

Revisión de las normas de bioseguridad en la atención odontológica, con un enfoque en VIH/SIDA

Review of Infection Control Regulations in Dental Care with an Emphasis in HIV/AIDS

45

Univ Odontol. 2010 Ene-Jun; 29(62): 45-51. ISSN 0120-4319

PRÁCTICA CLÍNICA

Germán Andrés Bedoya Mejía

Odontólogo, Colegio Odontológico Colombiano, Cali, Colombia. Director, Fundación Grupo Especializado en Salud - GES, Manizales, Caldas, Colombia.

RESUMEN

Se presentan en este artículo recomendaciones para la atención odontológica de personas infectadas con VIH/SIDA y las normas para prevenir y controlar incidentes, accidentes laborales e infecciones relacionados con la práctica odontológica. Las recomendaciones están basadas en normas actualizadas de bioseguridad, y en los procesos de elaboración de la historia clínica según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), la Administración para la Seguridad y la Salud Ocupacional (OSHA) de los Estados Unidos, la Asociación Dental Americana (ADA), y el Ministerio de la Protección Social colombiano.

PALABRAS CLAVE

VIH/SIDA, bioseguridad, atención odontológica, control de infecciones dentales.

ÁREA TEMÁTICA

Control de enfermedades comunicables

ABSTRACT

This article introduces recommendations for the dental care of patients infected with HIV/AIDS, and the norms to prevent and control incidents, work accidents and infections related to the dental practice. The recommendations are based on current standards for infection control and the preparation of medical records from the World Health Organization (WHO), the U.S. Center for Disease Control (CDC), the U.S. Occupational Safety and Health Administration (OSHA), the American Dental Association (ADA) and the Colombian Ministry of Health.

KEY WORDS

HIV/AIDS, infection control, dental care, dental infection control.

THEMATIC FIELD

Communicable disease control

Revisión de la literatura realizada por el autor

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Bedoya GA. Revisión de las normas de bioseguridad en la atención odontológica, con un enfoque en VIH/SIDA. Univ Odontol. 2010 Ene-Jun; 29(62): 45-51.

Recibido para evaluación: 23-03-2009

Recepción de correcciones: 28-12-2009

Aceptado para publicación: 16-02-2010

Disponible en
<http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>

INTRODUCCIÓN

La atención odontológica a pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana y con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), según los niveles de atención y el grado de complejidad, tiene carácter obligatorio, de acuerdo con la normatividad vigente en Colombia (Decreto 1543 de 1997). Se regulan las actividades diagnósticas, de promoción y prevención, de vigilancia epidemiológica y las medidas de bioseguridad respecto de los pacientes infectados o enfermos.¹ En este contexto, el (la) odontólogo(a), además de su función clínico-asistencial, debe garantizar la seguridad tanto para el paciente como para sí mismo. La atención odontológica integral incluye un manejo oportuno de las infecciones orales presentes en cavidad oral, aspecto que es secundario al adecuado control de la enfermedad.²

A menudo, los profesionales en Odontología no brindan una adecuada atención a los pacientes con condición VIH/SIDA, bien sea por la escasa o inadecuada información disponible acerca del tema, o bien sea por las dificultades potenciales de la relación del profesional con el paciente infectado.³⁻⁵ Esto se ha evidenciado en diferentes estudios en porcentajes del 62 al 65%.⁶⁻⁷ La percepción de la vulnerabilidad se diluye porque muchas personas consideran el VIH como un problema ajeno o de “otros”.⁸ El VIH se transmite principalmente a través de la sangre y se encuentra en personas infectadas y sin manifestaciones clínicas aparentes. Esto, si no se usan las medidas adecuadas de protección, representa un riesgo para el profesional.⁹ El riesgo de infección como consecuencia de un pinchazo entre el odontólogo, el personal auxiliar y los pacientes es de un 0,04%; sin embargo, muestra una proporción muy baja de seroconversión (1,7%), a diferencia de la hepatitis B, cuyo porcentaje varía entre el 30 y el 60%.¹⁰

Autores como Franco y colaboradores han evidenciado cómo el desconocimiento de la normatividad sobre VIH/SIDA en el personal de la salud se encuentra entre el 70 y el 72%.¹¹ Una revisión bibliográfica de los protocolos existentes orientó la elaboración de un protocolo de atención odontológica segura e integral del paciente con VIH/SIDA, a partir de la consideración de los conceptos y criterios básicos en la atención odontológica. Se espera que este documento sea de utilidad para estudiantes y profesionales en el área de la salud bucal.

MÉTODOS

Para el desarrollo del presente trabajo de revisión se tuvieron en cuenta conceptos como bioseguridad, actitud del profesional ante el paciente con diagnóstico VIH/SIDA, y de éste hacia los profesionales, historia clínica (anamnesis), accidentes laborales, y algunas normas de legislación colombianas para la atención de los pacientes. Se realizó una búsqueda bibliográfica por medio de las bases de datos Pubmed, BioMed, Cinahl y Free Medical Journals, así como en revistas odontológicas y médicas, para obtener artículos científicos, guías, protocolos de atención, documentos y escritos sobre bioseguridad y atención odontológica al paciente infectado con el VIH/SIDA.

Se obtuvieron 46 protocolos, de los cuales se seleccionaron 20. Esta selección se realizó sobre la base de los siguientes criterios: contenido científico avalado por organizaciones, instituciones reconocidas, idiomas inglés y castellano, revistas disponibles en línea, bibliotecas, y por solicitud a los autores. De los 20 protocolos seleccionados, 13 provenían de países latinoamericanos (Venezuela, Nicaragua, Panamá, Bolivia, Chile, Paraguay, Perú, Cuba, Uruguay, Argentina, Brasil y Honduras).¹²⁻²⁵ De entidades de salud colombianas provinieron cuatro protocolos,²⁶⁻²⁹ y del Valle del Cauca provinieron dos.^{26,31} Una vez revisados, analizados y comparados los protocolos y las normas obtenidas, se diseñó un protocolo sobre la base de cinco de los protocolos consultados, correspondientes dos a países latinoamericanos,^{15, 22} dos colombianos,^{28,29} y uno de la zona del Valle del Cauca.³¹ El protocolo se presenta a continuación.

Definición de protocolo, bioseguridad en la práctica odontológica

Protocolo se puede definir como el conjunto de normas y disposiciones legales vigentes que junto a los usos, las costumbres y las tradiciones, rige la celebración de los actos oficiales, y en otros muchos casos, la celebración de actos de carácter privado, cuyo objetivo es cubrir todas las necesidades que requiere el conjunto de actividades que deben ser realizadas. En términos de la bioseguridad, se trata de la adopción de un comportamiento preventivo (actitudes y conductas) por parte del personal que trabaja en una institución que presta los servicios de salud, cuyo propósito es disminuir el riesgo del profesional de adquirir infecciones en el medio laboral.¹⁰⁻⁴⁵ Las precauciones han sido establecidas por diferentes organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el

Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la Administración para la Seguridad y la Salud Ocupacional (OSHA) de los Estados Unidos, la Asociación Dental Americana (ADA), y el Ministerio de la Protección Social colombiano.¹

El protocolo de bioseguridad en odontología tiene como finalidad reducir el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas a través de la sangre, secreciones orales y respiratorias, desde el paciente hacia los profesionales y colaboradores, de éstos al paciente, y entre pacientes del servicio odontológico.

Normatividad En VIH/SIDA

En Colombia, después de la promulgación de la Constitución Política de 1991 y la aparición de la Ley 100 de Seguridad Social de 1990, se emitió el Decreto 1543 de 1997, mismo que estipula el manejo de la infección por el VIH/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).^{1,32,33} Posteriormente, se establecieron guías de manejo y atención para el proceso de acciones de protección específica y detección temprana, y para el manejo de enfermedades de interés en salud pública, como lo es el VIH/SIDA.^{1,33}

En el citado Decreto se define la importancia de acatar las recomendaciones que en materia de medidas universales de bioseguridad sean adoptadas e impartidas por el Ministerio de la Protección Social en Colombia.³³ El Decreto 1543 de 1997 en su artículo 23 destaca la importancia de capacitar a todo el personal vinculado en las medidas universales de bioseguridad, de velar por la conservación de la salud de los trabajadores, y de proporcionar a cada trabajador en forma gratuita y oportuna, elementos de barrera o contención para su protección personal, en cantidad y calidad acordes con los riesgos existentes en los lugares de trabajo.

En este contexto, la apertura y el diligenciamiento de la historia clínica, de vital importancia para todo paciente que acude a una consulta odontológica por primera vez, es una guía para el profesional de la salud. Es un documento legal, privado y obligatorio donde se consignan las sensaciones anormales, estados de ánimo o actos observados por el paciente o por otras personas respecto de la fecha de aparición, la duración y los resultados del tratamiento. Además, se obtienen datos acerca del paciente con el propósito de identificar los problemas actuales de salud.^{34,35} Los artículos 8º y 32 del Decreto 1543 de 1997 se refieren a la confidencialidad que se debe guardar del diagnóstico, de la evolución del tratamiento, y de

toda la información de la identidad del paciente, los derechos y los deberes de los pacientes y de los prestadores de los servicios de salud. El decreto brinda además el marco de referencia frente a las posibles sanciones por incumplimiento de la legislación, tanto de parte de los pacientes como de parte del personal de salud, según las leyes 100 de 1990, 35 de 1989 y 23 de 1981.^{1,32,33} El paciente dentro de sus deberes tiene el de informar su condición de salud actual de manera oportuna.

Atención odontológica segura de pacientes VIH/SIDA

Los procedimientos en la atención odontológica a pacientes VIH/SIDA se pueden dividir en dos grupos. El primero incluye los procedimientos de alto riesgo como cirugía simple, cirugía compleja, endodoncia, periodoncia, operatoria, odontología pediátrica, prostodoncia y urgencias. El segundo se refiere a los procedimientos de bajo riesgo como la valoración clínica –con sus respectivos diagnósticos–, las prótesis dentales, la ortodoncia y la toma de rayos X.^{15,22,36} Sin embargo, no se debe confiar en esta clasificación (alto o bajo riesgo) ni descuidar la bioseguridad y el autocuidado en la consulta odontológica.

Todo el personal vinculado debe estar capacitado en las medidas universales de bioseguridad, y debe disponer, por parte de sus empleadores, de forma gratuita y oportuna, de elementos de barrera o contención para su protección personal, en cantidad y calidad acordes con los riesgos existentes en los lugares de trabajo, sean estos riesgos reales o potenciales.

Profesional odontólogo

Barreras protectoras internas

El odontólogo debe contar con el esquema de vacunación completo y actualizado que incluye hepatitis B (VHB) o anticuerpos para hepatitis B, influenza, tétano, difteria, tuberculosis, y triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis).^{1,19,22,28,29,37} Así mismo, debe llevar un estilo de vida adecuado (bajo riesgo de contagio),³⁷ y debe actualizarse periódicamente en las medidas de bioseguridad.²⁸

Barreras protectoras externas

La utilización de batas de manga larga, material sintético, y el uso exclusivo del área de trabajo son esenciales.^{15,22,31} El gorro debe usarse en la atención

de cualquier paciente y en cualquier procedimiento, más aún cuando se realizan procedimientos que generen aerosoles.^{1,29,37} La protección ocular (careta o gafas) es de vital importancia para prevenir salpicaduras de fluidos o de partículas proyectadas hacia el rostro del operador, así como de algún elemento con el que se esté trabajando, considerando que muchos gérmenes de la flora oral normal son patógenos oportunistas.^{1,22,31} El uso de tapabocas protege la mucosa nasal (vía aérea) y la vía oral de contaminación por aerosoles originados por el instrumental rotatorio; los aerosoles pueden contener microorganismos o partículas de sangre o fluidos.^{1,15,22,28,29,31} Los guantes deben ser de látex, estar ajustados a la medida del operador, ser usados en todo examen y procedimiento que se realice, y ser utilizados una vez por paciente (desecharlos entre paciente y paciente). El deterioro que presentan los guantes de látex con el paso del tiempo, hace recomendable cambiarlos cada hora en el mismo paciente, y no deben ser lavados. Algunos estudios muestran que con esta práctica se hacen más porosos, lo cual les quita la condición de barreras de protección. Si se presenta algún tipo de dermatitis o lesión exudativa de la piel, o algún tipo de cicatrización de tipo quirúrgica o traumática reciente, el profesional debe abstenerse de realizar procedimientos odontológicos que creen, en contacto con sangre, secreciones o fluidos mientras se realiza una curación completa de la lesión.^{1,15,22,28,29,31,37,38}

Medidas higiénicas

La microflora de la piel contiene microorganismos residentes y transitorios. Los microorganismos residentes sobreviven y se multiplican en la piel; pueden convertirse en altamente virulentos, mientras que la flora transitoria representa contaminantes que pueden sobrevivir solamente por limitados periodos de tiempo.^{39,40}

El lavado clínico de las manos tiene como objetivo reducir la flora residente y las bacterias transitorias, y debe hacerse antes de iniciar las actividades; antes de colocarse los guantes; inmediatamente después de quitárselos; antes y después de hacer uso personal del baño; después de estornudar, toser, tocarse la cara o el cabello; luego de manipular objetos inanimados; y al finalizar actividades.^{22,37,39,40} Las manos deben ser humedecidas con agua, y es preciso realizar limpieza de las uñas con un cepillo de cerdas sintéticas específico para este fin; luego se debe realizar un frote vigoroso y breve de toda la superficie de las manos (superficies, bordes laterales, zonas interdigitales), con agentes

antibacterianos, de 10 a 15 segundos, seguido de un enjuague con chorro de agua y secado con toallas de papel. El secado de manos cumple dos funciones importantes: retirar el exceso de agua y los microorganismos muertos o inhibidos. No se debe utilizar toalla de tela, pues ésta actúa como objeto inanimado que porta microorganismos; si se utiliza, algunos de estos microorganismos se adhieren a la piel de los próximos en secarse, y se pierde la acción microbicida del agente de lavado.^{39,40}

Otras medidas incluyen: no usar joyas ni otros objetos en las manos ni en las muñecas;³⁸ mantener el cabello recogido;³⁷ mantener las uñas cortas, limpias, sin pintar, y no utilizar uñas artificiales;³⁷ no beber, comer, fumar, ni guardar alimentos en el área de trabajo,^{28,37} ni permitir animales en el área de trabajo.³⁷

Personal auxiliar

El personal auxiliar de la salud debe tener también completo el esquema de vacunación, como se mencionó para las barreras protectoras internas en el odontólogo. El uso de bata, gorro, guantes y tapabocas es de gran importancia, exclusivamente dentro del área de trabajo.^{1,28,37} El lavado de manos debe ser realizado también por el personal auxiliar. Se deben usar guantes industriales de caucho en el momento de manipular el instrumental usado en la fase de lavado, desinfectado y esterilización.

Los deberes del personal auxiliar son determinados por el empleador, así como las medidas para tener en perfecto aseo el consultorio dental. El lavado y la desinfección de las mesas auxiliares, del sillón odontológico, del foco de luz y del equipo de radiología son algunas de estas medidas. La limpieza de la escupidera y de las superficies lisas debe realizarse con soluciones químicas o yodadas; se debe tener presente que las aplicaciones repetitivas de estos químicos pueden deteriorar algunas superficies; posteriormente, el personal auxiliar debe secar las superficies con toallas desechables de papel y cubrir las superficies con plástico.^{1,15,28,29}

La limpieza del instrumental es diferente según su clasificación. La clasificación responde en particular al uso que se le da en el manejo del paciente. Su manejo está de acuerdo con los siguientes criterios:

- Según su composición: metálico, plástico, vidrio.
- Según su categoría: operatoria, endodoncia, periodoncia, cirugía, ortodoncia, prostodoncia.

- Según su riesgo de infección:
 - Crítico: penetran (lavar, desinfectar, esterilizar).
 - Semicrítico: contactan (lavar, desinfectar, esterilizar).
 - No crítico: no contactan (lavar, desinfectar).⁴¹

En Colombia, la Resolución 2183 de 2004 (Manual de buenas prácticas de esterilización para prestadores de servicios de salud) establece los métodos de desinfección y esterilización: desinfección de alto nivel con pasos específicos para garantizar las buenas prácticas, pasos que incluyen recepción del material contaminado, limpieza, descontaminación, desinfección, secado, empaque, identificación (rotulación), esterilización, almacenamiento, transporte y distribución.⁴²

Los moldes para impresiones y los aspiradores de saliva (eyectores), así como los baberos y las toallas para secado de manos deben ser de material desechable. Las impresiones preliminares o definitivas tomadas en los pacientes para diagnóstico o elaboración de trabajos de laboratorio deben ser desinfectadas en soluciones yodadas antes de realizar el vaciado en yeso (la mayor parte de los materiales de impresión tolera este procedimiento).⁴³

El material cortopunzante debe colocarse en contenedores especiales para estos objetos (guardianes),^{1,15,22,28,29,31,37,38} y el material de desperdicio debe ir en bolsas plásticas de colores específicos, de acuerdo con las normas locales.^{28,29,31,37}

Historia clínica

La historia clínica es un documento legal, privado y obligatorio que debe cumplir con los requerimientos técnicos y éticos vigentes. Su diligenciamiento es de suma importancia para todo paciente que acude a consulta odontológica de primera vez y para su seguimiento. Durante la anamnesis se debe hacer al paciente preguntas como las siguientes:⁴⁴

- ¿Ha tenido o ha sufrido alguna infección o enfermedad de transmisión sexual como sífilis o gonorrea?
- ¿Ha sufrido de alguna enfermedad hepática, ictericia o hepatitis?
- ¿Ha usado alguna vez o usa drogas intravenosas?
- ¿Hace uso del preservativo o de otro método de protección cuando tiene una relación sexual?
- ¿Ha presentado pérdida inexplicable de peso?
- ¿Ha presentado diarreas recurrentes?

- ¿Presenta sudoración nocturna?
- ¿Ha presentado fiebres de varios días/semanas/meses de duración y no sabe cuál es la causa?
- ¿Se ha sentido débil o fatigado por periodos prolongados de tiempo?
- ¿Sabe qué es la prueba ELISA para VIH? Si su respuesta fue afirmativa, ¿se ha tomado alguna vez la prueba de ELISA?, ¿cuál fue el resultado?

Abordar al paciente de manera agradable y obtener su confianza durante el diligenciamiento de la historia clínica es clave para tener una buena comunicación, así como referencia y contrarreferencia positiva, para conseguir respuestas “confiables”. En muchos casos, estas preguntas no se realizan por vergüenza o por miedo a entrometerse en la vida privada del paciente. Es de gran relevancia tener en cuenta que la historia clínica no es un indicador absoluto de que el paciente no padece ninguna afección, pues éste puede omitir datos, o puede estar enfermo y no saberlo.^{1,6,34,45}

Una vez realizada la búsqueda activa por medio de las preguntas antes descritas, se puede clasificar el riesgo del paciente (alto o bajo), y de acuerdo con su vulnerabilidad, se determina su plan de tratamiento y los cuidados básicos de bioseguridad. Si el paciente fue clasificado como de alto riesgo, bien porque la mayoría de las respuestas fueron afirmativas, o bien porque en el examen intra y extraoral hubo hallazgos clínicos relacionados con enfermedad infecciosa, debe ser remitido a un centro de atención para la realización de los exámenes adecuados (Elisa, Western Blot y carga viral, entre otros) para su asesoramiento en la consulta odontológica.³⁷ Es muy importante la educación y la concientización por parte del personal de la salud hacia el paciente de primera vez en la consulta odontológica con sospecha de contagio, o el paciente infectado. Siempre se debe remitir para valoración por un servicio interdisciplinario y calificado (médico, infectólogo, psicólogo, trabajador social).

Accidente laboral

Cuando algún tipo de accidente laboral o lesión por objeto cortopunzante ocurre al odontólogo, a su auxiliar, o al personal que se encuentre en el área de trabajo, se deben tener en cuenta algunos parámetros para actuar de manera inmediata, específica y acertada.

Entre los trabajadores de la salud, la prevalencia de transmisión de VIH/SIDA por pinchazo o corte es del 0,3%, en tanto que la prevalencia del contagio por

contacto con heridas en mucosas o piel es del 0,04%.¹ Por esta razón, se deben tener las precauciones pertinentes para evitar este tipo de contacto. Teniendo en cuenta que la punción es frecuente en el área de trabajo, cuando ello ocurre se debe dejar sangrar la herida durante 30 segundos, aproximadamente,⁴⁶ y luego lavarla con abundante agua o solución salina y gran cantidad de jabón. No se debe usar cepillo ni hipoclorito de sodio, ya que esto produce riesgo de excoiación.^{1,15,28,37} Se debe determinar la profundidad de la herida y si hay sangre visible en el instrumental con el que sucedió el accidente.^{1,37} Acto seguido, se debe determinar el área donde se encontraba el dispositivo (vena, arteria, mucosa),³⁷ verificar el diagnóstico consignado en la historia clínica (si es un paciente aparentemente sano o con diagnóstico de VIH/SIDA), y establecer si el paciente presenta resistencia farmacológica. Si el paciente tiene diagnóstico de VIH/SIDA, se debe documentar si se encuentra en terapia antirretroviral. También se debe informar si el profesional de la salud se encuentra en embarazo.¹

Con esta información, se debe informar a la coordinación del centro de donde se labora, al departamento de control de infecciones y a la aseguradora de riesgos profesionales. Esta última realizará un registro adecuado y ejecutará el protocolo de rigor, especialmente cuando hay sospecha de contagio VIH, hepatitis B o herpes.^{46,47} Inmediatamente, se debe acudir a un centro de asistencial de salud. El facultativo estimará la necesidad de continuar con el proceso protocolario de atención.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para describir estas normas, se evaluó un número de protocolos existentes en varios países de la región latinoamericana. La información de dichos protocolos no varió mucho entre sí, así como tampoco los tipos de pacientes. Valdría la pena entablar una discusión sobre si es necesario reevaluar y unificar los protocolos de manejo en bioseguridad.

Las normas colombianas y mundiales vigentes sobre las medidas que deben ser seguidas para la atención segura de pacientes infectados o no con VIH/SIDA u otra condición transmisible son bastante completas. Las medidas incluyen no sólo al paciente, sino también al personal de salud.

Si ha existido algún desinterés o desdén hacia el conocimiento y el manejo del riesgo de infecciones por

parte del profesional en Odontología y su personal auxiliar, dicha actitud debe ser reconsiderada. Este cambio actitudinal debe ir acompañado por capacitación y actualización permanentes.

Todo paciente debe ser atendido como de alto riesgo de infecciones, haciendo uso de las medidas de bioseguridad adecuadas y siguiendo los protocolos establecidos por cada entidad o gobierno.

Las interconsultas con el profesional de la salud (médico infectólogo, psicólogo) son necesarias para aquellos pacientes que presentan alto riesgo biológico.

REFERENCIAS

1. Acosta BL. Atención al paciente VIH/SIDA: legislación y bioseguridad odontológica en Colombia. *Acta Bioeth.* 2006; 12(1): 23-8.
2. Arango H. Atención, aceptación en la consulta odontostomatológica al paciente VIH/SIDA comparado con el paciente sano. *Tribuna Médica.* 2004; 98(7): 67-71.
3. Dávila ME, Gil M. Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA. *Acta Odontol Venez.* 2007; 45(2): 234-9.
4. Magis C, Esquivel L, Fernández L. Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH en la práctica odontológica. *Rev ADM.* 2000 Dic; 57(6): 214-7.
5. Tami-Maury I, Agüero M, Estupiñan-Day S. Estudio piloto sobre políticas de salud bucal y VIH. *Rev Panam Salud Public.* 2009; 26(6): 536-40.
6. Cobb S. Presidential address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med.* 2007 Sep-Oct; 38(5): 300-14.
7. Kaplan RM. Apoyo social a profesionales de la salud que se enfrentan a pacientes VIH. En Buendía J. *Psicología clínica: perspectivas actuales.* Madrid, España: Pirámide; 1999. pp. 190-6.
8. Estrada JH. Educación formal y VIH/SIDA, 1ª ed. Bogotá: Difundir; 2006. p. 50.
9. Guerra ME, Araújo A, Ibarra G. Asistencia odontológica a personas VIH/SIDA en el centro de atención a personas con enfermedades infecciosas. "Elsa La Corte". Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. 1999-2005. *Acta Odontol Venez.* 2008; 46(3): 1-8. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/pdf/asistencia_odontologica_vih_sida.pdf
10. Chauca E. Manual de bioseguridad en la práctica odontostomatológica, Lima, Perú: OPS/OMS-PE/ CEPIS; 2003. Disponible en: <http://www.cepis.ops-oms.org/eswww/fulltext/repind61/mbpo/mbpo.html#intr>
11. Franco B et al. Normatividad en VIH SIDA. Desconocimiento y aceptación de la norma. 2006.
12. Delfin M, Delfin OA, Rodríguez J. Necesidad de la implementación de la bioseguridad en los servicios estomatológicos en Cuba. *Rev Cubana Estomatol.* 1999, 37(3): 235-9.

13. República Bolivariana de Venezuela. Comités de higiene y seguridad en el trabajo. Guía para la integración y el funcionamiento. Programa de Higiene y Seguridad Ocupacional, COVENIN 2070, 2005.
14. Norma de Bioseguridad del Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Disponible en: <http://www.infecto.edu.uy/prevencion/bioseguridad/bioseguridad.htm>
15. República del Perú, Ministerio de Salud. Norma técnica. Bioseguridad en odontología. N T N° MINSA / DGSP V.01, 2005.
16. Ministerio de Salud Pública de Nicaragua. Manual y norma técnica de bioseguridad en atención estomatológica, financiamiento y gastos, 2000.
17. República de Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Manual de normas de la salud oral. Movilizados por el derecho a la salud y la vida. Serie: Documentos técnicos normativos, octubre de 2006.
18. República de Panamá, Ministerio de Salud. Normas técnicas, administrativas y protocolos de atención en salud bucal, agosto de 2004.
19. República de Honduras, Ministerio de Salud. Norma técnica para la atención odontológica (buenas prácticas en bioseguridad), 2000.
20. Alvarado P. Bioseguridad basada en la evidencia. Organización Mundial de la Salud, 2000.
21. República de Chile, Ministerio de la Salud. Protocolo de atención odontológica al paciente comprometido sistémicamente. Normatividad en atención. Santiago de Chile, 2004.
22. Ferrer H. Normatividad, legislación y bioseguridad en el departamento de prácticas clínicas en odontología en Sao Paulo Brasil. Sao Paulo, 2001.
23. Papone V. Normas de bioseguridad en la práctica odontológica. Montevideo, Uruguay; Ministerio de Salud Pública, Facultad de Odontología, Universidad de la República Oriental del Uruguay; 2000.
24. Casin D. Procedimientos generales en bioseguridad aplicables al control de infecciones en las clínicas de pregrado y postgrado. Buenos Aires, Argentina: Círculo Argentino de Odontología, Escuela de Prevención y Educación para la Salud; 2000.
25. Domínguez G, Picasso MA, Ramos J. Bioseguridad en odontología. Rev Virtual Odontol Ejercicio Profesional. 2002 May; 3(25). Disponible en: http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_50_MAYO_2002.htm
26. Protocolo para la atención odontológica de madres gestantes con VIH en Jamundí-Valle. Rev Salud Pública Universidad del Valle. 2003; 90(5): 559-60.
27. Manual para el manejo integral en bioseguridad en la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, 2003.
28. Manual de bioseguridad en odontología del Seguro Social. Factores de riesgo biológico. Barranquilla, Atlántico, 2005.
29. Norma técnica de bioseguridad en las clínicas odontológicas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000.
30. Bioseguridad odontológica. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2002.
31. Bioseguridad odontológica para el paciente atendido de manera integral. Cali: Comfenalco Valle; 2007.
32. República de Colombia, Ministerio de Salud, Ley 100 de 1990.
33. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Decreto 1543 de 1997.
34. Mazzali R. Principios de bioética. Acta Odontol Venez. 1992; 30(1-2): 57-8.
35. Ley 35 de 1989. Código de ética del odontólogo colombiano. Sentencia de Constitucionalidad n° 213/07 de Corte Constitucional (marzo 21 de 2007).
36. Centers for Disease Control and Prevention. Recommended infection-control practices for dentistry, 1993. MMWR Recomm Rep. 1993 May 28; 42(RR-8): 1-12. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00021095.htm> marzo 21
37. Hermida M, Borroto DC, Díaz MJ, Hernández G, Domínguez B. Bioseguridad en cirugía maxilofacial. MediCiego. 2005; 11(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_01_05/revisiones/r3_v11_0105.htm
38. Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Esterilización en medios hospitalarios. Bogotá: SENA; 2007.
39. Boyce JM, Kelliher S, Vallande N. Skin irritation and dryness associated with two hand-hygiene regimens: soap-and-water hand washing versus hand antiseptics with an alcoholic hand gel. Infect Control Hosp Epidemiol. 2000 Jul; 21(7): 442-8.
40. Doebbeling BN, Pfaller MA, Houston AK, Wenzel RP. Removal of nosocomial pathogens from the contaminated glove. Implications for glove reuse and handwashing. Ann Intern Med. 1988 Sep 1; 109(5): 394-8.
41. Malagón-Londoño G, Malagón OM. Urgencias odontológicas, 3ª ed. Buenos Aires, Argentina: Panamericana; 2003.
42. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 2183 de julio de 2004. Manual de Buenas Prácticas de Esterilización para Prestadores de Servicios de Salud.
43. Borenstein RA. Bioseguridad. El control de la infección en la práctica estomatológica. En: Barrancos Mooney J. Operatoria dental. Buenos Aires: Panamericana, 1999; 185-217.
44. República de México. Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA). Situación del VIH/SIDA en mujeres y niños. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/>
45. AIDS community research initiative of American ethical principles for medical research. N Engl J Med. 1999; 321: 543-45.
46. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines. Heridas producidas por punción con aguja. Disponible en: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/herida_reducida_por_puncion_con_aguja.pdf
47. Melguizo M. Apoyo social y calidad de vida en la infección por VIH. Aten Primaria. 2002; 30: 148-9.

CORRESPONDENCIA

Clínica Candelaria
Carrera 23 No. 70-161
Manizales, Caldas, Colombia
gab_mejia@hotmail.com
fundación.ges@hotmail.com

