Dental Tribune

The World's Dental Newspaper · Hispanic and Latin American Edition

Editado en Miami | www.dental-tribune.com | No. 2, 2015 Vol. 12

Foto: ©Eric Kroll

La seguridad de su clínica

Prevención de accidentes con material biológico
La esterilización de la pieza de mano
La seguridad del paciente odontológico

El resort Jean-Michel Cousteau Fiji Islands en Vanua Levu.

DENTAL TRIBUNE
El periódico dental del mundo
www.dental-tribune.com

Publicado por Dental Tribune International

DENTAL TRIBUNE
Hispanic & Latin America Edition

Director General
Javier Martínez de Pisón
j.depison@dental-tribune.com
Miami, Estados Unidos
Tel.: +1-305 633-8951

Marketing y Ventas
Javier Martínez de Pisón
j.depison@dental-tribune.com

Diseñador Gráfico Javier Moreno
j.moreno@dental-tribune.com

COLABORACIONES
Los profesionales interesados en colaborar deben contactar al director.

Esta edición mensual se distribuye gratuitamente a los odontólogos latinoamericanos y a los profesionales hispanos que ejercen en Estados Unidos.

Dental Tribune Study Club
El club de estudios online de Dental Tribune, avalado con créditos de la ADA-CERP, le ofrece cursos de educación continua de alta calidad. Inscríbase gratuitamente en www.dtstudyclubspanish.com para recibir avisos y consulte nuestro calendario.

DT International
Licensing by Dental Tribune International

Group Editor: Daniel Zimmermann
newsroom@dental-tribune.com
+49 341 48 474 107
Clinical Editor Magda Wojtkiewicz
Online Editor Yvonne Bachmann
Claudia Duschek
Copy Editors Sabrina Raaff
Hans Motschmann

Publisher/President/CEO Torsten Oemus
Director of Finance Dan Wunderlich
Business Development Claudia Salwiczek
Jr. Manager
Business Development Sarah Schubert
Event Manager Lars Hoffmann
Marketing Services Nadine Dehmel
Sales Services Nicole Andrä
Event Services Esther Wodarski
Project Manager Online Martin Bauer
Media Sales Managers
Matthias Diessner (*Key Accounts*)
Melissa Brown (*International*)
Peter Witteczek (*Asia Pacific*)
Maria Kaiser (*North America*)
Weridiana Mageswki (*Latin America*)
Hélène Carpentier (*Europe*)
Barbora Solarova (*Eastern Europe*)
Accounting Karen Hamatschek
Anja Maywald
Manuela Hunger
Advertising Disposition Marius Mezger
Executive Producer Gernot Meyer

Dental Tribune International
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 302 | Fax: +49 341 4 84 74 *173*
www.dental-tribune.com | info@dental-tribune.com

Regional Offices

ASIA PACIFIC
Dental Tribune Asia Pacific Ltd.
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
105–111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 |Fax +8523113 6199

THE AMERICAS
Tribune America, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

La información publicada por Dental Tribune International intenta ser lo más exacta posible. Sin embargo, la editorial no es responsable por las afirmaciones de los fabricantes, nombres de productos, declaraciones de los anunciantes, ni errores tipográficos. Las opiniones expresadas por los colaboradores no reflejan necesariamente las de Dental Tribune International.
©2015 Dental Tribune International.
All rights reserved.

Desktop 8, una fresadora compacta superior

La nueva fresadora de 5 ejes «Desktop 8» de la línea Organical es ideal para procesar en la clínica los materiales más comunes, tanto para mecanizado en seco como húmedo.

La Desktop 8, fabricada por la compañía alemana R + K CAD/CAM Technologie, es una fresadora compacta de categoría superior que ofrece una amplia serie de ventajas. La más importante es la experiencia práctica de la empresa, adquirida a lo largo de muchos años del grupo Rübeling, junto con los conocimientos más avanzados de la ingeniería dental actual.

Este largo proceso ha dado un resultado único en el mundo de la confección de prótesis dentales asistida por ordenador: el sistema ORGANICAL. Desde hace casi 10 años un equipo de 25 protéticos experimentados e ingenieros mecánicos y de maquinaria diseñan y elaboran tecnologías visionarias para la técnica dental digital en la sede de la empresa en Berlín.

Organical es un sistema creado por usuarios para usuarios. Así, el manejo intiutivo de los equipos es tan importante como ofrecer un servicio integral al cliente, al igual que una excepcional eficiencia de los materiales. Esto incluye una oferta personalizada de capacitación para clientes y distribuidores y una asistencia técnica, rápida y sin complicaciones en caso de averías. Gracias a su construcción modular, ORGANICAL es un sistema completo y flexibe que se adapta a sus necesidades.

La fresadora Desktop 8 le ofrece una libertad sin igual para fresar todo tipo de materiales, tal como se describe a continuación:

- Multi-integración de componentes ya probados en la práctica con la Organical Multi.
- Calidad de superficie mejorada: nuevo concepto de mando automático integral con avances continuos y flexibles.
- Experimente la libertad: 5 ejes y un rango de oscilación de -/+ 30° posibilitan la producción de abutments con desviaciones angulares complejas.
- Cambiador automático de herramientas: 19 estaciones para herramientas de fresado (+ 1 herramienta cero) con medición de la longitud y control de la ruptura/ fractura de la herramienta.
- Trabajo intuitivo: manejo de fácil uso por medio de un panel táctil.
- Aumento de la eficiencia del material: puede mecanizar discos con un diámetro mayor, viene con cambiador de discos manual y no se necesita un soporte especial.
- Descubra nuevas áreas de negocio: prótesis totales y férulas, cubetas individuales y más, todo fresado digitalmente.

La fresadora de 5 ejes «Desktop 8», fabricada por la empresa alemana R + K CAD/CAM Technologie.

Además, R + K CAD/CAM ofrece mantenimiento a distancia si es necesario. Y, lo mejor de todo: la el Destktop 8 le ofrece y garantiza mecanizado en seco y húmedo. DT

Recursos

- Organical: www.cctechnik.com/es/produkte/fr%C3%A4smaschinen/organical-desktop-8.html#tab-produkt

3Shape crea un Consejo Asesor en Ortodoncia digital

Cinco reconocidos ortodoncistas a nivel mundial formaron en Copenhague el primer Consejo Asesor en Ortodoncia de 3Shape, entidad que trabajará con la compañía para mejorar la atención al paciente y ayudar a dar un mejor soporte a las necesidades de ortodoncia.

Durante la reunión de dos días, el Consejo Asesor de Ortodoncia creó un plan de cuatro puntos para alcanzar sus objetivos, que consisten en:

1. Proporcionar a 3Shape asesoría sobre las actuales tecnologías digitales
2. Recomendar pasos para mejorar la atención al paciente, flujos de trabajo y las soluciones existentes
3. Identificar las necesidades insatisfechas en ortodoncia
4. Compartir las mejores prácticas dentro de la comunidad de ortodoncia.

Los cinco miembros del Consejo de Ortodoncia de 3Shape son líderes en su campo y reconocidos expertos digitales. Cada uno tiene una visión única de las estrategias y procedimientos de la atención al paciente.

El Consejo Asesor de Ortodoncia y el equipo de ortodoncia de 3Shape.

Los directivos, así como ortodoncistas y laboratorios de todo el mundo, utilizan las soluciones de ortodoncia de 3Shape para planificar y gestionar la atención al paciente e impulsar la conformación digital con equipos CAM de la aparatología ortodóncica. La tecnología digital ha eliminado la necesidad de impresiones y modelos de yeso, reducido el espacio de almacenamiento y el impacto ambiental. Para muchos en la industria, sin embargo, cambiar a una tecnología digital es todavía algo radical.

El Dr. Carlo Marassi, miembro del Consejo, manifestó que «las ventajas de la exploración intraoral en las clínicas de ortodoncia son tan impactantes —ahorros en almacenamiento, rapidez de la comunicación, reducción de tiempo en el sillón y la eficiencia de las herramientas del software de planificación de tratamiento— que el éxito pronto lo definirán aquellos que han adaptado la tecnología».

El director de 3Shape, Flemming Thorup, comentó que «tal vez ningún otro campo de la atención dental se beneficie más de la tecnología digital que la ortodoncia. El consejo asesor nos permite trabajar más de cerca con los principales líderes de opinión del sector. Su visión y asesoría será esencial para alcanzar nuestro objetivo de mejorar la atención al paciente, y en muchos aspectos, definir el futuro de la ortodoncia digital».

Los miembros del Consejo Asesor en Ortodoncia de 3Shape son: el Dr. Lars Christensen (Reino Unido), el Dr. Carlo Marassi (Brasil), el Dr. Santiago Isaza Penco (Italia), el Dr. Jean-Marc Retrouvey (Canadá) y el Dr. Alain Souchet (Francia). DT

Corrección

Por un error, el artículo de Terry White titulado «PEEK, un nuevo material de CAD/CAM» publicado en el número de diciembre de 2014, no incluía el nombre del autor. White dirige un laboratorio dental en Sidney (Australia) especializado en la fabricación con CAD/CAM e impresión en 3D y es conferencista a nivel internacional sobre alta tecnología dental.

Dr. Shelly Akazany

Cursos de implantología de MIS Implants

El interés de los pacientes por los implantes dentales está en aumento en todo el mundo, por lo que los dentistas deben ser competentes para ofrecer este tratamiento en sus clínicas.

La Dra. Shelly Akazany, Directora de Capacitación de MIS Implants Technologies, cree firmemente que la integración de la implantología en la práctica dental es una necesidad y que invertir en formación en implantología asegura recompensas continuas a largo plazo tanto para los odontólogos como para sus pacientes.

Para llenar el vacío entre la teoría y la práctica o desarrollar aún más las capacidades clínicas, la división de formación de MIS ha creado cursos de implantología internacional; desde básicos a avanzados, que permiten a los dentistas generales, periodoncistas, protesistas y cirujanos orales dominar la implantología oral junto a colegas de todo el mundo.

El programa del curso está diseñado con clases pequeñas para garantizar la atención individualizada, e incluye conferencias a cargo de las máximas autoridades internacionales en implantología oral, estudios de casos clínicos, demostraciones de cirugía en directo y talleres prácticos. Los participantes reciben también una visión única de lo más avanzado en la implantología oral mediante conferencias especiales en una institución académica reconocida. Todo el material del curso se presenta en inglés.

El próximo Curso de Implantología Básica está previsto para febrero de 2015 y abordará los siguientes temas clave: Consideraciones anatómicas y evaluación tomográfica, evaluación del caso de un paciente, protocolos de colocación de implantes y actividades prácticas modelo, manejo de los tejidos blandos alrededor de implantes, planificación del tratamiento: implantes individuales y colocación inmediata, toma de impresión y opciones protésicas en implantología oral, complicaciones quirúrgicas, periimplantitis, visión general de casos clínicos y observación de una cirugía en directo.

Además, MIS lleva a cabo programas de formación interna de prácticas en múltiples niveles para empleados, personal de ventas y filiales de MIS. «La formación no es simplemente asistir a un curso», comenta al Dra. Shelly Akazany. «En MIS, es un proceso continuo de enriquecimiento dinámico; una actividad organizacional e individual que se produce en el lugar de trabajo, tanto formal como informalmente a diario». DT

Recursos

- MIS Implants: www.mis-implants.com

Nueva línea de pivote radicular de aplicación directa en sobredentadura

Rhein'83 se complace en presentar su nueva línea Titanium Pivot Block. Con el fin de asegurar una mejor identificación de los pivotes, cada color específico corresponde a una longitud determinada. Los pivotes vienen en 2 diámetros: microesfera, con un diámetro de 1,8 mm, y normoesfera, con un diámetro de 2,5 mm. Cada línea tiene 3 longitudes diferentes: 7, 9 y 10 mm. El innovador diseño de la línea Titanium Pivot Block ofrece la solución perfecta para la fijación temporal. Para utilizar los pivotes como una solución permanente hay que crear el canal radicular necesario con una fresa especial. Como parte de la línea de pivotes de titanio, está también disponible la innovadora conexión flexible, Pivot Flex, que gracias a un cabezal giratorio permite la inserción sin trauma de la prótesis.

Las tres longitudes de los pivotes radiculares Titanium Pivot Block: 7, 9 y 10 mm.

Cada Pivot Flex tiene una capacidad de rotación de 7,5 grados en todas las direcciones con objeto de resolver problemas de divergencia. Los pivotes Rhein son la solución perfecta para una terapia preimplantar, que permite conservar la estabilidad y la función de la raíz. En casos clínicos comprometidos que requieren de «primeros auxilios», los pivotes Rhein son la aplicación perfecta, la cual le ofrece una solución funcional y de calidad, reduciendo costos y tiempos de trabajo.

Los pivotes Rhein son la solución perfecta para diferentes tipos de casos clínicos. Se pueden utilizar como una alternativa a un tratamiento de implantes cuando el paciente prefieren controlar los costos y, al mismo tiempo, son la solución perfecta para un tratamiento preimplantar, ya que salvan y conservan la función de la raíz sobre la que se colocará el implante. DT

Recursos

- Rhein83: www.rhein83.com

La seguridad del paciente en la práctica odontológica

Por Daniel Delgado Piedra[1] e Iván García Merino[2]

La seguridad clínica de los pacientes debe ser una de las principales premisas, sino la primera, de nuestra asistencia sanitaria. Para aumentar esta seguridad clínica debemos vigilar y controlar especialmente la calidad de nuestros registros clínicos, los procesos de desinfección y esterilización, y la evolución de los procesos infecciosos bucodentales. También debemos estar preparados para actuar adecuadamente en caso de una situación de urgencia vital en nuestra consulta. Con estas sencillas medidas podremos disminuir la probabilidad de que nuestros pacientes sufran los eventos adversos potencialmente más graves.

La seguridad del paciente es un área de conocimiento transversal que concierne a todas las actividades relacionadas con la atención directa a los pacientes. Sus objetivos fundamentales son la prevención de los daños innecesarios sufridos por los pacientes como consecuencia de la asistencia sanitaria, y la detección precoz y limitación de los daños no prevenibles. Es evidente que es imposible evitar completamente la aparición de errores, accidentes o complicaciones durante nuestros tratamientos, pero también que tenemos la obligación ética y legal de intentar evitarlos en la medida de lo posible y razonable.

** Profesor Titular de la Universidad Complutense de Madrid. Director de OESPO (Observatorio español para la seguridad del paciente odontológico). Académico de la Real Academia de Medicina de España. Contacto: bperea@ucm.es*

La seguridad de los pacientes ha sido una preocupación intrínseca a la asistencia sanitaria desde su inicio. Basta recordar el principio hipocrático «primun non nocere» (primero no hacer daño). Pero la «seguridad del paciente» no se ha convertido en un área científica hasta que no hemos comenzado a «medir» los daños que provocamos innecesariamente a nuestros pacientes, y a evaluar también los resultados de las medidas preventivas que adoptamos. El nacimiento de la «seguridad del paciente» como «área científica» es relativamente reciente. Se inició con los trabajos de Leape y Brennan en Harvard Medical School en los años 90 del pasado siglo. Pero el impulso definitivo para este campo de conocimiento fue la publicación del estudio «To err is human» del Institute of Medicine de los Estados Unidos de América en 1999. Este estudio estimaba el número de fallecimientos provocados por errores en la asistencia sanitaria en Estados Unidos en una cantidad comprendida entre 44.000 y 98.000 pacientes al año. La cifra era de tal importancia que, aunque su metodología ha sido discutida, reveló a la sociedad, a los gestores sanitarios y a los poderes políticos, la importancia social y económica de prevenir en la medida de lo posible los errores asistenciales.

A partir de la publicación del estudio «To err is human» todos los organismos sanitarios comenzaron a considerar la «seguridad del paciente» como un área básica de actuación. Las iniciativas han sido múltiples en diferentes países y a nivel internacional, y en este sentido es de destacar la «Alianza mundial para la seguridad de los pacientes» lanzada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2004.

En el ámbito odontológico hemos ido retrasados respecto a la medicina. Las principales causas de este retraso son la habitualmente menor importancia de los daños sufridos por los pacientes odontológicos (respecto a los que reciben tratamientos médicos, sobre todo hospitalarios), y la dispersión de la asistencia odontológica habitualmente prestada en clínicas dentales separadas geográficamente y con poca comunicación entre ellas. No obstante, en los últimos años las organizaciones odontológicas han implementado diversas medidas para aumentar la seguridad de los pacientes que acuden a las clínicas dentales. Entre estas iniciativas podemos destacar las de la FDI (Federación Dental Internacional), la CED (Council of European Dentists), o la OSAP (Organization for Safety, Asepsis and Prevention), entre otras. En España, el Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos creó el Observatorio español para la seguridad del paciente odontológico (OESPO) y aprobó a nivel nacional un «Plan de prevención de riesgos clínicos en la asistencia dental». Algunos de los datos que se presentan a continuación forman parte de los resultados de los estudios realizados por OESPO.

El primer problema que se plantea cuando hablamos de «seguridad del paciente» en odontología es la falta de datos sobre eventos adversos realmente ocurridos durante la práctica dental. En un ámbito centralizado como es el hospitalario es más sencillo detectar los eventos adversos derivados de la asistencia médica, pero en un tipo de asistencia tan dispersa como la odontológica, la mayoría de los problemas clínicos que surgen quedan en el ámbito de la clínica dental y nunca son conocidos por el resto de la profe-

Un bungalow de playa en Le Meridien Isle de Pines en Nueva Caledonia.

UNA NUEVA **DIMENSIÓN** EN LA **ODONTOLOGÍA**

Con **GC SOLARE X**,
todos las restauraciones
de composito se hacen fácilmente.

Con solo un composito restaurativo UNIVERSAL
estético para ANTERIORES,
con propiedades físicas para uso en POSTERIORES.

- Excelente efecto camaleónico.
- No pegajosa, permitiendo una fácil manipulación.
- De fácil y rápido pulido, obteniendo una superficie lisa y brillante.
- Con alta resistencia a la fractura para soportar el estrés oclusal.
- Radiopaca para un mejor diagnóstico.
- De baja contracción durante la polimerización.

GC SOLARE X

es una (MFR) resina híbrida micro-fina restauradora
fotocurable con cargas de resina pre-polimerizadas.

WWW.GCAMERICA.COM
PARA MAYOR INFORMACIÓN COMUNICARSE AL TELÉFONO: (708) 897-4003 USA

GC AMERICA INC.

El Consejo Asesor de Ortodoncia y el equipo de ortodoncia de 3Shape.

sión. A este respecto, debemos tener presente que uno de los mejores servicios que podemos prestar a nuestra profesión es comunicar los eventos adversos que nos hayan ocurrido con pacientes, por supuesto de forma anónima. Hacer esto permite a nuestros colegas aprender de nuestros errores, y supone un comportamiento altamente ético del dentista que informa.

Para intentar paliar este déficit de información real sobre los problemas clínicos asistenciales, OESPO ha recurrido al estudio de las reclamaciones legales presentadas por pacientes y en ellas se han buscado los problemas clínicos producidos. La muestra es amplia (415 eventos adversos estudiados), pero tiene el sesgo de su procedencia judicial. No obstante, pensamos que los resultados son interesantes para aproximarnos al problema de la seguridad clínica en odontología. Existen otros dos trabajos publicados con una muestra menor pero que reflejan resultados extrapolables.

En nuestro trabajo clasificamos los eventos adversos (entendidos como daños sufridos por los pacientes como consecuencia de la asistencia odontológica e independientes del propio proceso patológico) en tres categorías con los siguientes resultados: errores (40%), complicaciones (40%) y accidentes (20%).

La clasificación de los eventos adversos respecto al tipo de maniobra odontológica que los produjo se recoge en la tabla adjunta. Como se observa, la implantología oral es el área de la odontología que en nuestra serie provoca mayor número de daños innecesarios a los pacientes, seguida de la endodoncia, la cirugía oral, la prostodóncica y la ortodoncia.

Especialidad	Casos n (%)
Implantología	106 (25.54)
Endodoncia	86 (20.72)
Cirugía Oral	84 (20.24)
Prostodoncia	52 (12.53)
Ortodoncia	37 (8.91)
Odontología Conservadora	19 (4.57)
Anestesia Bucodental	17 (4.09)
Prescripción de fármacos	5 (1.20)
Odontopediatría	5 (1.20)
Problemas relacionados con la esterilización	2 (0.48)
Periodoncia	2 (0.48)

Tabla. Especialidades en las que ocurrieron los 415 eventos adversos estudiados

Refiriéndonos al tipo de daño sufrido por el paciente, como era de esperar la pérdida dentaria innecesaria es el daño más frecuente, pero también son numerosos los casos de pérdida de hueso alveolar, daño permanente en el nervio dentario inferior, y daño sinusal crónico. Es interesante destacar que en nuestra serie detectamos 11 fallecimientos de pacientes relacionados con los tratamientos odontológicos recibidos.

Si valoramos los casos más graves, vemos que la mayoría de ellos están provocados por problemas en un reducido número de áreas: recogida deficiente de datos clínicos (especialmente alergias a medicamentos o productos), deficiente control y seguimiento de infecciones en la cavidad oral, problemas relacionados con la esterilización del instrumental o los materiales empleados, y accidentes evitables (como ingestión o inhalación de pequeño instrumental o material odontológico).

Por tanto, si tuviésemos que proponer algunas medidas básicas y de fácil implementación para mejorar la seguridad de nuestros pacientes, éstas serían:

- Tener registros clínicos completos y actualizados (en especial en lo referente a la alergia a materiales como el látex, o a medicamentos), y no tratar ni prescribir ninguna medicación a los pacientes sin revisarlos.
- Cuidar y controlar los procedimientos de limpieza, antisepsia y esterilización.
- Utilización de check-list en las intervenciones de cirugía oral (para prevenir la aparición de errores evitables).
- Prevenir la aparición de infecciones mediante la adecuada profilaxis antibiótica (cuando esté indicada) y controlar la evolución de las infecciones sobrevenidas a consecuencia de los tratamientos dentales.
- Tener protocolizada la actuación (y disponibles los fármacos y aparataje necesarios) para el caso de aparición de una urgencia vital en la consulta dental.

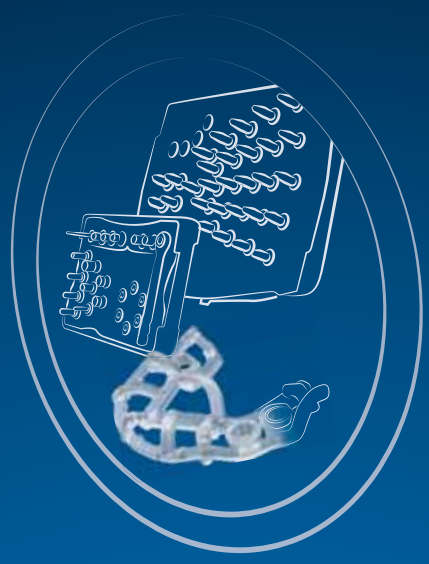
Para terminar, quisiera insistir en la idea de que la «seguridad del paciente» es un camino muy largo, y que posiblemente nunca lo finalicemos, pero que cada paso que demos repercutirá positivamente en la seguridad clínica de nuestros pacientes y por tanto en la calidad de nuestra asistencia.

Conclusión

Aumentar la seguridad clínica de los pacientes que se someten a tratamientos dentales no sólo es una obligación legal, sino sobre todo una responsabilidad ética. Las organizaciones profesionales odontológicas deben promover medidas formativas para que todos los dentistas sean conscientes de los riesgos más frecuentes y potencialmente graves asociados a la práctica odontológica, y de las medidas más útiles para evitarlos. DT

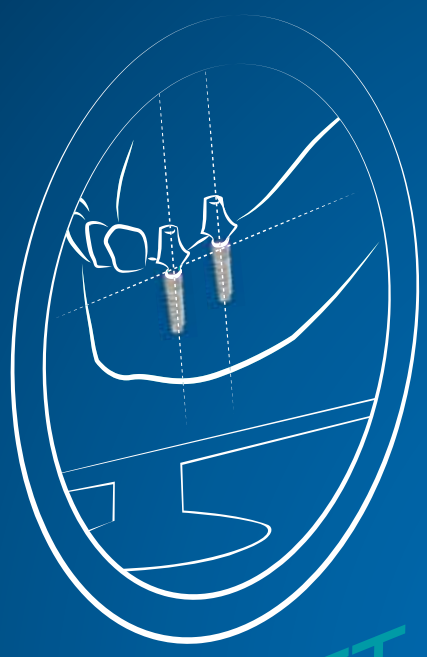
© MIS Corporation. All rights reserved.

MCENTER



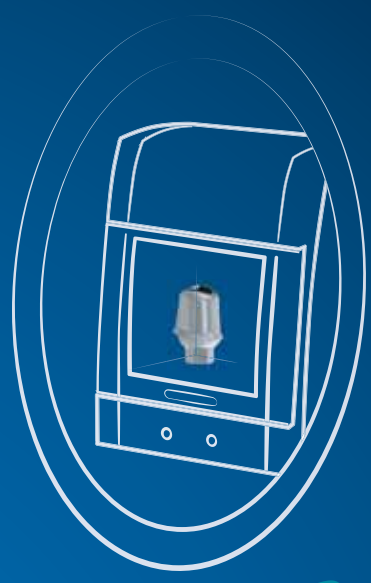
MGUIDE

Open wire-frame 3D printed surgical template allows irrigation + anesthesia from all angles. Surgical drills and tools eliminate the need for guidance keys, freeing-up hands & saving time.



MSOFT

Highly accurate multi-level implant placement planning software, for more accurate surgical procedures & less chair-time.



MLAB

Precision CAD/CAM fabrication of customized abutments plus temporary crowns & bridges in a range of materials.

MCENTER

ON THE CUTTING EDGE OF DIGITAL IMPLANT DENTISTRY

MAKE IT SIMPLE

mis® MCENTER

All MCENTER products and services, from the initial plan to temporary restoration, are available in one location. MSOFT, MGUIDE and MLAB systems provide doctors with optimum support for quicker, more accurate surgical procedures resulting in better esthetics, predictable outcomes and reduced chair-time.
Learn more at: www.mis-implants.com

La esterilización de la pieza de mano

*Por Enrique Acosta Gío**

Todo paciente debe ser atendido con instrumental estéril, ya que los instrumentos dentales contaminados exponen a los pacientes a diversos microorganismos patógenos. Sin embargo, durante años las autoridades sanitarias, las instituciones académicas y las agrupaciones gremiales, así como el cirujano dentista y sus pacientes, pasaron por alto que la pieza de mano debía lavarse antes de introducirse en la boca del siguiente paciente.

En las últimas tres décadas, los dentistas de todo el mundo hemos sido alertados sobre la presencia de saliva y sangre en los mecanismos internos de las piezas de mano de alta y baja velocidad. En consecuencia, se propuso un nuevo estándar industrial para construir estos instrumentos con materiales que permiten su esterilización mediante vapor a presión.

En muchos países aún existe un preocupante rezago para que los dentistas cumplan con la esterilización obligatoria de la pieza de mano. Todos los actores de la sociedad debemos participar para lograr el cumplimiento cabal de la normatividad vigente para el ejercicio seguro de la odontología.

Las autoridades gubernamentales en materia de salud publican y actualizan normatividad para la prevención y control de las enfermedades bucales, que incluye indicaciones sobre prevención de infecciones asociadas con la atención a la salud. Sin embargo, las autoridades reguladoras no vigilan el cumplimiento de la normatividad vigente y permiten la comercialización de piezas de mano no esterilizables.

Pocas facultades, escuelas y departamentos de odontología instruyen a sus alumnos sobre la selección, compra y uso de piezas de mano esterilizables, los procedimientos para su esterilización y el plan de mantenimiento. La mayoría de las instituciones de educación superior no obligan a los estudiantes a esterilizar la pieza de mano entre paciente y paciente, aun cuando casi todas las escuelas tienen centrales de esterilización equipadas con vapor a presión.

En ausencia de una política para la seguridad de los pacientes en las clínicas de enseñanza, y sin la orientación basada en evidencia, los estudiantes de odontología continuarán adquiriendo los instrumentos más económicos aún cuando éstos no puedan ser esterilizados.

La razón para no esterilizar la pieza de mano es de índole tecnológica. Las piezas de mano de alta velocidad, impulsadas por aire y refrigeradas con agua, salieron a la venta a mediados del siglo pasado y durante cuarenta años su tecnología y materiales cambiaron poco. Muchos dentistas aprendimos a trabajar con versiones primitivas de estos instrumentos y nunca pensamos en esterilizarlas pues sus componentes no resistían al calor. Además, no era común tener autoclaves en los consultorios dentales.

Mediante congresos, publicaciones y actividades de educación continua, las agrupaciones gremiales pueden jugar un importante papel para incrementar el cumplimiento de los dentistas con la esterilización de las piezas de mano.

Los fabricantes y sus distribuidores deben apoyar el cumplimiento de la normatividad y ofrecer a la venta sólo piezas de mano de alta y baja velocidad que puedan ser esterilizadas. Es importante que el comercio ofrezca los lubricantes, refacciones y el plan de mantenimiento que estos instrumentos requieren.

Las piezas de mano no pueden ser desinfectadas, pues los más potentes desinfectantes son corrosivos y las destruyen. Además, la geometría interna, los empaques y el lubricante son barreras para la penetración de cualquier desinfectante.

Existe gran inquietud por el impacto económico que tendrá para el dentista ofrecer atención segura a sus pacientes. Cada dentista y alumno de odontología deberá invertir en lpiezas de mano esterilizables (con un costo promedio de USD $200 cada una), en número suficiente para el volumen de su consulta y deberá contar con el equipo para esterilizarlas.

Una preocupación similar por los costos del procesamiento seguro existe en los servicios de endoscopía, ya que cada endoscopio cuesta alrededor de USD $20,000 y estos instrumentos no se pueden esterilizar con calor. Existe tecnología de baja temperatura para esterilizar un endoscopio, por plasma ionizante cuesta más de USD $100 por cada ciclo de esterilización, o el ciclo de gas óxido de etileno que dura varias horas.

En una clínica de endoscopía se pueden programar 30 pacientes para ser atendidos con media docena de endoscopios en ocho horas. La demanda del servicio presiona al personal de la central de esterilización a intentar lavar y desinfectar cada instrumento lo más rápido posible. No es sorprendente que en los procedimientos de endoscopía se documente el mayor número de infecciones transmitidas de un paciente a otro por instrumental contaminado.

En la práctica privada, excepcionalmente habrá quien esté dispuesto a incrementar su margen de utilidad sacrificando la calidad y seguridad de sus servicios. A diferencia de la percepción equivocada de los dentistas que argumentan que «no pasa nada» por no esterilizar todos los instrumentos, en la última década los análisis genómicos han permitido documentar diversos casos de pacientes afectados por la transmisión de hepatitis viral en clínicas dentales.

El paciente espera y merece ser atendido con instrumental estéril debidamente procesado para su uso. Nuestros pacientes jamás nos otorgarán su consentimiento para ser atendidos con un instrumento a sabiendas de que contiene sangre y saliva de otros pacientes. DT

Recursos

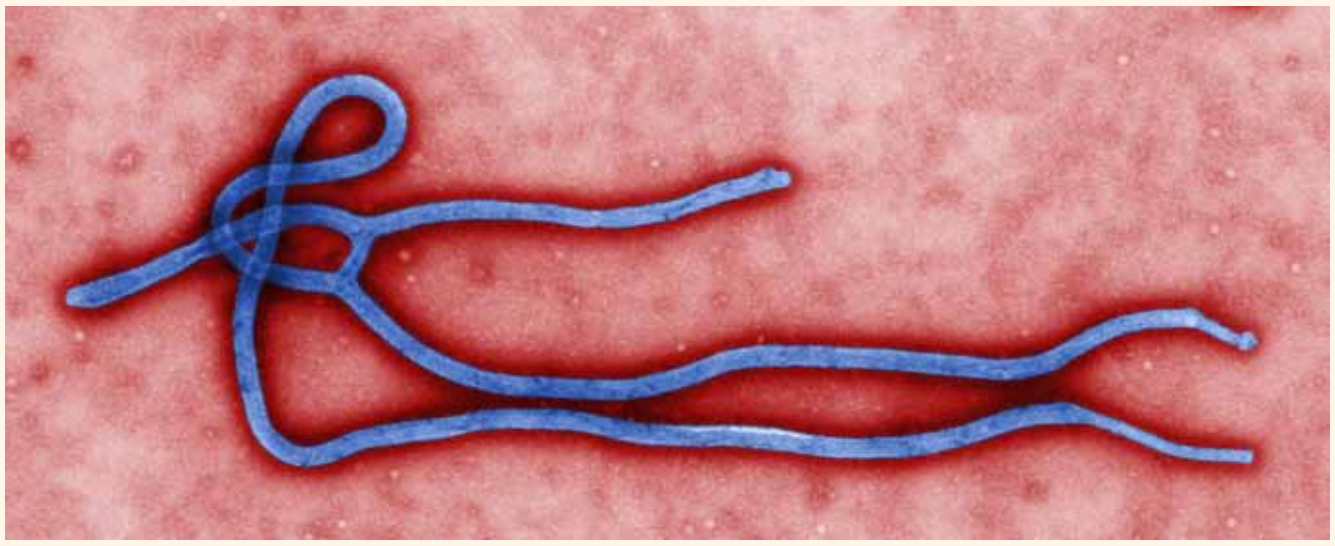
• UNAM. http://132.248.225.10/RESPALDO/temas/ci/mat_ed.html
• Videoconferencia: www.youtube.com/watch?v=-vwawe0okpM
• OSAP: www.osap.org
• CDC: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm

Consulte bibliografía en www.dental-tribune.com

** DDS, PhD, Profesor en la Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México y ganador del premio James Crawford de la Organización para la Seguridad, la Asepsia y la Prevención (OSAP). Contacto: acostag@unam.mx*

El complejo turístico en la Laguna Likuliku en Malolo, Islas Fiji.

Guía para dentistas sobre el ébola



Una persona infectada de ébola no es contagiosa hasta que los síntomas aparecen. Debido a la virulencia con la que ataca la enfermedad, es difícil que una persona infectada busque atención dental cuando se siente realmente enferma. Sin embargo, de acuerdo con el Centro de Control de Enfermedades y Prevención, los dentistas deben estar al día de la historia médica del paciente, incluyendo viajes por cuyos síntomas puedan padecer una enfermedad vírica.

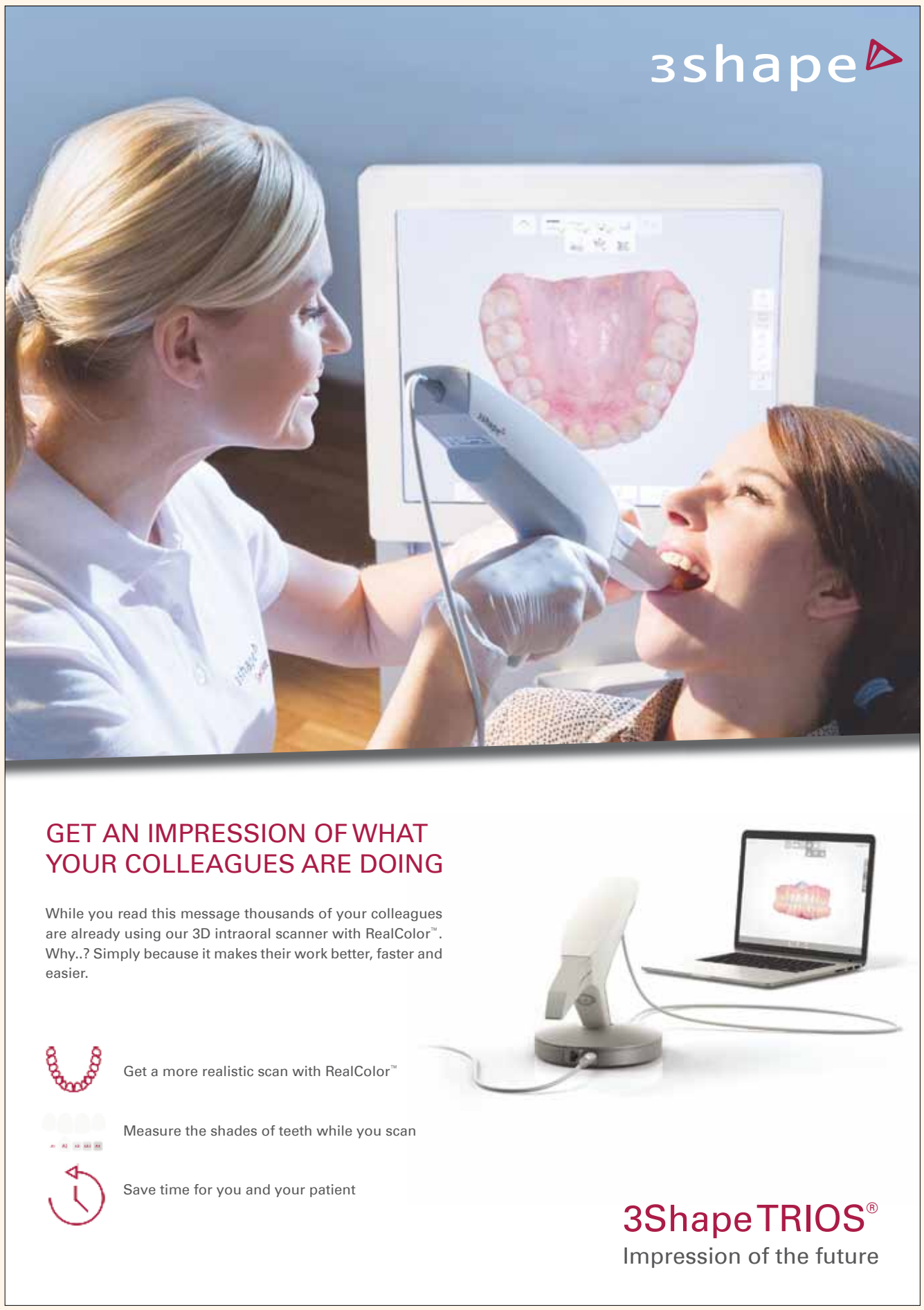
Cualquier persona durante los 21 primeros días después de regresar de un viaje por el oeste de África (Liberia, Sierra Leona, Guinea) puede haber estado en contacto con personas infectadas de ébola y no presentar síntomas. Si es así, se recomienda a los profesionales dentales diferir las citas con los pacientes hasta que pasen 21 días de la vuelta del viajero. En caso de que el paciente necesite algo más urgente que una revisión, se puede proceder a un tratamiento odontológico previa consulta con el médico de cabecera del paciente y tomando las medidas oportunas.

La fiebre es una de las manifestaciones más frecuentes de la infección, pero evidentemente es un síntoma también presente en otras muchas enfermedades.

Otros síntomas:
- Fiebre más alta que 38,6 ºC y dolor de cabeza
- Dolores musculares
- Vómitos
- Diarreas
- Dolor abdominal y sangrados espontáneos.

Un dentista no debe tratar a un paciente que presente estos síntomas. Pero sí es una urgencia, el dentista debe:

- Protegerse con el vestuario adecuado y con barreras físicas: mascarilla, guantes y protección de la cara
- Llamar al servicio médico inmediatamente
- Notificar a las autoridades sanitarias pertinentes
- Solicitar la desinfección del equipo utilizado y de la zona de trabajo.

El ébola se transmite a través del contacto directo con la sangre o con otros fluidos corporales como la orina, el sudor, las heces, la saliva, el vómito y el semen; o con determinados objetos que hayan podido ser contaminados por el infectado. El virus no se transmite por el aire, el agua o la comida. Recordamos que no se ha reportado riesgo de transmisión del ébola en pacientes que no presentan síntomas. DT

Recursos
- CDC: cdc.gov
- ADA: ada.org/ebola