

TEMA 2:

El paciente infectocontagioso en el gabinete odontológico: manejo de pacientes con hepatitis vírica.

Asistencia odontológica a pacientes con infección VIH. Repercusiones de la pandemia COVID-19 en la Odontología.

ENTIDADES PATOLÓGICAS TRANSMISIBLES

- **Clase I:** gérmenes para los que **existe una inmunización específica** (no deberían representar un riesgo ocupacional).
- **Clase II:** bacterias y hongos contra los que **no existen vacunas eficaces**. **Prevalencia baja**, salvo en regiones endémicas. **Riesgo de transmisión en la clínica dental bajo**.
- **Clase III:** virus con **prevalencia elevada**, **no pueden evitarse con inmunización activa ni eliminarse con tratamiento específico** (permanecen acantonados). Pueden **afectar al territorio orofaríngeo** (transmisibles en el ámbito odontológico). Sólo determinados **colectivos son susceptibles** (inmunodeprimidos o embarazadas).
- **Clase IV:** virus de **diseminación primordialmente sanguínea**, con índices bajos de adquisición en la comunidad. **No existen vacunas eficaces** (**excepción virus hepatitis B**). Potencialmente **transmisibles en la clínica dental**. Importante morbi-mortalidad.
- **Clase V:** micobacterias (*Mycobacterium tuberculosis*). **Vía de transmisión aérea**. **Falta de una vacuna eficaz**. Potencial de **contagio en el entorno odontológico**.
- **Clase VI:** priones (partículas infecciosas proteínicas). Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas. **Resisten la inactivación**. Riesgo de exposición ocupacional (medidas específicas de prevención de la infección cruzada).
- **Clase VII:** virus **potencialmente transmisibles en la clínica dental**. **Importante morbi-mortalidad**. Diseminación por **vía aérea**. Índices de adquisición en la comunidad son extraordinariamente elevados (**SARS-CoV2**).

Clasificación de microorganismos transmisibles en Odontología en relación al riesgo de exposición

Clase I	Clase II	Clase III
Virus del sarampión Virus de la rubeola Virus de la parotiditis Clostridium tetani Corynebacterium diphtheriae Poliovirus Virus de la influenza	Neisseria gonorrhoeae Treponema pallidum Granuloma inguinal Chlamydia trachomatis Staphylococcus spp. Streptococcus spp. Candida spp.	Herpes simplex Varicela zoster Citomegalovirus Epstein-Barr Herpesvirus tipo 6 Herpesvirus tipo 7 Herpesvirus tipo 8
Clase IV	Clase V	Clase VI
VHB VHC VIH	Mycobacterium tuberculosis	Priones
Clase VII		
Virus del Ébola Virus del Dengue Virus Chikungunya Coronavirus (SARS-CoV MERS-CoV, SARS-CoV2)		

CONTAGIOSIDAD

IMPOSIBLE IDENTIFICAR

GRUPOS DE RIESGO

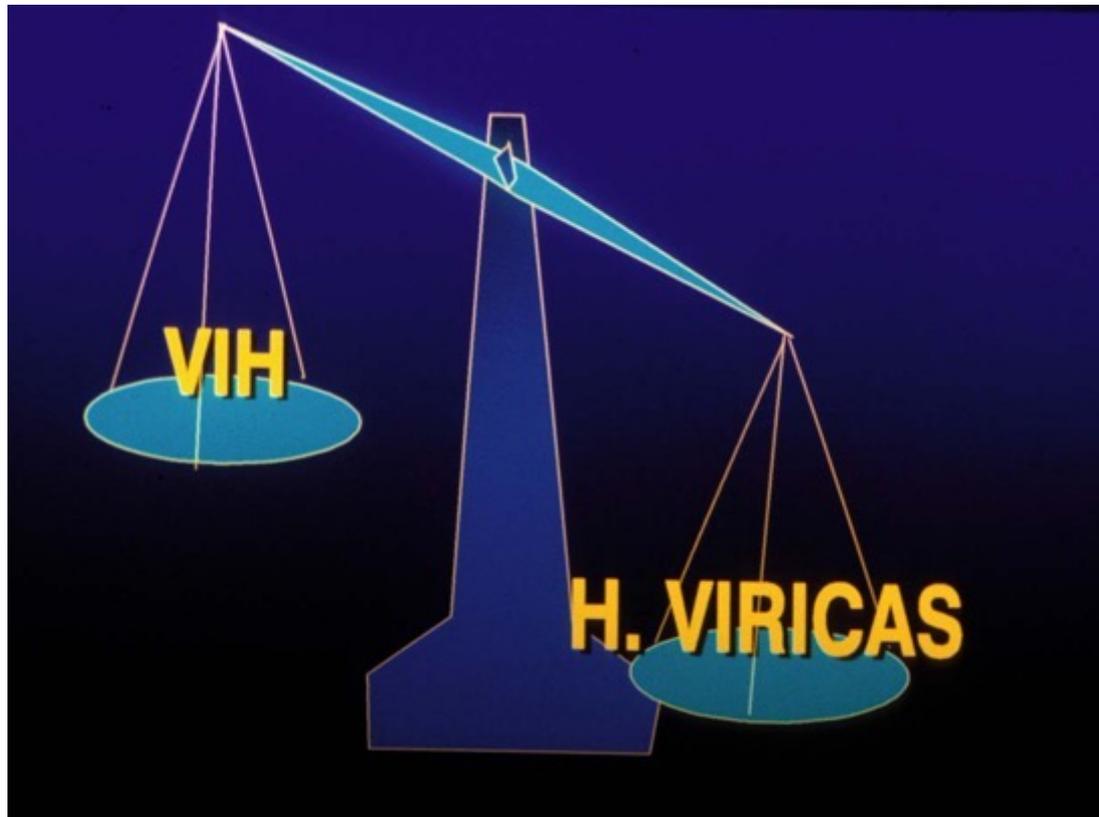
IDENTICO PROTOCOLO

DE ACTUACION EN

TODOS LOS

PACIENTES

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON HEPATITIS VÍRICAS



RIESGO DE HEPATITIS EN ODONTOLOGÍA

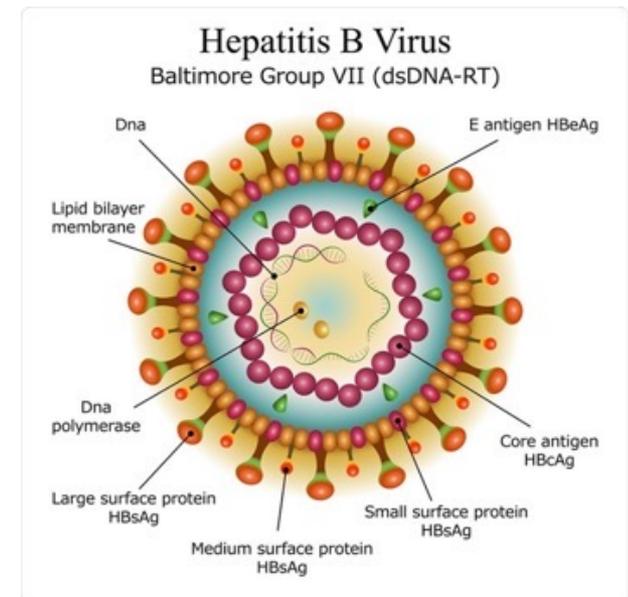
- HA = Población general
 - Mínimas normas de higiene
- HB= 3 x población general
 - Si cirugía. 6 x población general
 - Si no se usan guantes ni vacuna
- Enfermedad profesional desde 1978
- De declaración obligatoria desde 1982
- Transmisión principal por pinchazo (menos salpicadura)
 - 25% probabilidad (con Hbe Ag +)
 - Probabilidad VIH x 40
- Recomendada la vacunación de TODO el personal
 - 3 dosis de 20 μ gr (0, 1, 6 meses)
 - Eficacia 90-95%
 - No es necesario administrar dosis de recuerdo

HEPATITIS B

¡400 MILLONES DE INFECTADOS EN EL MUNDO, 240 MILLONES DE PORTADORES CRÓNICOS, MURIENDO 3 MILLONES AL AÑO!

Riesgo por pinchazo o corte:

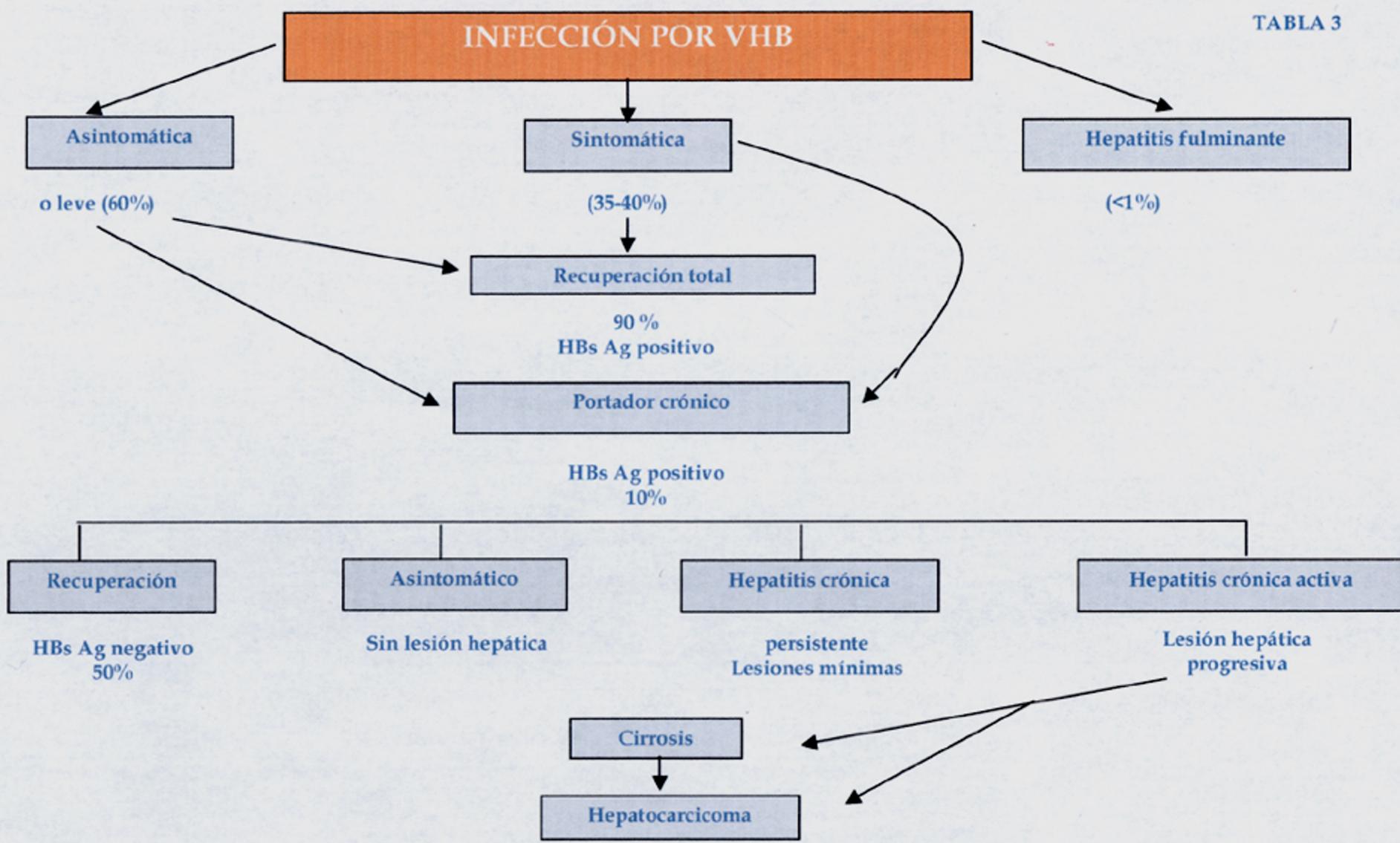
- 1-6% (HBs Ag +, HBe Ag -)
- 20-40% (HBs Ag+, HBe Ag +)
- 0% en inmunizados



DESARROLLO CLÍNICO DE LA HB

- **Infección aguda:**
 - 40-180 días
 - Síntomas
 - En 2-3 semanas curación (90%) o cronicidad (5-10%)
- **Infección crónica:**
 - Infección persistente al menos 6 meses
 - 50% eliminan el virus en 2-3 años, resto portador crónico
 - Relación con edad temprana y consumo de corticoides en la infección aguda
 - Evolución a cirrosis 20% de los que desarrollan hepatitis crónica y a ca hepatocelular hasta 300 veces más que los sanos
- **Hepatitis fulminante:**
 - Fracaso hepático agudo, coagulopatía y encefalopatía (1%)
- **Portadores sanos:**
 - Marcadores HBe Ag y ADN viral circulante
 - Resistencia inmunológica, 10%. Elevado % de niños.

TABLA 3



TRATAMIENTO

- Poco efectivo, por eso....¡PROFILAXIS!
- Hepatitis crónica: 10-40% requieren tratamiento (**tenofovir y entecavir**) para detener replicación

ACCIDENTE DE INOCULACIÓN VHB

- Dentistas: 3 exposiciones/año ¡REDUZCAN RIESGOS!
- Dejen sangrar, retiren cuerpos extraños, lavado con agua y jabón, povidona yodada, apósito y ¡no se chupen!
- Evalúen el riesgo de cada paciente
- Obtención de muestras de sangre en el momento del accidente del paciente y del accidentado
- Determinen el estado inmune de cada sujeto para tomar decisiones
- Registren el accidente

PROFILAXIS FRENTE AL VHB

PERSONA EXPUESTA	TRATAMIENTO SEGUN FUENTE	
	HBs Ag positivo/desconocido	HBs Ag negativo
Vacunado	No inmunoprofilaxis	No inmunoprofilaxis
No vacunado	IGHB*+ vacunación	Iniciar(1)vacunación
Desconocido	Analizar anti-HBs persona expuesta: - positivo: no tratar(2) - negativo: como no vacunado	

* IGHb: Inmunoglobulina específica VHB (se desconoce su utilidad 7 días después de la exposición). Una dosis = 0.06 ml/kg IM.

(1) La primera dosis lo antes posible tras exposición y la segunda un mes después.

(2) Respuesta adecuada si anti-HBs > 10 mUI/ml

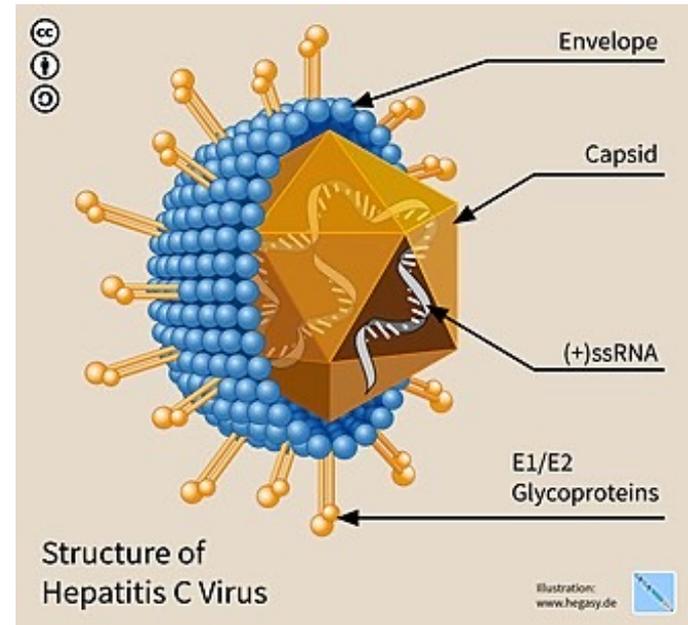
VHC Y ODONTOLOGÍA

- ¡Se trata de la hepatitis **más frecuente** en nuestro entorno!
 - 3% tras punción
- Transmisión **parenteral** y desarrollo asintomático
- Evolución:
 - Eliminación espontánea: 15-45%
 - De los restantes 55-85% infección crónica
 - De estos 15-30% cirrosis hepática en 20 años
- Adquisición:
 - Antes: **postranfusión** (80-90% de las hepatitis)
 - Hoy: **Drogadicción** (principalmente), piercing y tatuajes
- Riesgo ocupacional bajo (dentistas los que más):
 - Eliminación por saliva baja (salpicadura conjuntiva)
 - Riesgo de tras pinchazo 1-10%
- **No se dispone de vacuna ni de inmunoglobulina**
- **Los nuevos tratamientos antivíricos curan el 90% de los casos, pero son muy costosos**
- Descrito mal estado oral de estos pacientes

130-150 MILLONES DE INFECTADOS EN EL MUNDO, 70 MILLONES DE PORTADORES CRÓNICOS

En España 800.000 infectados

Morían 500.000 personas/año en el
Mundo



TRATAMIENTO DE LA HC

- La OMS dicta en 2014 nuevas directrices a la vista del éxito de los nuevos tratamientos:
 1. **Análisis serológico** para identificar afectados: Ofrecer análisis a los grupos de riesgo.
 2. **Confirmación de infección crónica VHC** (tras serológico +):
 1. Prueba del ácido nucleico (NAT): Detecta el ARN viral
 3. **Detección de consumo de alcohol** moderado-alto y asesoramiento para reducción
 4. **Evaluación del grado de fibrosis y cirrosis** (pruebas APRI ó AIB4)
 5. **Tratamiento antivírico** a TODOS los adultos y niños con infección crónica VHC (drogadictos)
 6. **Tratamiento con interferón pegilado+rivabirina**: Infección crónica
 7. Tratamiento **adicional con telaprevir o boceprevir** en los crónicos con genotipo 1
 8. Tratamiento con **sofosbuvir**: En genotipos 1, 2, 3 y 4 (+ rivabirina)
 9. Tratamiento con **simeprevir**: Genotipos 1a ó 1b sin polimorfismo Q80K (+ interferón pegilado+rivabirina)

Medidas especiales

- No existe vacuna, pero sí tratamiento eficaz (muy costoso):
 - Sofosbuvir, velpatasvir, voxilaprevir, glecaprevir y pibrentasvir
- Métodos de barrera:
 - Guantes
 - Pantallas faciales
 - Mascarillas
 - Protectores oculares
- Enjuagues previos con clorhexidina.
- Dique de goma.
- Aspiración a alta velocidad.
- Ropa de trabajo a poder ser desechable o renovable diariamente.
- Esterilización y desinfección.

Medidas especiales de manejo de pacientes con Hepatitis

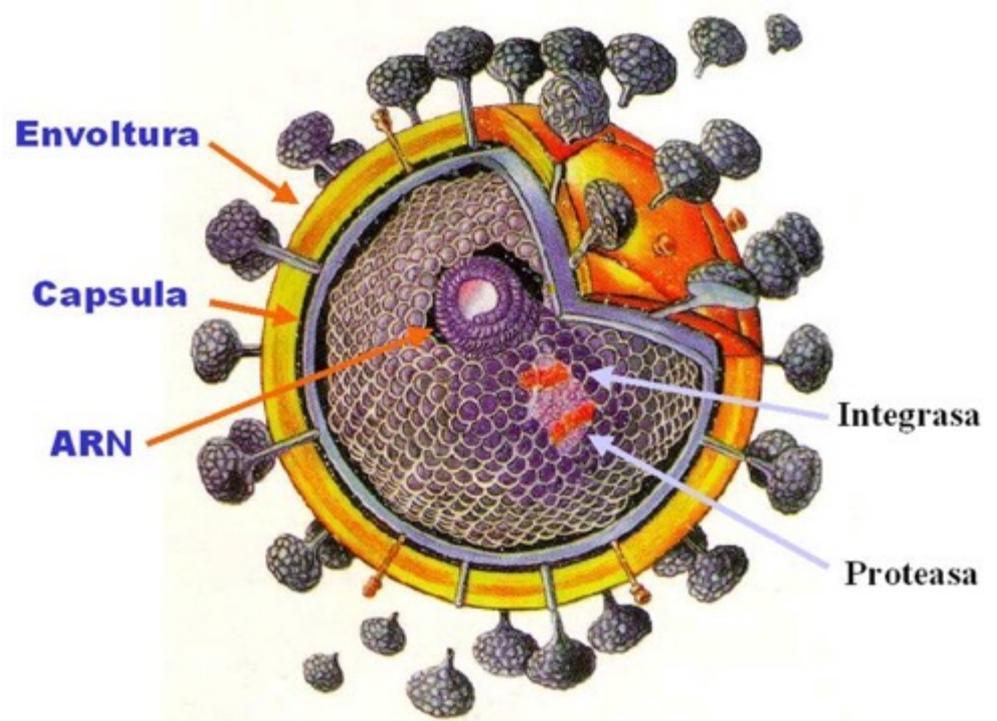
- ¡¡Mayoría de portadores asintomáticos!!
 - Medidas universales de protección
- En fases agudas solo tratamiento de urgencia.
- Prevenir complicaciones directas de enfermedades asociadas.
- Prevenir hemorragias por déficit de factores de coagulación.
- ¡Restringir la prescripción de fármacos de metabolismo hepático!
- Hepatitis crónica: citas al final del día: restricción de infección cruzada (??)
- Informes facultativos si se precisan

Prescripción de medicamentos en pacientes con insuficiencia hepática moderada-grave

Tipo de fármaco	Recomendación
Antibióticos Penicilina V Amoxicilina Amoxicilina/ácido clavulánico Clindamicina Metronidazol Azitromicina Claritromicina	No requiere ajuste de dosis No requiere ajuste de dosis Contraindicado Reducir la dosis (150 mg/8 h) Reducir la dosis (250 mg/8 h) Contraindicado Reducir la dosis (250 mg/8 h)
Analgésicos Paracetamol Metamizol Ibuprofeno Diclofenaco Naproxeno Codeína Tramadol	Reducir la dosis (<2 g/24 h) No requiere ajuste de dosis Contraindicado Contraindicado Contraindicado Contraindicado Contraindicado
Corticosteroides	Contraindicados
Sedantes Hidroxizina Difenhidramina Alprazolam Diazepam Lorazepam Midazolam	Contraindicado Contraindicado Contraindicado Contraindicado No requiere ajuste de dosis Contraindicado

INFECCIÓN POR VIH

- Aislado en Instituto Pasteur en 1983 (familia *Retroviridae*, grupo *Lentivirus*)
- Tipos:
 - VIH-1 (mundial)
 - + virulento
 - VIH-2 (África)
 - - virulento



PACIENTE VIH (+)

**¿ MANEJO
ODONTOLOGICO
ESPECIAL ?**

SI:

**SIDA (ALTERACIONES
EN RESPUESTA A TTO.)**



VIH (+)

NO:

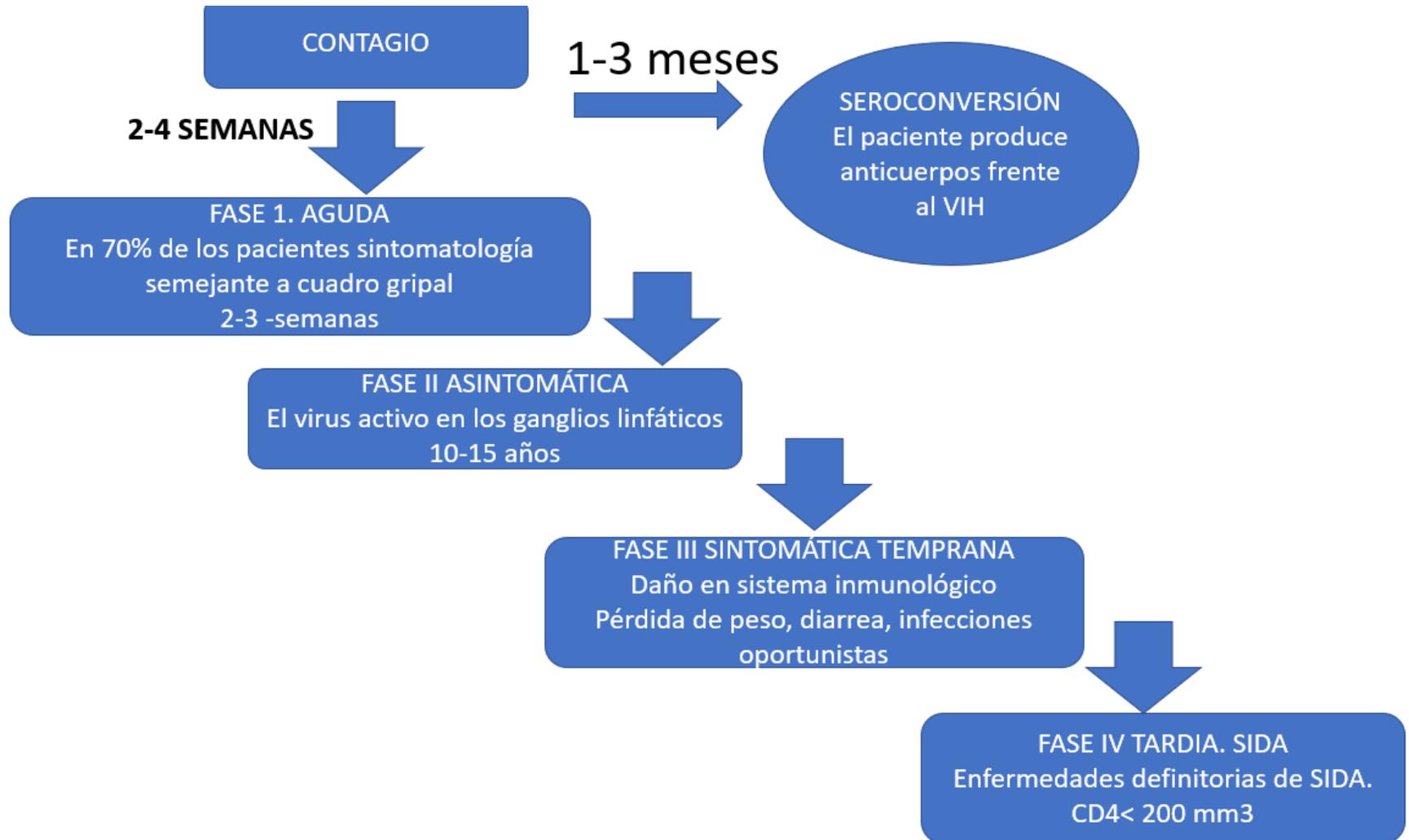
CONSIDERACIONES



SIDA DIAGNOSTICADO

**CONSULTA CON EL SERVICIO
QUE LO MANTENGA EN TTO.
PARA VALORAR EL PROTOCOLO
DE ACTUACION**

Desencadenamiento del SIDA



SIN DIAGNOSTICAR

**IDENTIFICACION
LESIONES ORALES**

A black folder with a blue label in the center. The label has the word "RESPONSABILIDAD" written in bold, yellow, uppercase letters. The folder has two circular punch holes on the right side and two on the left side. The background is a solid blue color.

RESPONSABILIDAD

FASE	GRUPO SUBCLÍNICO (CDC)	CARACTERÍSTICAS
Aguda/Temprana	Grupo I	Infección aguda
Crónica/Intermedia	Grupo II Grupo III	Infección asintomática Linfadenopatía persistente generalizada
Final/Crisis	Grupo IV: - Subgrupo A - Subgrupo B - Subgrupo C - Subgrupo D - Subgrupo E	Enfermedad constitucional Enfermedad neurológica Infección secundaria Neoplasias secundarias Otros padecimientos

Tabla 2.- Historial natural de la infección por VIH

GRUPO I: LESIONES COMÚNMENTE ASOCIADAS A LA INFECCIÓN POR VIH

- Candidiasis:

- Eritematosa
- Pseudomembranosa

- Leucoplasia vellosa

- Sarcoma de Kaposi

- Linfoma No-Hodgkin

- Enfermedades periodontales:

- Eritema gingival lineal
- Gingivitis necrotizante
- Periodontitis necrotizante

GRUPO II: LESIONES MENOS COMÚNMENTE ASOCIADAS A LA INFECCIÓN POR VIH

- Infecciones bacterianas:

- *Mycobacterium avium intracellulare*
- *Mycobacterium tuberculosis*

- Hiperpigmentación Melanótica (Manchas melánicas)

- Estomatitis necrotizante

- Enfermedades de las glándulas salivales:

- Xerostomía por disminución del flujo
- Aumento uni o bilateral de las glándulas salivales mayores

- Púrpura trombocitopénica

- Ulceraciones no-específicas (NOS • Non Otherwise Specified)

- Infecciones virales:

- Virus del herpes simple
- Lesiones por virus del papiloma humano (verrucoides):
 - a) Condiloma acuminado
 - b) Hiperplasia focal epitelial
 - c) Verruga vulgar
- Virus de la varicela-zóster:
 - a) Herpes zóster
 - b) Varicela

GRUPO III: LESIONES OBSERVADAS EN LA INFECCIÓN POR VIH

- Infecciones bacterianas:

- *Actinomyces israelii*
- *Escherichia coli*
- *Klebsiella pneumoniae*
- Enfermedad por arañazo de gato

- Reacciones por fármacos (ulcerativas, eritema multiforme, liquenoide, epidermolisis tóxica)

- Angiomatosis epitelioides bacilares

- Infecciones por hongos (excluyendo candidiasis)

- *Cryptococcus neoformans*
- *Geotrichium candidum*
- *Histoplasma capsulatum*
- *Mucorales* (*mucormycosis zygomycosis*)
- *Aspergillus flavus*

- Alteraciones neurológicas:

- Neuralgia del trigémino
- Parálisis facial

- Aftosis oral recidivante

- Infecciones virales:

- Citomegalovirus (CMV)
- Molluscum contagiosum

Manejo odontológico del paciente VIH+ (I)

- Asistencia necesaria, universal, accesible, sin discriminación y basada en la evidencia
- Alta prevalencia de patología bucodental
- Lesiones orales: ¡diagnóstico precoz VIH!
- Evaluación individual de su estado (informes)
- Consideraciones generales de tratamiento:
 - Control de caries y enf. Periodontal para reducir carga microbiana general
 - Cambios en el orden de tratamiento según el paciente
 - Prevención
 - Comunicación con el paciente: Deseos, expectativas y posibilidades reales en fases finales
 - Estudio nutricional

Manejo odontológico del paciente VIH+ (II)

- Tratamiento tan precoz como sea posible
- Hagan interconsulta con todo paciente indocumentado o sin documentación reciente
- Si no está en tratamiento, remitan a su médico
- En tratamiento antirretroviral:
 - Plaquetas > 60.000 + CD4 > 200 : Tratamiento dental
 - Plaquetas < 60.000 : Concentrado de plaquetas
 - CD4 < 200 : Profilaxis antibiótica (urgencias)

Recomendaciones profilaxis postexposición según tipo de exposición (primeras 72 horas!)

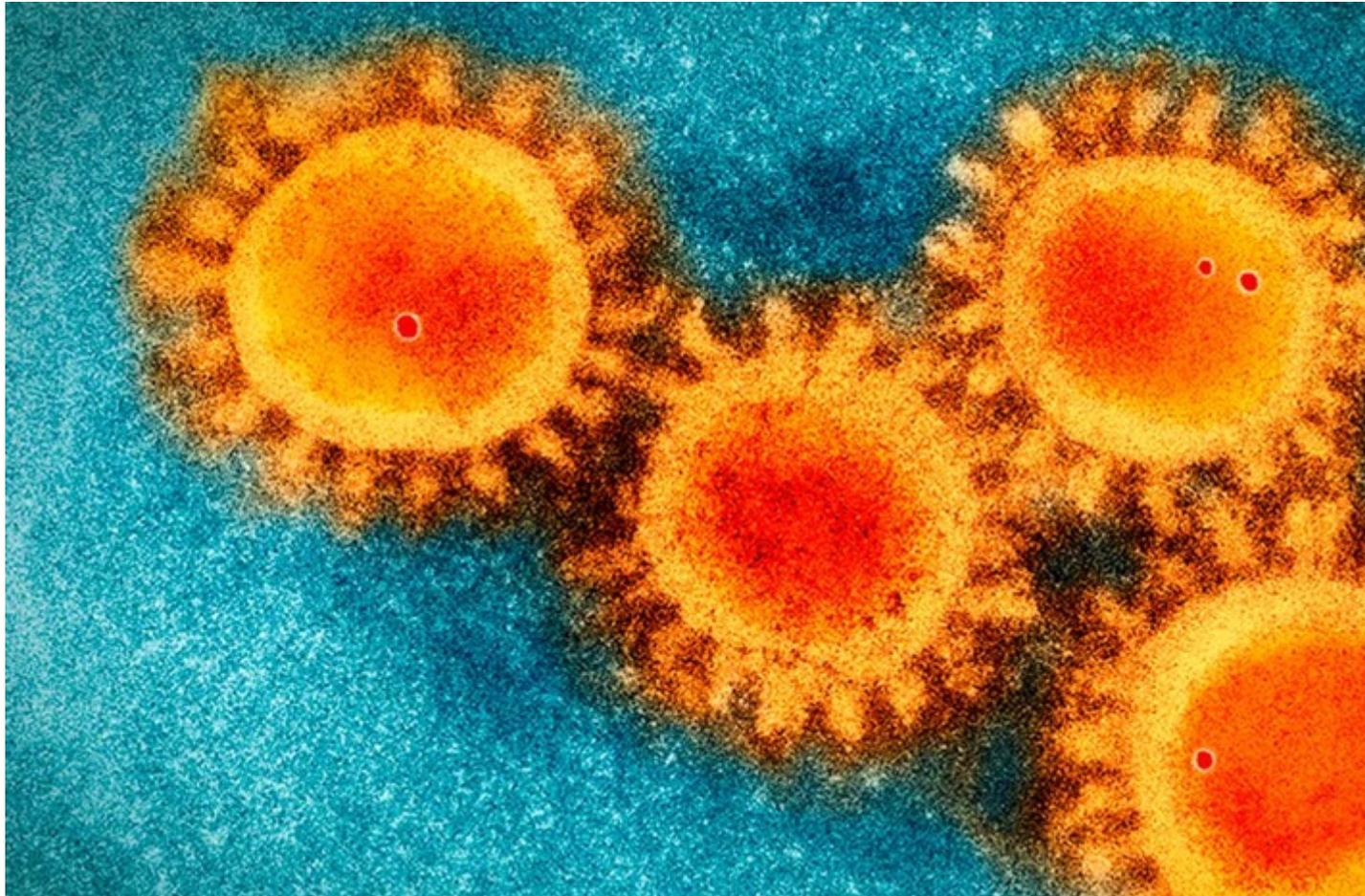
TIPO DE EXPOSICIÓN	TIPO DE MATERIAL	RECOMENDACIÓN PROFILAXIS
PERCUTÁNEA	A.- MUCHA SANGRE-PINCHAZO PROFUNDO-CARGA VIRAL ALTA > 5000 copias/ml (riesgo muy alto) B.- PINCHAZO CON MUCHA SANGRE Y CARGA VIRAL ELEVADA (riesgo alto) C.-PINCHAZO CON AGUJA DE SUTURA o POCA SANGRE Y CARGA VIRAL BAJA (riesgo no alto) D.- PINCHAZO CON LÍQUIDO QUE CONTIENE SANGRE E.- PINCHAZO OTRO LÍQUIDO LIQUIDO	A-B-C-D.- RECOMENDAR PROFILAXIS E.-NO SE RECOMIENDA
MUCOSAS	A.-SANGRE B.-LÍQUIDO CON SANGRE C.-OTROS LÍQUIDOS	A y B.- VALORAR DE FORMA INDIVIDUAL C.- NO SE RECOMIENDA
PIEL	A.- SANGRE B.- LÍQUIDO CON SANGRE C.- OTROS LIQUIDOS	A. Y B.- VALORAR INDIVIDUALMENTE C.- NO SE RECOMIENDA

- Dosis diarias adecuadas durante cuatro semanas

- Combinaciones:

- 2 inhibidores de la transcriptasa inversa (ITIAN) + + 1 inhibidor de la proteasa (IP)
- 2 ITIN + 1 inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (ITINN)

Covid-19: Un nuevo reto sanitario para la Odontología



COVID-19 y Odontología

- Pandemia ocasionada por el virus **SARS-Cov-2**.
- A 17 de noviembre de 2022:
 - 631 millones de contagios
 - 6,59 millones de muertos (Universidad Johns Hopkins)
- España (17/11/2022):
 - Contagios (PCR+): 13,5 millones
 - Muertes: 115.000
- **!!!SANITARIOS!!!: NO SE SABE SI LA TRANSMITEN ASINTOMÁTICOS**
- Datos de **prevalencia** en dentistas (FDE, 21/09/2020)
 - Mientras que la prevalencia en la población general es del 5-5.5%, en los dentistas es del 4%.

COVID-19 y Odontología

PREVALENCIA EN DENTISTAS: CONCLUSIONES DEL CONSEJO DE DENTISTAS

Según la información disponible hasta el momento, se deduce que:

- 1) El riesgo de infección COVID-19 parece ser más bajo para el personal dental, comparativamente al descrito para el resto del personal sanitario.
- 2) El riesgo de infección COVID-19 entre el personal dental no parece ser superior al de la población general. Más bien, los escasos datos disponibles apuntan a que el riesgo de contagio en el ámbito laboral dental podría ser inferior al encontrado en población general.
- 3) Probablemente, las medidas de protección que los dentistas venían adoptando desde hace años, entre otros motivos, por la escasa distancia profesional existente con el paciente y la aparición de la epidemia VIH/SIDA, están permitiendo que el ejercicio profesional dental sea razonablemente seguro.
- 4) No obstante, el riesgo no es nulo y deben seguirse las recomendaciones y protocolos emanados de las diferentes instituciones nacionales.

COVID-19 y Odontología

PARTICULARIDADES EN ODONTOLOGÍA:

- Vías de contagio demostradas:

1) Gotas de Flügge (respiratorias, salpicaduras)

2) Aerosoles

3) Contacto de superficies contaminadas

- ¡ESTAMOS ANTE UN **GRAVE PROBLEMA PROFESIONAL!**,
pero...

**¡¡¡¡ESTÁBAMOS AVISADOS POR LA INFECCIÓN POR VIH DE LOS
80, Y USÁBAMOS MÁS EPIs y métodos de desinfección y
esterilización que ninguna otra profesión sanitaria!!!!**

COVID-19 y Odontología

LIMITACIONES DE LOS DATOS EN ODONTOLOGÍA:

- Gran variabilidad de asintomáticos por regiones
 - Escasez de estudios de transmisión de las clínicas dentales:
 - son extrapolación de estudios hospitalarios
 - Peores resultados:
 - A más aerosolización
 - Más tiempo con el paciente
 - Menor ventilación
 - Peor uso de las EPIs
 - Peor cuanto más joven es el paciente

COVID-19 y Odontología:

Etiopatogenia

- Entrada por boca o nariz (aerosoles, Flügge)
 - Proteína spike vírica insertada en receptor de membrana ECA2 de boca-nariz-garganta
 - Replicación de ARN y spike y diseminación
 - Actúa la inmunidad celular y humoral (IgM e IgG) y se controla la infección, pero...
 - Algunos pacientes tienen respuesta excesiva: “tormenta de citoquinas”, con afectación pulmonar y sistémica

COVID-19 y Odontología:

Clínica

- 2-5 días: Ventana-asintomático. Contagiosos:
 - 30% evolución asintomática
 - 55% síntomas moderados (febrícula, malestar, cefalea, faringitis, mialgias y articulares, anosmia, ageusia)
 - 10% severos (neumonía grave, hospital 2-4 semanas) :
 - 15% fallecieron (fallo multiorgánico)
 - 5% UCI (ventilación mecánica): Mortalidad 50%
- Mal pronóstico: hombre, > 65 años, fiebre alta 5-8 días, disnea, enfermedad intercurrente.
 - Acción procoagulante (ictus, embolias, IAM, diabets, daño cognitivo,...)
 - Si lo superan “Síndrome post-COVID” (dolor, cansancio, mialgias, cefaleas...). Hasta 1 año.

COVID-19 y Odontología:

El Dentista en el diagnóstico del SARS-Cov-2

- ¡Triage, triaje y triaje!
- Anosmia y ageusia
 - El virus penetra en el SNC a través del bulbo olfatorio y el receptor ECA2, situado en la lengua y el trigémino.
 - Mayor en mujeres y no ensombrece el pronóstico
- Afectación de lengua, paladar, labios y mucosa (¿co-infecciones?):
 - Lesiones blancas y eritematosas
 - Úlceras irregulares
 - Ampollas
 - Petequias
 - Gingivitis descamativa

LESIONES ORALES DEL SARS-CoV-2



CLASSIFICATION OF THE CUTANEOUS MANIFESTATIONS OF COVID-19: A RAPID PROSPECTIVE NATIONWIDE CONSENSUS STUDY IN SPAIN WITH 375 CASES.



Supplementary material: Photographic atlas

C. Galván Casas*, A. Català*, G. Carretero Hernández, P. Rodríguez-Jiménez, D. Fernández Nieto, A. Rodríguez-Villa Lario, I. Navarro Fernández, R. Ruiz-Villaverde, D. Falkenhain, M. Llamas Velasco, J. García-Gavín, O. Baniandrés, C. González-Cruz, V. Morillas-Lahuerta, X. Cubiró, I. Figueras Nart, G. Selda-Enriquez, J. Romani, X. Fustà-Novell, A. Melian-Olivera, M. Roncero Rlesco, P. Burgos-Blasco, J. Sola Ortigosa, M. Feito Rodriguez, I. García-Doval

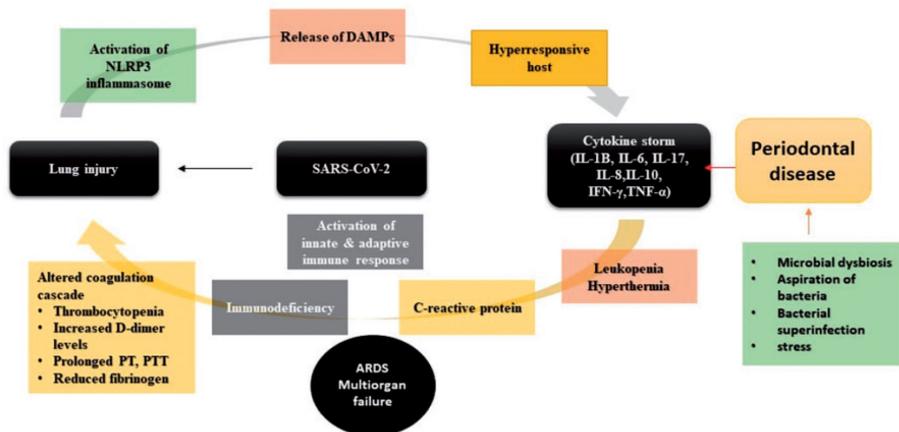
British Journal of Dermatology 2020

©This material is subject to copyright (19th April 2020). Patients have authorized the reproduction for research and teaching. Any other use is forbidden.



Nexo entre COVID-19 y enfermedad periodontal

- La intersección entre la periodontitis y la enfermedad pulmonar es plausible
 - Relación entre COVID-19, periodontitis y enfermedad periodontal
- El control de placa es esencial para evitar el paso de bacterias a los pulmones, reduciendo la posibilidad de enfermedad pulmonar.
- Podría ayudar a identificar individuos



Nexus between COVID-19 and periodontal disease

Kanchana Sukumar and Anupama Tadepalli

Abstract

Over the past several decades, studies have demonstrated the existence of bi-directional relationships between periodontal disease and systemic conditions. Periodontitis is a polymicrobial and multifactorial disease involving both host and environmental factors. Tissue destruction is primarily associated with hyperresponsiveness of the host resulting in release of inflammatory mediators. Pro-inflammatory cytokines play a major role in bacterial stimulation and tissue destruction. In addition, these cytokines are thought to underlie the associations between periodontitis and systemic conditions. Current research suggests that increased release of cytokines from host cells, referred to as the cytokine storm, is associated with disease progression in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). An intersection between periodontitis and pulmonary disease is biologically plausible. Hence, we reviewed the evidence linking COVID-19, cytokines, and periodontal disease. Plaque control is essential to prevent exchange of bacteria between the mouth and the lungs, reducing the risk of lung disease. Understanding these associations may help identify individuals at high risk and deliver appropriate care at early stages.

Keywords

Coronavirus disease 2019, periodontitis, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, cytokine, cytokine storm, inflammation

Date received: 12 February 2021; accepted: 24 February 2021

Protección recomendada en la clínica dental durante la pandemia por SARS-CoV-2

Recepción

PROTECCIÓN PRIMARIA

MASCARILLA QUIRÚRGICA

GAFAS O MÁSCARA FACIAL

(Si no existe mampara protectora o si es imposible mantener la distancia de seguridad de 2 metros)

GUANTES LÁTEX O NITRILO

CALZAS

Gabinete

PROTECCIÓN SECUNDARIA

MASCARILLA FFP2/FFP3

GORRO

GAFAS ESTANCAS/ MÁSCARA FACIAL

BATA MANGA LARGA IMPERMEABLE

GUANTES LÁTEX O NITRILO

CALZAS

Quirófano

PROTECCIÓN SECUNDARIA QUIRÚRGICA

MASCARILLA FFP2/FFP3

GORRO

GAFAS ESTANCAS CÓDIGO 103550/ MÁSCARA FACIAL

BATA MANGA LARGA IMPERMEABLE CÓDIGO 101570

GUANTES LÁTEX O NITRILO: DOBLE GUANTE

CALZAS



¡ADAPTACIÓN DE PROFESIONALES Y CLÍNICAS DENTALES!



COVID-19 y Odontología:

Tratamiento del SARS-Cov-2

- Vacunación: Pretende conseguir inmunidad humoral (IgG), celular y de mucosas (para no transmitir -IgA, IgE-)
- Tipos de vacunas:
 - Virus inactivado (Sinovac-China): Sin estudios Fase 3.
 - Vectores virales insertados en un adenovirus (Sputnik-Rusa, Astra-Zeneca): Eficacia 70-85%. Barata.
 - RNA-m en nanopartículas (Pfizer-Biontech, Moderna). Eficacia 95-94,1% respectivamente. Costosas.
 - De proteínas espiga (spike) (Novomax, Sanofi-GSK): Sin estudios Fase 3.
- Tratamiento:
 - Casos leves: Paracetamol, hidratación, aislamiento.
 - Casos graves:
 - Antivirales: (remdesvir), corticoides (- dexametasona, metilprednisolona- en casos graves evitan la “tormenta de citoquinas”), interferón Beta 1, heparina, ...

El Dentista Moderno

Entrevista al Prof. Gay

Febrero 2021

- Exceso de publicaciones: **efecto Dunning-Kruger** (el profesional habla de lo que realmente no entiende)
- Odontólogo, puede...
 - **Detectar patología relacionada:**
 - **Anosmia y ageusia** (principalmente)
 - **Consecuencias de la microtrombosis y tormenta de citoquinas**
 - Lesiones orales según revisión de Amorim dos Santos y cols. (petequias, úlceras, gingivitis descamativa y lesiones blancas y rojas en lengua, encía y mucosa bucal)
- **El odontólogo tiene que poner en funcionamiento todos los métodos desarrollados a partir de la pandemia de VIH de 1981** (guantes, mascarillas, gafas, autoclaves, etc.)
- **Los Colegios deberían supervisar de manera estricta su cumplimiento**



Un dato muy negativo, que hay que destacar es la poca colaboración de los dentistas y de los estudiantes de los últimos cursos del Grado de Odontología, en la atención de los pacientes COVID-19, cuando se produjo el colapso del sistema sanitario en la primera ola, incumpliendo el Juramento Hipocrático y el Código Deontológico que exige de los profesionales sanitarios el “deber de socorro en los casos de urgencia sanitaria”.

Algunos profesionales de la Odontología colaboraron en la atención de los pacientes COVID-19 y atendieron los enfermos con urgencias odontológicas, referidas básicamente a patologías infecciosas, traumática y oncológica. Estos profesionales sí demostraron su vocación de servicio a la salud de los pacientes, a pesar del riesgo de contagiarse, especialmente en los primeros meses, en los que no se disponía de los equipos de protección adecuados. Por cierto, ahora sí que podemos disponer de estos equipos de protección (mascarillas, batas, etc.), pero a unos precios claramente abusivos, sin que nadie se haya preocupado de este “atracó” a los profesionales de la salud.

“Los odontólogos, como sanitarios, deben también participar en la vigilancia y control de la COVID-19, que es un problema de salud pública”

