenir los riesgos de fatiga, várticos y ósteo-articulares provocados por problemas posturales, se deben aplicar los principios de la ergonomía para la correcta adaptación física, anatómica y fisiológica del personal odontológico con su equipo y áreas de trabajo.

7.3.4.8 Para prevenir los riesgos de tipo psicosocial el odontólogo y personal auxiliar debe realizar pausas para la salud, a fin de abatir el stress y la ansiedad.

8 DIAGNOSTICO

8.1 El diagnóstico de las enfermedades bucales debe establecerse mediante la aplicación del método epidemiológico, el método clínico y los auxiliares diagnósticos.

8.1.2 El diagnóstico, la concentración y el reporte de las patologías estomatológicas, debe efectuarse conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS) vigente.

8.2 Diagnóstico Epidemiológico

8.2.1 El diagnóstico epidemiológico de las enfermedades bucales debe emplearse como base de los planes y programas institucionales de salud bucal a nivel nacional, estatal y local (de servicio, docencia e investigación) tomando en cuenta los índices epidemiológicos de aplicación universal reconocidos por la Organización Mundial de la Salud.

8.2.2 Los estudios epidemiológicos que apoyan al diagnóstico antes citado deberán de cubrir los requerimientos metodológicos para la descripción de los factores de riesgo, así como la prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales en los grupos poblacionales específicos.

8.2.3 El reporte y notificación de las enfermedades bucales deberá seguir los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica de acuerdo a los diferentes capítulos que la conforman.

8.2.4 Los estudios epidemiológicos deben orientarse a la descripción y el análisis de las enfermedades bucales más importantes, considerando factores de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y oportunidad para su atención.

8.2.5 Los estudios epidemiológicos deben incluir las manifestaciones clínicas de la enfermedad en sus diferentes etapas y su repercusión a estructuras adyacentes a la cavidad bucal.

8.3 Diagnóstico clínico.

8.3.1 El diagnóstico clínico debe incluir los siguientes aspectos:

- Ficha de identificación.
- interrogatorio (antecedentes personales, patológicos y no patológicos, así como hábitos-familiares).
- padecimiento actual.
- exploración visual, manual e instrumentada del aparato estomatognático en su conjunto,

- exploración, inspección palpación percusión, sondaje, movilidad y transluminación del órgano dentario, así como la valoración de signos y síntomas clínicos de la entidad patológica según sea el caso.

- auxiliares de diagnóstico como: estudios de gabinete y de laboratorio de acuerdo a las necesidades del caso.

8.3.2 Los datos recabados durante el diagnóstico clínico deben quedar registrados en la historia clínica del paciente con la firma del odontólogo responsable de la elaboración.

8.3.3 La historia clínica debe actualizarse por medio de las notas de evolución.

8.3.4 El expediente clínico debe contar como mínimo con los siguientes documentos:

- Historia clínica que contenga:
- historia personal y familiar de antecedentes patológicos y no patológicos,
- padecimiento actual,
- odontograma,
- diagnóstico y tratamiento,
- informes de estudios de gabinete y laboratorio,
- notas de evolución.

8.3.5 En el diagnóstico clínico de las enfermedades bucales se debe incluir el análisis biológico-social de acuerdo con los siguientes criterios:

- Menores de 5 años,
- nivel socio-económico,
 - accesibilidad a los servicios de salud,
 - hábitos de higiene,
 - hábitos bucales,
 - características de la alimentación,
 - uso y abuso del tabaco.

Población escolar,

- nivel socio-económico,
- escolaridad,
- accesibilidad a los servicios de salud,
- hábitos de higiene,
- características de la alimentación,
- cronología de la erupción.

Población adolescente y adultos,

- nivel socio-económico,
- escolaridad,
- accesibilidad a los servicios de salud,
- riesgo ocupacional,
- adicciones (tabaquismo, alcoholismo),
- enfermedades cronicodegenerativas,
- hábitos de higiene.

8.4 Caries Dental

8.4.1 En el diagnóstico clínico de la caries dental se deben de utilizar métodos de examen visual con el apoyo de explorador clínico.

8.4.2 Complementariamente se debe realizar estudios radiográficos para determinar la profundidad de las lesiones o la presencia de caries dental en espacios interproximales.

8.5 Enfermedad Periodontal.

851 En el diagnóstico clínico de la enfermedad periodontal se debe incluir la valoración de los factores asociados de origen:

- a) Sistémico.
- b) fisiológico.
- c) iatrogénico.
- d) traumático.
- e) farmacológico.

852 El diagnóstico debe cumplir como mínimo con:

- Interrogatorio.
- exploración física visual, del individuo y de la boca.
- exploración física instrumentada, palpación, sondaje, determinación de movilidad y transiluminación.
- auxiliares de diagnóstico.
- estudio radiográfico periapical completo.
- estudios de laboratorio, de acuerdo a las necesidades del caso.

853 En la exploración clínica del periodonto se debe considerar:

- a) identificación de cambios como color, forma, textura y consistencia.
- b) sangrado gingival al sondeo.
- c) pérdida de la inserción.
- d) movilidad dentaria.

86 Lesiones de tejidos blandos y óseos

861 Los métodos de detección y diagnóstico clínico se deben realizar por personal profesional.

862 Todo tejido o secreción retirado de la cavidad bucal debe ser enviado para su análisis y diagnóstico al laboratorio correspondiente.

863 En caso de no disponer o manejar los elementos de diagnóstico del punto 852 se hará la referencia al servicio correspondiente evitándose cualquier tratamiento.

87 Maloclusiones.

871 El diagnóstico clínico de las maloclusiones debe considerar los factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales y sus repercusiones funcionales y emocionales.

Factores de riesgo biológicos:

- Características congénitas.
- estructuras esqueléticas.
- estructuras dentales.
- estructuras neuromusculares.
- evaluación funcional (respiración, alimentación, lenguaje y hábitos)

Factores de riesgo psicológicos:

- Autoimagen.
- imagen reflejada.

Factores de riesgo sociales:

- Nivel socioeconómico.
- escolaridad.
- accesibilidad a los servicios de salud.

872 El diagnóstico debe cumplir como mínimo con:

- Interrogatorio
- Exploración física visual del individuo y de la boca
- Exploración física instrumentada
- Auxiliares de diagnóstico
- Estudio radiográfico, de acuerdo a las necesidades del caso
- Modelo de estudio del paciente
- Resultados del análisis de los estudios radiográficos y modelos de estudio

873 En caso de no disponer o manejar los elementos de diagnóstico del punto anterior se hará la referencia al servicio correspondiente, evitándose el tratamiento.

88 Fluorosis Dental

881 En el diagnóstico clínico epidemiológico de la fluorosis dental se debe considerar los siguientes factores de riesgo:

- a) Etapa de odontogénesis (de 0 a 12 años de edad).
- b) concentración de ión fluor en agua de consumo humano igual o mayor a 0.7 ppm.
- c) consumo de suplementos fluorados en dosis mayores a las indicadas.
- d) ingesta de productos fluorados de uso tópico.
- e) altitud y clima de la región.

882 El diagnóstico de la fluorosis dental se debe realizar clínicamente

883 Para el diagnóstico de la fluorosis dental se debe de utilizar auxiliares de diagnóstico como:

- Cuantificación de ión fluor a través del método de potencimetría.
- rayos X.

89 Atención a pacientes desdentados

891 El diagnóstico clínico de la patología bucal asociada al uso de prótesis dental debe incluir el análisis biológico social asociado a los criterios e indicaciones de prótesis fija y removible

892 Como base del diagnóstico clínico se debe incluir los modelos de estudio del paciente.

9. TRATAMIENTO Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES

91 Caries dental

911 El tratamiento y control de la caries dental, comprende la limitación del daño, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud, con base en la referencia y contra-referencia de pacientes, de acuerdo con la complejidad del padecimiento y los recursos disponibles para su atención

912 El tratamiento de la caries dental se debe llevar a cabo con los materiales biocompatibles que devuelvan la salud del órgano dentario, restauren su anatomía, así como su estética, su función masticatoria y autochias

913 En la restauración de los órganos dentarios debe cumplirse como mínimo con los siguientes requisitos básicos:

- a) Uso de dique de hule de acuerdo al procedimiento.
- b) eliminación completa del proceso carioso.
- c) protección correcta de la cámara pulpar.

- d) sellado completo de la cavidad, en materiales que se apliquen mediante condensación (amalgama, resina ionómero de vidrio).
- e) cementación y ajuste correcto de la cavidad, en incrustaciones metálicas o de porcelana.
- f) devolución de la función masticatoria, correspondiente al órgano dental restaurado.
- g) devolución de la morfología o forma anatómica al órgano dental restaurado.
- h) devolución de la estética a los órganos dentarios.
- i) permanencia de las restauraciones durante un periodo, siempre que el paciente no haga uso indebido de sus órganos dentarios.

9.14 Las coronas de acero cromo coladas deben de cumplir con los siguientes requisitos básicos:

- Ajuste al contorno gingival.
- correcta función masticatoria.

9.15 El tratamiento de la caries dental de tercer grado se debe realizarse mediante procedimientos de terapia pulpar y de acuerdo al grado de avance de la patología pulpar:

- Recubrimiento pulpar indirecto.
- recubrimiento pulpar directo.
- pulpotomía.
- pulpectomía.

9.16 En la terapia pulpar de los órganos dentarios debe de cumplirse con los siguientes requisitos básicos:

- a) Eliminación completa del proceso infeccioso de acuerdo con la extensión del mismo.
- b) sellado correcto de la cámara y los conductos radiculares.
- c) adecuación del órgano dentario para la restauración anatómico-funcional.

9.17 La odontectomía se debe llevar a cabo:

- En caso de destrucción coronaria amplia que impida la restauración del órgano dentario.
- órganos dentarios incluidos que impidan su función.
- por indicaciones ortodóncas, prótesis, periodontales.

9.2 Enfermedad Periodontal.

9.2.1 El tratamiento de la enfermedad periodontal se debe realizar con base en:

- El reforzamiento de los hábitos de higiene bucal.
- la eliminación de los depósitos supra y subgingivales.
- el uso de fármacos bajo el estricto control del cirujano dentista.
- la creación del ambiente bucal ideal adecuado, para evitar la acumulación de placa dentobacteriana.

9.2.2 El tratamiento de la enfermedad periodontal se debe llevar a cabo de acuerdo a las siguientes fases:

- FASE I

Instrucción y motivación sobre el control personal de placa dentobacteriana, eliminación de depósitos como sarro y placa de la superficie dentaria, (dentadura sub y supra, gingival, alzado radicular y crestaje), eliminación de sarro, control de hábitos nocivos, control de infecciones sistémicas coadyuvantes, si existen.

- FASE II

Corresponde a la fase quirúrgica y se emplea únicamente en aquellos pacientes en los que las periodontopatías no se controlaron con la aplicación de la fase anterior.

- FASE III

Corresponde al control del mantenimiento periódico de la salud periodontal, con base en la referencia y contrarreferencia de pacientes de acuerdo con la complejidad del padecimiento y los recursos disponibles para su atención.

9.2.1 El cirujano dentista de práctica general debe realizar la fase I y III del tratamiento periodontal y referir al paciente con el especialista para la fase II.

9.2.3 Con periodicidad trimestral o con la frecuencia que se requiera se debe realizar tratamientos de control y mantenimiento en aquellos individuos que fueron tratados de periodontopatías avanzadas, así como en pacientes comprometidos sistémicamente.

9.2.4 Con periodicidad semestral se debe realizar el tratamiento de control y mantenimiento rutinario para la prevención de las enfermedades periodontales.

9.3 Lesiones de tejidos blandos y óseos

9.3.1 El tratamiento debe aplicarse a la resolución de agente(s) primario y secundario del proceso patológico del individuo y mediante:

- a) Terapia farmacológica.
- b) radioterapia.
- c) quimioterapia.
- d) cirugía.
- e) tipo paliativo.

9.4 Maloclusiones

9.4.1 El tratamiento y control de la maloclusiones comprende la limitación del daño, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud, con base en la referencia y contrarreferencia de pacientes, de acuerdo con la complejidad del padecimiento y los recursos disponibles para su atención.

9.4.2 Para llevar a cabo el tratamiento se debe definir la relación causa-efecto primario o secundario que ocasiona la maloclusión, a la salud física y emocional del individuo.

9.4.2.1 Se debe determinar la prioridad de invalidez de acuerdo con:

- a) Pacientes que presentan malformaciones congénitas que impidan las funciones primarias (respiración, alimentación, masticación, deglución y fonación).
- b) pacientes que presentan displasias esqueléticas severas y alteraciones en su perfil emocional.
- c) pacientes que presentan traumatismos o secuelas de traumas térmicos, quemaduras y disfunciones de la articulación temporomandibular.
- d) pacientes que presenten alteraciones esqueléticas, dentales, violares, de tejidos blandos y mínimas alteraciones en su perfil emocional.

9.4.2.2 El tratamiento se debe realizar de acuerdo a la severidad de invalidez y al potencial de deterioro.

9.4.3 El plan de tratamiento debe considerar las etapas de ejecución y sus limitaciones, las cuales deben contar con la firma de autorización del paciente, padres, tutores o representante legal en caso de personas discapacitadas.

9.4.4 Una vez obtenido el propósito de cada etapa se debe considerar mantener el resultado a través de la cooperación constante del paciente.

9.4.5 Al finalizar la etapa de tratamiento se debe haber cumplido con los propósitos programados que permitan llevar al individuo a la recuperación inmediata o mediana de las funciones masticatorias y de fonación, así como el mejoramiento de los patrones de crecimiento y desarrollo y de armonía facial.

9.5 Fluorosis Dental

9.5.1 El tratamiento de las suciedades (defectos de color y estructura) de la fluorosis dental debe estar encaminado a restablecer la estética de los órganos dentales sin afectar su vitalidad.

9.5.2 El control de la fluorosis dental se debe realizar a través de vigilancia epidemiológica y monitoreo químico y biológico.

9.6 Atención al paciente desdentado.

9.6.1 El plan de tratamiento para la rehabilitación bucal se debe establecer con base en el análisis de los criterios técnicos vigentes y las condiciones bio-psico-sociales del paciente.

9.6.2 El tratamiento y control del paciente desdentado comprende, la limitación del daño, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud, con base en la referencia y contrarreferencia de pacientes, de acuerdo con la complejidad del padecimiento y los recursos disponibles para su atención.

9.6.3 El tratamiento del paciente desdentado, se debe llevar a cabo a través de:

- Prótesis fija,
- prótesis removible,
- prótesis total,
- implantes osteo-integrados.

9.6.3.1 La prótesis dental debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- Restaurar la anatomía, función masticatoria y autocinesis del aparato estomatognático,
- ajuste y estética.

9.6.3.2 Los implantes osteo-integrados, fibro-osteointegrados sub-periósticos deben reunir las condiciones óptimas de biocompatibilidad, así como su aplicación con las técnicas quirúrgicas para restaurar la bio-fisiología del aparato masticatorio, conjuntamente con las prótesis correspondientes.

10 OBSERVANCIA DE LA NORMA.

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas en los ámbitos de competencia.

11 BIBLIOGRAFIA

1 Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Capítulo IX. Enfermedades de la Cavidad Bucal. Glándulas Salivales y Maxilares (520 - 529). 1975

2 Secretaría de Comercio y Fomento Industrial. Ley Federal sobre Metrología y Normalización 1991

3 Secretaría de Salud. 1984. Ley General de Salud

4 Secretaría de Salud. Dirección General de Medicina Preventiva. Lineamientos para dosificación de fluoruro sistémico, bases fisiológicas. 1991

5 Secretaría de Salubridad y Asistencia. Reglamento de Yodación y Fluoración de la Sal. 1981

6 Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios de Atención Médica.

7 Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 1989-1994

8 American Dental Association. Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. Journal of the American Dental Association (Supply August), 1992

9 American Dental Association. Safety and infection control in the dental office. American Dental Association. Chicago, Il. 1990

10. American Dental Association. Quaternary ammonium compounds not acceptable for disinfection of instruments and environmental surfaces in dentistry. Journal of the American Dental Association 97(11): 655-656. 1978

11. Newbrun Ernest. Fluoride Supplementation Time for a new dosage Schedule. 13a sesión de la Asociación Dental Americana, San Francisco, California. 6-10 nov, 1993

12. Centers for disease control and prevention. Recommended infection control practices for dentistry, 1993. Morbidity Mortality Weekly Report 41 (RR-8): 1-12, 1993.

13. Centers for disease control. Protection against viral hepatitis. Morbidity Mortality Weekly Report 39 (RR-2): 1-26. 1990

14. U.S. Department of Health and Human Services. Infection control file. Practical infection control in the Dental Office. Centers for Disease Control and Prevention, and Food and Drug Administration. October 1993. United State Printing Office, Washington, D.C

15. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. 29 CFR Part 1910. 1030. Occupational exposure to bloodborne pathogens final rule. Federal Register 56 (235) 64175-64182, 1991.

16. U.S. Environmental Protection Agency. Managing and tracking medical wastes. Office of solid waste. Washington, D.C., 1989

17. Burket W. Lester. Medicina Bucal. Diagnóstico y Tratamiento Interamericana, 4o. edic. México, 1986

18. Barber Thomas K. Luke Larry S. Odontología Pediátrica. Manual Moderno. México, 1988.

19. Cedros Network. A new era for the prevention of dental caries. Cedros Network. Newsletter 1992; 2:1,12.

20. Contreras Dona A. y Col. Prevalencia del antígeno de superficie de la Hepatitis B (Hbs ag) en clínica estomatológica. Revista Cubana de Estomatología.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

matología Vol. 17, 1, 26, 45 ene-mar 1990.

21 Delgado M L, Molina L J, González G J M, Alfonso A F. Estado actual de las metas propuestas para la salud bucal en el año 2000, en 43 áreas de Salud de Cuba. Informe preliminar. Revista Cubana de Estomatología 1985; 22:229-40.

22 Depola P F. Reaction paper: the use of topical and systemic fluorides in the present era. J. Public Health Dent 1991, 51:48-52.

23 Eversole R Lewis. Patología Bucal, diagnóstico y tratamiento. Medica Panamericana, México, 1980.

24 Walter H Green, Bruce G. Simons - Motrin Educación para la Salud Interamericana, México, 1988.

25 Gordon Castiglano. Medicina bucal, diagnóstico y tratamiento. Interamericana, México 1982.

26 Johnson G K and Robinson, W S. Human immunodeficiency virus-1 (HIV-1) in the vapors of surgical power instruments. Journal of Medical Virology 33, 47-50, 1991.

27 Lewis, D L and Boe, R. K. Cross-infection risks associated with current procedures for using hi-speed dental handpieces. Journal of Clinical Microbiology 30 (2): 401-408, 1992.

28 Luna Gómez J M. Principios de Odontogeriatría, primera parte. Práctica odontológica. Vol. 7 Num. 6, 21 - 22 1986.

29 Naccache H, Simard P L, Trahan L, Brodeur J M, Demers M, Lachapelle D. Factors affecting the ingestion of fluoride dentifrice by children. J. Public Health Dent 1992., 52:222-8.

30 Nikiforuk G. Caries Dental, Aspectos Básicos y Clínicos. Ed. Mundí SAICYF 1986.

31 Olson, R. J et al. Examination Gloves as barriers to hand contamination in clinical practice. Journal of the American Dental Association 270 (3): 350-353, 1993.

32 Skinner Willans eugene. La Ciencia de los materiales dentales, Interamericana, 2a. edic. México, 1988.

33 Fluoruros y Salud Organización Mundial de la Salud. Serie de Monografías N° 59. Ginebra 1972.

34 El uso correcto de fluoruros en Salud Pública. Federación Dental Internacional, Fundación W.K. Kellogg, Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1988.

35 Ekstrand, J, Fejerskov, O., Silverstone, L. Fluoride in Dentistry. Munksgaard, Copenhagen, 1988.

36 Elementos menores y oligoelementos en la leche materna. Informe de un estudio en colaboración Organización Mundial de la Salud y el Organismo Internacional de Energía Atómica. Viena, 1988.

37 Estrategia Regional de Salud Buco-Dental para los años noventa. Organización Mundial de la Salud, Sistema y Servicios de Salud programa Regional de Salud Bucodental.

38 Arndt I. Isenaf. Fluoride Supplements: Current effectiveness, side effects

and recommendations. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1994 22, 164-72 Munksgaard.

39 Marthaler T M. Age-Adjusted Limits of fluoride intake to minimize the prevalence of fluorosis. J. Biol. Buccale. Vol 20 pp. 121-127 1992.

40 New Fluoride Guidelines proposed. JADA Vol 125 april 1994.

41 Changing Patterns of Fluoride Intake Current Regulations and Recommendations concerning water fluoridation, fluoride supplements and topical fluoride-agents cap. 7 pp. 1255-1265. J. Dent. Res may 1992.

TRANSITORIO

Primero: Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo: A partir de la publicación de esta Norma Oficial Mexicana todos los establecimientos de salud de nueva creación públicos y privados deberán de cumplir lo establecido en la misma.

Tercero: Los servicios de salud privados ya establecidos oficialmente antes de la publicación de esta Norma gozarán de un plazo de 365 días naturales, para dar cumplimiento al capítulo 7 en lo referente a piezas de mano esterilizables o desechables, así como a la obligación de contar con equipo de esterilización (autoclave o quemclave) en los servicios odontológicos.

Cuarto: Los servicios de salud pública ya establecidos oficialmente antes de la publicación de esta Norma, gozarán de un lapso no mayor de 730 días naturales, de acuerdo a su estructura y gestión administrativa para renovación de equipo y mobiliario, para cumplir con el transitorio tercero.

México, D.F. a 28 de abril 1994.

REVISÓ Y APROBO

Dr. José Rodríguez Domínguez
Director General de Medicina Preventiva
Secretaría de Salud

HISTORIA CLINICA

Las siguientes preguntas se consideran confidenciales y unicamente es para dar un mejor servicio y de acuerdo a su salud.

NOMBRE: _____ SEXO: F M TEL: _____
 DIRECCION: _____ COLONIA: _____
 C.P. _____ EDAD _____ EDO. CIVIL _____ OCUPACION _____
 NOMBRE ESPOSO (a): _____ TEL: _____
 ENVIADO POR: _____
 PESO _____ ESTATURA _____ P.A. _____ T.A. _____

Subraye las respuesta y/o conteste las preguntas:

1. ¿Se encuentra en buen estado de salud? SI NO
2. Fecha de su último examen médico _____
3. ¿Está bajo el cuidado de algún médico? SI NO Nombre Dr. _____
 su médico familiar es: _____
4. Ha habido algún cambio en su salud general un año atras? SI NO ¿cuál fue el problema? _____
5. ¿Le han efectuado alguna operación o ha padecido alguna de las enfermedades siguientes? daño en las válvulas cardiacas, lesiones cardiacas congénitas, problemas cardiacos, ataques cardiacos, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, presion arterial alta, arteriosclerosis, apoplejia (dolor en el pecho cuando se agita, falta de respiración después del ejercicio, inflamación de tobillos, falta de aire cuando está acostado, necesita más almohadas para dormir, tiene marcapasos), embolias, alergias, problemas sinusales, asma, fiebre del heno (cuadro gripal antes de primavera), urticaria, erupciones cutáneas, desmayos, ataques, diabetes (orina más de 6 veces al día, tiene sed la mayor parte del tiempo, se le seca frecuentemente la boca), hepatitis, ictericia (tonalidad amarillenta), enfermedades hepáticas, artritis, reumatismo (inflamación en articulaciones), úlceras estomacales, problemas de riñón, tuberculosis (tos persistente, tos con sangre), presión arterial baja, enfermedades venéreas, S.I.D.A.
6. ¿Le han efectuado alguna operacion o padecido alguna enfermedad grave? SI NO ¿Cual fué el problema?
7. Ha padecido sangrados anormales relacionados con: extracciones, cirugía, traumatismo, equimosis (moretones con facilidad), ha donado sangre, necesitó trasfusión de sangre? SI NO Porqué?
 anemia, cirugía de tumor, radiaciones o tratamiento por tumor.
8. Está tomando alguno de los medicamentos siguientes:
 antibióticos _____ sulfas _____ aspirina _____
 anticoagulantes _____ tranquilizantes _____ cortisona _____
 antihistamínicos _____ para presión arterial _____
 insulina _____ tolbutamida _____ hormonas _____
 nitroglicerina _____ anticonceptivos _____ otros _____
 para problemas cardiacos _____
9. Ha reaccionado de manera adversa a:
 anestésicos locales _____ penicilina _____
 antibióticos _____ sulfas _____
 barbitúricos _____ aspirina _____
 sedantes _____ yodo _____
 codeína _____ otros _____
10. ¿Ha presentado algún problema vinculado con tratamiento dental? SI NO ¿Cuál?
11. ¿Tiene alguna enfermedad, condicion o problema no mencionado que deba conocer? SI NO ¿Cuál?

12. ¿Usa lentes de contacto? SI NO
13. ¿Al cepillarse, al masticar, al morder, al succionar o espontáneamente sangra su encía? SI NO ¿Hace qué tiempo? ¿Lleva tratamiento?
14. Fecha última de su visita dental
15. Fecha de su última limpieza dental
16. SOLO PARA MUJERES: Fecha de su última menstruación
- | | | | | | |
|-----------------|----|----|--------------------|----|----|
| Está embarazada | SI | NO | Problema menstrual | SI | NO |
| Esta amantando | SI | NO | Control natal | SI | NO |
17. Motivo de consulta: _____
- _____

FIRMA DEL DOCTOR

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA: _____

OBSERVACIONES: _____

DIAGNOSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

CONCLUSIONES

Durante la evolución de la enfermedad causada por el virus de inmunodeficiencia humana, es la cavidad bucal un escenario por el que desfilan una variedad considerable de lesiones cuyas manifestaciones clínicas pueden ser detectables por el cirujano dentista y llevarlo hasta su diagnóstico.

Tomando en cuenta y conociendo los diferentes tipos de lesiones bucales que se clasificaron en el presente trabajo, recopilado de literatura reciente y de algunos estudios hechos en hospitales, los resultados obtenidos fueron que:

- Existen ciertas lesiones oportunistas que las agrupan como lesiones indicativas de la infección del virus de inmunodeficiencia humana o como sospechas.
- Existe predilección hacia el sexo masculino con inclinación homosexual y bisexual.
- El alto riesgo de contagio por transfusión sanguínea ha ido disminuyendo gracias al estricto control de análisis sanguíneo de los donantes.

El cirujano dentista es uno de los profesionistas que más se enfrenta al riesgo de contagiarse, así como de ser transmisor indirecto; sin embargo, en la práctica dental, el contagio de la infección por VIH es hasta hoy, extremadamente bajo. Por tal motivo, se proponen las siguientes recomendaciones

1. Durante la consulta dental, es de vital importancia consi

derar que el SIDA es una enfermedad mortal que se ha ido diseminando día tras día y que a dicha consulta, existe la posibilidad de que nos lleguen individuos que no han sido diagnosticados aún, y que incluso desconocen ser portadores de ella. Es la historia clínica general el primer paso de protección hacia cualquier paciente infectado; en ella se deben incluir preguntas encaminadas con el propósito a descubrir cualquier tipo de manifestación indicativa del VIH. Si el paciente tiene conocimiento de su enfermedad, existe un alto porcentaje de encuestados en el que tienden a no decir que la padecen.

2. Utilizar el equipo adecuado de protección o barrera como son: guantes, bata de manga larga, cubre bocas (de preferencia caretas) e incluso gorros.

3. El manejo del instrumental es importante, desde su utilización en el manejo operatorio, hasta su lavado y esterilizado en donde se recomienda para el SIDA, sea por medio de autoclave. Ante un pinchazo o herida causado con material supuestamente contaminado, se recomienda dejar sangrar por un momento, Luego lavar con agua y jabon, aplicando alcohol u otro antiséptico. En el caso de ser la piel la que tomó contacto con líquidos contaminados, se debe secar sin frotar con algodón o gasa, y lavar como en el caso anterior. Después, el profesional deberá ser evaluado clínicamente y serológicamente con un análisis inmediato para determinar infec-

ción preexistente, el siguiente será a las 6 semanas y después a los 6 meses.

4. El cirujano dentista debe someterse periódicamente como medida de control y preventiva, al estudio serológico de detección del VIH, además pedirle al paciente un estudio previo de análisis sanguíneo a la consulta dental, puede ser negativo aunque el paciente esté infectado por VIH, porque sabemos que existe un periodo de seroconversión donde el virus no es detectable.

5. Debemos tener siempre actualizados los conocimientos acerca de las bases y avances que entornan la enfermedad.

VOCABULARIO

A

AFASIA: Trastorno, defecto u pérdida de la facultad de hablar.

C

CEFALEA: Dolor de cabeza

CITOLOGICA: Parte de la histología que trata de las células.

COMISURAS: Punto de reunión de los bordes de una abertura en hendidura.

CONVULSION: Contracción violenta, involuntaria.

E

ERITEMATOSO: Enrojecimiento difuso o en manchas en la piel.

EXANTEMA: Erupción, mancha cutánea.

F

FROTIS: Procedimiento para efectuar cultivos y tinciones de microorganismos.

G

GANGRENA: Muerte local de alguna parte del cuerpo.

I

INCUBACION: Periodo de latencia que transcurre entre el con-

tagio y las primeras manifestaciones de una enfermedad infecciosa.

INMUNOLOGICO: Suma de conocimientos relativo a la inmunidad.

LACERACION: Herida por desgarre

LANCINANTE: Dolor con sensación de pinchazón

LINFADENOPATIA: Enfermedad de los ganglios o tejidos linfáticos en general.

LINFOCITO: Variedad de célula del sistema de defensa del organismo. con un solo núcleo y grande.

LINFOMA: Tumoración del tejido linfático.

M

MACROFAGO: Célula de la sangre de gran tamaño y que fagocita

MICROBIOLOGICO: Referente a los microorganismos.

MIELOPATIA: Termino general para las enfermedades de la médula.

MONONUCLEOSIS: Infección por virus herpes, erupción parecida a la rubleola.

N

NECROTICO: Relativo a la necrosis, muerte de cualquier tejido del organismo.

NEOPLASIA: Formación de tejido nuevo con o sin consistencia de tumor.

P

PAROTIDA: Glandula salival situada por detrás del borde posterior de la rama ascendente del maxilar inferior y por delante del conducto auditivo externo.

PATOGENIA: Estudio de la forma como obran las causas morbosas para producir una enfermedad.

PERIODONTITIS: Inflamación del parodonto.

PILOSA: Con forma de pelos o con pelos.

PROLIFERACION: Aumento de las células de un organismo por multiplicación.

PROTOZOARIO: Tipo de microorganismo.

PSEUDOMEMBRANOSO: Falsa membrana

PRURITO: Sensación que incita a rascarse

Q

QUERATINA: Sustancia orgánica que forma la base de la epidermis, uñas, pelo y tejidos córneos.

QUERATINIZADO: tejido que contiene queratina

S

SARCOMA: Neoplasia maligna

SEPTICEMIA: Estado infeccioso en el cual los microorganismos patógenos o sus toxinas han penetrado el torrente circulatorio

T

TOXOPLASMA: Perteneciente a los esporozoos.

U

ULTRASONIDO: Procedimiento terapéutico que se vale de ondas sonoras de rápida vibración, transmitidas por el agua, aceite o cuerpos sólidos.

V

VASCULARES: Relativo a los vasos sanguíneos o linfáticos.

VESICULAS: Vejiga pequeña

X

XEROSTOMIA: Sequedad de la cavidad bucal

BIBLIOGRAFIA

1. ARNOLD S. RELMAN. AIDS: THE EMERGING ETHICAL DILEMMAS. AIDS ON EPIDEMIC OF ETHICAL PUZZLES. P.P. 14-15, THE HEAS TINGS CENTER, 1985.
2. A. ADRIEN, LAURA A. STORLOA, C. BARTHOLOMEW Y ET... SIDA, PERFIL DE UNA EPIDEMIA. PARTE 1 P.P 1-44, ORGANIZACION PA NAMERICANA DE LA SALUD, 1989.
3. CHARLES F. FARTHING, SIMON E. BROWN, RICHARD C.D. STAUGH- TON, Y ET... A COLOUR ATLAS OF AIDS AND HIV DISEASE. CAP. 12 P.P. 31-37, CAP. 15 P.P. 59-71, WOLFE MEDICAL PUBLICA- TIONS, 1988.
4. CONASIDA, EL ODONTOLOGO FRENTE AL SIDA. P.P. 15-31, 42-52 71-88, 125-140, CONASIDA, 1989.
5. DAVID MILLER, JONATHAN WEBER, JOHN GREEN. ATENCION DEL PA CIENTE DE SIDA. CAP. 1 P.P. 1-17, 23, 27,28,30,31, 43-49. CAP. 6, P.P. 116-123, CAP. 8 P.P. 182-202. EL MANUAL, MO- DERNO, S.A. 1989.
6. DAVID MILLER. VIVIENDO CON SIDA Y HIV. CAP. 4, P.P. 40-64 CAP. 5 P.P. 65-114. EL MANUAL MODERNO S.A. 1989.
7. DEBORAH GREENSPAN, JOHN S. GREENSPAN, JENSA J. PINDBORG Y MORTEN SCHIODT. EL SIDA EN LA CAVIDAD BUCAL. CAP. 2, P.P. 9-20, CAP. 3, P.P. 21-26, CAP. 6, P.P. 46-47, CAP. 7, P.P. 77-87, CAP. 8, P.P. 88-92. ACTUALIDADES MEDICO ODONTOLO- GICAS LATINOAMERICANA. 1990.
8. EDUARDO LUIS CECCOTTI, CLINICA ESTOMATOLOGICA, P.P. 291-

- 359, PANAMERICANA. 1993.
9. JILL-PATRICE CASSUTO, ALAIN PESEC, JEAN-FRANCOIS QUARANTA
MANUAL DE SIDA E INFECCIONES POR VIH, CAP.8, P.P. 16, 64-
144, MASSON S.A. 1991.
 10. JOSE MARIA MASCARO Y PORCER: DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE
CIENCIAS MEDICAS: UNDECIMA EDICION. SALVAT EDITORES, S.A.
1983.
 11. JOSEP M. GATELL ARTIGAS, BONAVENTURA CLOTET SALA, DANIEL
PODZAMEZAER Y ET... GUIA PRACTICA DEL SIDA, CAP. 14, P.P.
187, CAP. 15, P.P. 202-210, CAP. 16, P.P. 212-216, EDICIO
NES CIENTIFICAS Y TECNICAS S.A. 1992.
 12. KAARE WEISMANN, CARSTEN SAND PETERSEN, JORGEN SUNDERGAAN
GUNHILD LANGE WANTEZEIN. SIGNOS CUTANEOS EN EL SIDA, CAP.
10, P.P. 65-67, CAP. 17, P.P. 97-99, CAP. 24, P.P. 137-
141, EDICIONES BOYMA. 1989.
 13. MERLE A. SANDE, PAUL A. VOLBERDING. MANEJO DEL SIDA. CAP
10, P.P. 135-346, CAP. 21, P.P. 324-344. INTERAMERICANA,
MCGRAW-HILL, 1992.
 14. NELSON LOBOS JAIMES-FREYRE. SIDA Y ODONTOLOGIA, CAP. A,
P.P. 13-27, CAP. B, P.P. 29-61, CAP. C, P.P. 71-75, EDI-
CIONES AVANCES MEDICO DENTALES, 1992, 1993.
 15. RAMIREZ-AMADOR VELIA, DE LA ROSA GARCIA ESTELA, GONZALEZ
GUEVARA MARTHA, HERNANDEZ CARLOS, PONCE DE LEON SAMUEL.
MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES VIH-POSITIVOS EN LA
CIUDAD DE MEXICO: INFORME PRELIMINAR, PO. VOL. 12, No. 9,

- P.P. 35-42, PRACTICA ODONTOLOGIA, 1991.
16. REBECA HATCHER BUCKLEY, ENFERMEDADES POR INMUNODEFICIENCIA, JAMA, COMPENDIO DE ENFERMEDADES ALERGICAS E INMUNOLOGICAS, P.P. 11-24, ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. 1989.
 17. RUBIN EMANUEL, JOHN L. FARBER. PATOLOGIA GENERAL, CAP. 9 P.P. 303-305, EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA, 1990.
 18. SOL SILVERMANS JR. ATLAS EN COLOR DE LAS MANIFESTACIONES ORALES DEL SIDA. P.P. 1-113, SALVAT EDITORES, S.A.
 19. SOLIS MORAN CARLOS ENRIQUE, MOLINA MOGUEL JOSE LUIS. INCIDENCIA DE CANCER ORAL EN PACIENTES CON SIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE. PO. VOL. 11 No. 9, P.P. 43-54. PRACTICA ODONTOLOGICA, 1990.
 20. STANLEY L. ROBBINS, MD, RAMZI S. COTRAN, MD, VINAY KUMAR MD, PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL, CAP. 8, P.P.282-284 350-353, TERCERA EDICION, EDITORIAL INTERAMERICANA S.A. DE C.V. 1987.
 21. STEVEN A. ROSEMBERG, MD. PhD, SAMUEL HELLMAN, MD, VICENT T. DE VITA JR. MD, SIDA: ETIMOLOGIA, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCION. P.P. 3-5, 33-34, SALVAT EDITORES.
 22. VICTOR G. DANIELS. SIDA, CAP. 7, P.P. 86-97, CAP. 8 P.P. 98-106, P.P. 144-198. 1987.