

"DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO TEÓRICO SOBRE HEPATITIS B Y C, SOBRE MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO, FORMAS DE CONTAGIO, TRATAMIENTO, PREVENCIÓN Y SU RELACIÓN CON LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ALUMNOS DE 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y ODONTÓLOGOS COLEGIADOS QUE LABORAN EN LA CIUDAD CAPITAL. GUATEMALA 2001"

TESIS PRESENTADA POR:

WENDY PAOLA PALOMO MEDRANO

ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA QUE PRACTICÓ EL EXÁMEN GENERAL PÚBLICO PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2001

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Alejandro Ruíz Ordóñez
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Edgar Areano Berganza
Vocal Quinto:	Br. Sergio Pinzón Cáceres
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Segundo:	Dr. Oscar Toralla de León
Vocal Tercero:	Dr. Luis Felipe Paz García
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y A LA VIRGEN MARÍA: Por haberme permitido llegar a esta etapa en mi vida.

A MIS PADRES: Guillermo Palomo y Vilma Medrano, que con su ayuda y comprensión comparten este triunfo.
En especial a mi papá por todo el apoyo que me ha brindado para alcanzar mis metas.

A MIS HERMANOS: Guillermo Alejandro e Ingrid, por su ayuda y amor.

A MI PRIMO: Carlos Fernando Estrada, con mucho cariño.

A MI TIA: Gladys Medrano, por su cariño.

A MI NOVIO: Juan Carlos Villegas, con mucho amor y su incondicional apoyo.

A MI ABUELITA: María Teresa de Flores.

A MIS AMIGOS: Ana María Gramajo, Gabriela Garrido, Julio Chinchilla, Claudia Obando, Berling Aguirre, Aleksander Castillo, Susana Gutierrez, gracias por su amistad.

TESIS QUE DEDICO

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A MIS CATEDRÁTICOS: Por todos los conocimientos que me enseñaron por su ayuda y apoyo en el transcurso de la carrera, mil gracias.

A MI ASESOR: Dr. Oscar Toralla, gracias por su comprensión y confianza.

A MIS PADRINOS DE GRADUACIÓN:
Dr. William Lemus, gracias por el cariño que me ha tenido y por sus cuidados cuando los he requerido.
Dr. Juan Carlos Villegas, de nuevo gracias.

A MIS AMIGOS.

HONORABLE TRIBUNA EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración, mi trabajo de tesis titulado: **“DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO TÉORICO SOBRE HEPATITIS B Y C, SOBRE MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO, FORMAS DE CONTAGIO, TRATAMIENTO, PREVENCIÓN Y SU RELACIÓN CON LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ALUMNOS DE CUARTO AÑO Y QUINTO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y ODONTÓLOGOS COLEGIADOS QUE LABORAN EN LA CIUDAD CAPITAL.”**, conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Y a ustedes distinguidos miembros de este Honorable Tribunal Examinador, me dirijo con toda consideración y respeto.

INDICE

SUMARIO.....	1
INTRODUCCION.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACION.....	4
OBJETIVOS.....	5
VARIABLES E INDICADORES.....	6
REVISION DE LITERATURA.....	8
METODOLOGIA.....	28
INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	32
DISCUSION DE RESULTADOS.....	64
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES.....	67
LIMITACIONES.....	68
BIBLIOGRAFIA.....	69
ANEXOS.....	73

SUMARIO

La presente investigación fue realizada en la ciudad de Guatemala durante los meses de Junio a Septiembre del 2001, teniendo como finalidad determinar el nivel de conocimiento teórico sobre métodos de diagnóstico, formas de contagio, tratamiento, prevención y su relación en su práctica clínica en pacientes con Hepatitis B o C, para lo cual se incluyó una muestra de 507 estudiantes de cuarto año, quinto año y quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos y odontólogos colegiados de la ciudad capital, en proporción a cada población y de acuerdo a la fórmula estadística, utilizando un muestreo de tipo aleatorio simple probabilístico, dividiendo a los grupos en estratos.

Se elaboró un instrumento recolector de datos, el cual fue respondido de manera voluntaria, individual y anónima, para posteriormente tabular y obtener datos de interés.

Se logró establecer que los cuatro estratos en estudio tienen un nivel de conocimiento medianamente aceptable, por medio de una tabla de escala valorativa, lo cual refleja que se tiene un nivel de conocimiento muy general sobre Hepatitis B y C, por lo tanto es necesario su fortalecimiento.

El grupo de estudiantes supera al de odontólogos en ciertos temas por estar estudiando aún, pero son superados en algunos que tienen que ver con experiencia y la práctica clínica.

INTRODUCCION

La Hepatitis B y C son enfermedades infectocontagiosas, las cuales se caracterizan por producir daño hepático, pudiendo causar hasta la muerte. Los grupos de mayor riesgo a portarla son aquellos que practican sexo promiscuo y sin protección, drogadictos endovenosos y sobre todo el personal de salud que no toma las medidas de protección necesarias.

La prevalencia de casos de Hepatitis B en la actualidad es aproximadamente el 5% de la población mundial y de 1% a 4.9% para la Hepatitis C, y son cifras que cada día van en aumento, constituyendo un problema de salud pública.

La presente investigación se realizó en estudiantes de cuarto y quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos y odontólogos colegiados que laboran en la ciudad capital, para determinar el nivel de conocimiento en todo el entorno de dicha entidad patológica y para poder establecer si se realiza un correcto manejo de pacientes infectados con Hepatitis B y C.

Epidemiológicamente, en Guatemala no existen datos reales sobre la Hepatitis B y C por datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por lo que es muy probable que toda persona inmersa en el quehacer odontológico pueda estar en contacto con un paciente infectado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hepatitis B y C son enfermedades infectocontagiosas (4,41,43). Con las cuales el odontólogo y su personal auxiliar están constantemente expuestos a ellas. Muchas veces no se cuenta con suficiente preparación e información para realización de tratamiento dental y manejo de pacientes con hepatitis B o C, siendo difícil la identificación de los signos y síntomas los cuales al haber daño hepático pueden repercutir en boca, como hematomas o sangrado franco (10). Para evitar el contagio de estas entidades y realizar un manejo y tratamiento dental adecuado, es importante que el odontólogo conozca y aplique el conocimiento que se tiene acerca de estas enfermedades y las medidas preventivas tomadas en el ejercicio de la profesión diaria.

La prevalencia de casos de Hepatitis B y C es alta, aproximadamente un 5% de la población mundial está infectada de hepatitis B y de 1 a 4.9% está infectada de hepatitis C (14,18,28). En Guatemala, Gálvez, en un estudio en personas que acuden a las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos, reporta una prevalencia de hepatitis B de 6.67% (23). Por lo que la probabilidad de que se realicen procedimientos en la cavidad bucal y tratamientos dentales en pacientes infectados es alta, siendo el riesgo de infección para trabajadores de la salud de 2 a 10 veces mayor que en la población general (14,25).

Por lo que nos preguntamos:

¿El nivel de conocimiento de los estudiantes de cuarto y quinto año de la Facultad de Odontología y de los profesionales odontólogos, sobre la hepatitis B y C, así como las medidas para evitar un contagio, y el protocolo de atención odontológico para pacientes infectados, son los adecuados para el manejo de los mismos?

JUSTIFICACIÓN

La hepatitis es una enfermedad infecto-contagiosa que en etapas avanzadas puede causar daños hepáticos, los cuales repercuten en boca, pudiendo causar hematomas, sangrados gingivales espontáneos y sangrados excesivos (10). Dentro de su etiología hay una gama de virus que la producen entre los cuales, se encuentra el virus de la hepatitis B y C, los cuales se han expandido a nivel mundial (2,4,42,44).

La hepatitis B y C carecen de un tratamiento específico y los fármacos que se utilizan para su tratamiento producen efectos secundarios como supresión de médula ósea y anemia hemolítica (4).

La hepatitis B y C en su mayoría son enfermedades inhabilitantes de difícil y costoso tratamiento sistémico, e incluso mortal en aproximadamente 1% de los casos (4,14,31). El riesgo de una infección para el odontólogo, el personal auxiliar, y pacientes, por medio de una contaminación cruzada, ha creado entre el círculo estomatológico un cierto grado de temor.

Determinar el nivel de conocimiento que posee el grupo en estudio nos permitirá establecer si los programas educativos, los seminarios informativos y las campañas de divulgación en cuanto a la hepatitis B y C, han sido efectivos en la realización de tratamientos y procedimientos odontológicos.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de conocimiento teórico sobre la Hepatitis B y C por parte de alumnos de 4to y 5to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala y odontólogos colegiados que laboran en la ciudad capital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de conocimiento teórico sobre métodos de diagnóstico en la práctica clínica de la hepatitis B y C por parte de alumnos de 4to y 5to año de la Facultad de Odontología y odontólogos colegiados que laboran en la ciudad capital.
- Determinar el nivel de conocimiento teórico sobre formas de contagio de la Hepatitis B y C por parte de alumnos de la Facultad de Odontología y odontólogos colegiados egresados de la Universidad de San Carlos de Guatemala de la ciudad capital.
- Determinar el nivel de conocimiento teórico sobre tratamiento de la hepatitis B y C por parte de alumnos de la Facultad de Odontología y odontólogos colegiados que laboran en la ciudad capital.
- Determinar el nivel de conocimiento teórico sobre la prevención en la práctica clínica de hepatitis B y C por parte de alumnos de la Facultad de Odontología y odontólogos colegiados que laboran en la ciudad capital.
- Determinar el nivel de conocimiento teórico sobre el manejo dental que se debe dar a los pacientes infectados con hepatitis B y C por parte de alumnos de la Facultad de Odontología y odontólogos colegiados que laboran en la ciudad capital.

VARIABLES E INDICADORES

1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HEPATITIS B Y C

Definición conceptual: Se concibe como un proceso, que recibe el nombre de cognición o proceso cognitivo, que es todo aquel que transforma el material sensible que recibe del entorno, codificándolo, almacenándolo y recuperando en posteriores comportamientos adaptativos (16).

Definición operacional: Conocimiento general sobre ambas entidades para un mejor desempeño profesional en la práctica clínica.

2. DIAGNÓSTICO

Definición conceptual: Parte de la medicina que tiene por objeto identificar una enfermedad fundándose en los signos y síntomas de esta (17).

Definición operacional: Identificar los signos y síntomas que presentan estas enfermedades, así como las pruebas de laboratorio más utilizadas para el diagnóstico.

3. CONTAGIO

Definición conceptual: Transmisión de una enfermedad por contacto directo o indirecto (17).

Definición operacional: Riesgos de transmisión en los procedimientos dentales.

4. TRATAMIENTO

Definición conceptual: Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

Definición operacional: Conocimiento sobre qué medicamentos utilizan estos pacientes y sus efectos secundarios.

5. PREVENCIÓN

Definición conceptual: Acción y efecto de prevenir. En Odontología, todas las precauciones que se deben tomar para impedir la instalación de una enfermedad (17).

Definición operacional: Medidas por las cuales el Odontólogo evita el contagio en la práctica clínica.

6. MANEJO DENTAL

Definición operacional: Conocer que cuidados se deben de tener al realizar procedimientos dentales a un paciente infectado con el virus HVB y HVC.

INDICADORES:

- La medición del nivel de conocimiento basándose en el número de respuestas correctas del cuestionario, dividiéndolo en inaceptable, medianamente aceptable y aceptable.

REVISION BIBLIOGRAFICA

DEFINICIÓN DE HEPATITIS

Es una enfermedad infecto-contagiosa producida por una variedad de virus, bacterias y protozoos, así como fármacos y toxinas. La hepatitis tiene predilección por el hígado produciendo cirrosis y necrosis del mismo, los cuales producen un conjunto de síntomas (41,42,43).

Los virus principalmente hepatotrópicos que causan la mayor parte de las hepatitis virales son el virus de la hepatitis A (VHA), el virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la hepatitis C (VHC), el virus de la hepatitis D (VHD) y el virus de la hepatitis E (42).

HISTORIA

El primer brote reconocido de hepatitis B, fue reconocido por Lürman en 1883, fue en un grupo de trabajadores, que se vacunaron contra la viruela con linfaglicerina de origen humano, luego se observó un aumento de frecuencia de enfermedad en pacientes en los que eran utilizadas jeringas mal esterilizadas y agujas contaminadas. El brote más amplio tuvo lugar en 1942, cuando la vacuna contra la fiebre amarilla que contenía suero humano causó 28,585 casos de infección de hepatitis B con ictericia en personal militar de Estados Unidos (7).

El antígeno Australia (Au) y su relación con la hepatitis B, fue un gran descubrimiento realizado por Blumberg en 1963 (7, 28). Se descubrió cuando se estudió un conjunto de 24 sueros con una prueba de inmunodifusión contra el suero de dos pacientes hemofílicos que habían recibido transfusiones múltiples, sólo uno de los 24 sueros reaccionó. El factor antigénico se llamó antígeno Australia porque la fuente del suero reactivo pertenecía a un aborigen australiano (7).

En 1967 se observó que el antígeno era frecuente en enfermos con hepatitis viral(7). Dane, en 1970 descubrió las "partículas Dane", (antígeno central de la hepatitis B (HbcAg)), en sangre de pacientes con hepatitis (27). En 1973 el antígeno "E" de la hepatitis B (HbeAg) fue descubierto (28). El virus de la hepatitis C (VHC) fue identificado por primera vez en 1989 por medio de la clonación molecular de su genoma. Esta enfermedad se conocía como hepatitis no A/ no B por no falta de pruebas diagnósticas específicas; hasta que en 1990 entró al comercio estadounidense una prueba específica para el anticuerpo contra el antígeno de la hepatitis C (4,18, 28,41).

EPIDEMIOLOGÍA

Hepatitis B:

La hepatitis B constituye un problema importante de salud pública en el ámbito mundial (3). La relevancia epidemiológica de esta infección, radica fundamentalmente en las diferentes fases evolutivas de la enfermedad (aguda y crónica) y en la existencia de portadores, quienes sin manifestación clínica ni bioquímica de la enfermedad hepática mantiene en el suero, el antígeno de superficie de la hepatitis B (HbsAg) (4,28).

Estos portadores por tanto son capaces de transmitir su carga antigénica, y pueden además presentar hepatopatías en algún momento de la vida (3, 43,44). Se ha identificado HbsAg en casi todos los líquidos corporales de personas infectadas (saliva, lágrimas, líquido seminal, ascitis, líquido sinovial, jugo gástrico, líquido pleural y orina, con excepción de las heces), (43, 20). El semen y la saliva han probado ser menos infecciosos, pero menos que el suero, administrados por vía subcutánea o no percutánea en animales de experimentación (20). La transmisión bucal del VHB es una vía posible pero poco eficaz (3).

En las áreas de elevada endemicidad de hepatitis B, se supone que la transmisión se produce en el período perinatal y durante la niñez (3). Otros grupos en riesgo son los cónyuges de personas infectadas, gente promiscua, quienes requieren transfusiones

repetidas, trabajadores de la salud expuestos a sangre y sus productos, personas que se hacen tatuajes, drogadictos (4,20,33,42).

En Guatemala, Cojulún reporta una prevalencia de HbsAg de 6% en pacientes que requieren tratamiento en la clínica de la Unidad Asistencial del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), de Amatitlán (12). Gálvez reporta una prevalencia para HbsAg positivos de 6.67%, en 90 pacientes de las clínicas de la facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos (23). Mejía, reporta un 2% de positividad para HbsAg en una muestra de 150 estudiantes y profesionales en Odontología (39).

La cirrosis es un prerrequisito que junto con el proceso crónico de daño y reparación del hígado resulta en transformación maligna (carcinoma hepatocelular) (28).

Existen factores claves que determinan el desarrollo de hepatitis crónica o aguda: la edad y el sexo.

CONDICIÓN	HOMBRES: MUJERES	
Infección crónica	1.5: 1	
Cirrosis	3: 1	
Carcinoma	6: 1	(28).

Hepatitis C:

La hepatitis C es de distribución mundial, afecta 170 millones de personas en el mundo, la mayoría de países reporta una prevalencia de 1 a 4.9% (18,28,41). La exposición parenteral a sangre contaminada es la principal vía de transmisión. Las vías sexual y perinatal son infrecuentes (41).

No se ha demostrado la presencia del HCV en el semen, la saliva, la leche materna ni otros líquidos corporales (45). Los principales grupos de riesgo de hepatitis C son: adictos por vía intravenosa, politransfundidos, hemofílicos, transplantados, trabajadores de la salud, la incidencia entre los odontólogos es 10 veces mayor que en la población en general (18,41). Entre 8 mil y 10 mil muertes al año son causadas por la infección de HCV, cifra que

aumentará a medida que las personas infectadas en los 70 y los 80 comiencen a desarrollar afecciones hepáticas (5,31).

VIRUS DE LA HEPATITIS B (VHB)

El virus de la hepatitis B se transmite por vía parenteral, generalmente durante administración de transfusiones de sangre o sus derivados, el contacto sexual o el uso compartido de agujas en los toxicómanos (41).

El virus se presenta en todos los líquidos corporales fisiológicos y patológicos, con excepción de las heces (43). Este es un virus fuerte y puede soportar temperaturas y humedad extremas, por lo que la sangre y los líquidos corporales son los principales vehículos de transmisión (41). La transfusión de sangre, productos sanguíneos, diálisis, accidentes por pinchazos con aguja entre los trabajadores de la salud, abuso de drogas intravenosas y la actividad homosexual constituyen las categorías primarias de la infección por HBV (43). El virus de la hepatitis B es un virus fuerte capaz de soportar temperaturas extremas y agentes químicos. Permanece estable después de almacenamiento por 15 años a temperatura de 20°C, de 3 a 4 semanas en una superficie de vidrio seco a temperatura ambiente; y por 4 horas a 60°C, se inactiva a calor seco a 180°C por una hora, al autoclave a 121° C por 30 minutos. El HBV ha demostrado resistencia a radiación ultravioleta, cloruro de benzakorium y alcohol. Es desactivado por glutaraldehído al 2%, formalina y urea, hipoclorito de sodio al 0,5% o con povidona-yodo al 2.5%(3,25,41).

El período de incubación varía de 4 semanas a 26 semanas, y a partir de la segunda semana antes del inicio clínico, se encuentra HbsAg en suero (44). El HBV puede producir hepatitis aguda, hepatitis crónica no progresiva, enfermedad crónica progresiva que culmina en cirrosis, hepatitis fulminante con necrosis hepática masiva y estado de portador asintomático con o sin enfermedad subclínica progresiva (44). La infección por hepatitis B sigue tres posibles cursos:

1. Aguda, que es con curación completa e inmunidad a la reinfección (más del 90%).
2. Fulminante. Donde hay falla hepática y mortalidad en aproximadamente 1% (donde ocurre muerte en 90% de estos casos).

3. Infección crónica: Se vuelve portador con persistencia del virus en aproximadamente el 10% de los casos (28).

Estructura:

El HBV es un miembro del Hepadnaviridae, el genoma es una molécula de ADN. El virión completo se denomina partícula "Dane", presenta una estructura interna denominada "Core" o nucleocápside cuyo principal componente es una fosfoproteína que constituye el antígeno del core (HbcAg). Asociadas con la nucleocápside se hallan dos enzimas, una con actividad de ADN polimerasa y otra con actividad de proteinquinasa. Otro componente del core es el antígeno e de la hepatitis B (HbeAg) (42,44).

La envoltura del virus contiene el antígeno de superficie de la hepatitis B (HbsAg), este es una asociación de proteínas: el polipéptido más pequeño S, el polipéptido mediano (pre-s2) y el polipéptido más grande (pre-s3), son epítopes muy inmunogénicos capaces de inducir la producción de anticuerpos neutralizantes en el hospedero (42).

Ciclo replicativo:

Luego de la penetración del virión en la célula y de su posterior desnudamiento de ADN polimerasa sintetiza la porción faltante de ADN y en el núcleo celular se forma ADN viral circulante de tira doble (42,43,44). Parte de ese ADN se integra al genoma del hepatocito y parte sirve como molde para la síntesis de ARNm, éste se ocupa de síntesis de proteínas y como molde para la tira negativa de la progenie ADN (42). La tira negativa es molde para la positiva del ADN del genoma viral. La progenie HBV con su envoltura, que contiene HbsAg, se libera de la célula a través de la membrana por gemación (28,42).

La inmunidad mediada por células y la inflamación son responsables de la resolución de la infección y sintomatología (42). El HbsAg aparece antes del inicio de los síntomas, alcanza un máximo durante la enfermedad declarada y luego disminuye (42,44).

HbcAg, HBV-ADN y polimerasa ADN se presentan en el suero, y significan replicación viral activa. La persistencia de HbeAg es un indicador importante de replicación viral continua (43).

La IgM anti-HBc se detecta en el suero poco después del inicio de los síntomas con el inicio de la elevación de las transaminasas séricas, luego es sustituido por IgG anti-HBc. La aparición de anticuerpos anti-Hbe implica que la infección aguda alcanzó su máximo y se encuentra en declinación (3,20,43,44).

El anti-HBs se asocia con la eliminación de la infección y con la protección contra la reinfección. La aparición de anti-Hbe indica transmisibilidad baja, debido a la declinación de la replicación viral (3,43,4).

La superficie del antígeno de la hepatitis B contiene 5 principales subtipos determinantes: a, d, y, m, y r. Por lo tanto cuatro patrones de subtipos son posibles: adw, ayw, adr, y ayr (4). Los primeros tres subtipos ocurren frecuentemente, el último es raro. Al parecer los subtipos están asociados con diferente distribución geográfica (4,28).

VIRUS HEPATITIS C (VHC)

Las vías de transmisión son por inoculación y transfusiones sanguíneas, se cree que es la causa más importante de hepatitis relacionada con transfusión; ocasiona el 90 y 95% de los casos (43), existe también transmisión vertical, la transmisión por contacto sexual parece muy baja. El HCV tiene una tasa alta de evolución hacia enfermedad crónica y con el tiempo cirrosis que excede 50% (43).

Los títulos elevados de IgG anti-HCV que se presentan después de la infección activa no parecen conferir inmunidad eficaz a una subsecuente infección, puesto que el virus desarrolla mutaciones rápidamente (31). Una minoría de las personas infectadas logran eliminar el virus, aunque permanezcan positivas a los anticuerpos VHC (3,31).

El período de incubación varía de 2 a 26 semanas. El ARN de HCV se detecta en la sangre durante 1 a 3 semanas con incremento de transaminasas séricas, siendo episódicas durante la infección (18,43,44).

El curso clínico de la hepatitis C aguda suele ser más leve que el de hepatitis B y con frecuencia menos sintomático (6,18,28,41,43).

Estructura:

Pertenece al grupo Flaviviridae y consta de un grupo heterogéneo de cepas virales ARN. Es un virus pequeño, encapsulado, con una sola cadena de ARN intrínsecamente inestable, con múltiples tipos y subtipos (más de 40) (3,31,42).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO

Los síntomas más comunes y tempranos son fatiga, lasitud, anorexia, náusea y orina oscura, puede existir deshidratación a causa de vómitos frecuentes (33). Los síntomas prodrómicos incluyen fiebre, artritis, artralgia, urticaria y otros exantemas (20, 33, 41). Estos síntomas se deben a la deposición de complejos de antígenos y anticuerpos en el huésped susceptible (33, 41). La ictericia en la esclerótica y en piel puede ser el síntoma con que se manifieste la infección, al aparecer la ictericia, los síntomas prodrómicos suelen disminuir. (33).

Dolor franco puede ocurrir en el cuadrante superior derecho, pero vago, es más común un dolor generalizado, el cual es más pronunciado con el movimiento. Diarrea ocurre en la minoría de los casos. El hígado puede estar agrandado y sensible (20).

De dos semanas a dos meses antes del inicio clínico, el HbsAg se hace detectable en suero, siendo el primer marcador virológico que puede identificarse (14). El HbsAg

circulante precede a los aumentos de actividad de la aminotransferasa sérica y a los síntomas, y sigue presente durante toda la fase icterica o sintomática de la hepatitis (49). Después que el HbsAg desaparece puede descubrirse en el suero el anticuerpo para HbsAg (anti-HBs) y persiste indefinidamente (43). Como el HbcAg se halla incluido dentro de una cubierta de HbsAg, no siempre puede detectarse en el suero de pacientes infectados con hepatitis. Por otra parte, el anticuerpo contra HbcAg (anti-HBc) se demuestra rápidamente en el suero, desde la primera o segunda semana de aparecer el HbsAg y precediendo al Anti-HBs en semanas de aparecer el HbsAg y precediendo al anti-HbsAg en semanas o meses (14, 43). A veces puede haber un intervalo de varias semanas o más entre la desaparición de HbsAg y la aparición de anti-HBs. Durante este período de ventana el anti-HBc puede ser la demostración serológica de infección con hepatitis presente o reciente (20, 33, 42).

El HbeAg es otro marcador virológico, que aparece al mismo tiempo que el HbsAg, o poco después. Su aparición coincide temporalmente con altos valores de replicación viral y refleja la presencia de viriones intactos circulantes, una polimerasa ADN y ADN de HVB circulante. Esta etapa replicativa es el momento de infecciosidad máxima (20,43).

DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS B Y C

El diagnóstico se basa en la detección de marcadores serológicos específicos fundamentalmente HbsAg, anti-HBs, HbeAg, anti-HbeAg y anti-Hbc (4,41).

Con el análisis sensitivo radiomucoso, HbsAg puede detectarse tempranamente 6 meses después de la exposición parenteral (9,44). Se puede detectar HbsAg varias semanas antes del comienzo de los síntomas (4).

Los métodos utilizados para detectar los antígenos y anticuerpos de hepatitis incluyen, RIBA, contrainmunolectroforesis (CIEF), inmunodifusión radial simple (ID), Aglutinación de partículas inertes látex o carbón (API), Hemaglutinación pasiva inversa (HAPI), Inmunoensayo enzimático de fase sólida (ELISA), Radioinmunoensayo (RIA), Ensayo inmunoradiométrico (IRMA), Inmunomicroscopía electrónica (IME), Combinación de la prueba ELISA y fluorescencia (ELFA), uso de anticuerpos monoclonales para demostración

de diferentes antígenos (3,4,14). Para la hepatitis C también se utiliza el anticuerpo EIA-2 HCV, RIBA II, HCV-RNA (3).

HEPATITIS EN EL EMBARAZO

La transmisión vertical es el modo más común de adquisición, el desarrollo de HBV en el neonato no está del todo clara(8). 95% de las infecciones pueden prevenirse con una profilaxis en el tiempo del nacimiento (8).

Lo más importante sobre hepatitis B y embarazo es la prevención de la infección post-parto en el neonato con HBIG (hiperinmune hepatitis B inmunoglobulina) y la vacuna de la hepatitis B (13).

Hasta el 90% de los lactantes infectados en el período perinatal se convierten se en portadores crónicos (3,4).

Finalmente la madre con infección aguda o crónica de HBV tendrá leche infectada (3). En un estudio Beasley et al. Siguió 147 bebés nacidos de madres infectadas con HBV y no se encontró incremento en la incidencia de infección con HVB en los niños alimentados por pecho (3).

La transmisión vertical por hepatitis C ocurre entre un 5 a 10%. Gran parte de este riesgo se reduce con cesárea. (18). Ya que el riesgo de transmisión vertical es bajo, la IGHB no es recomendada (3).

Las mujeres embarazadas no corren ningún riesgo al vacunarse contra hepatitis B estando en este estado (4). Los niños que nacen de madres HbsAg positivas deben recibir una dosis de IGHB (0,5 ml IV) y la vacuna en las primeras 12 horas del nacimiento(4). La primera dosis de la vacuna debe aplicarse junto con la IGHB al nacer, en localización distinta. La segunda y tercera dosis de la vacuna IGHB se aplican un mes y seis meses más tarde (4).

TRATAMIENTO POST-EXPOSICIÓN

En un accidente percutáneo (pinchazo con aguja, laceración o mordida) o mucosa (membrana mucosa o ocular) expuesta a sangre, la evaluación y tratamiento está basado sobre algunos factores:

1. Si el origen de la sangre contaminada está disponible
2. El estatus de HbsAg de la fuente
3. Si la persona que fue expuesta está vacunada

Si la fuente de contacto es hallada positiva para HbsAg y el receptor no está vacunado, debe recibir esquema de vacunación contra hepatitis B y recibir una dosis única de HBIG en los primeros días (4,13,10,15).

Si el personal de salud está vacunado contra hepatitis B debe medirse anti-HBs y si es menor de 10mU aplicar una dosis de HBIG y vacuna refuerzo (4). Si la fuente de contacto es hallada negativa para HbsAg y el personal de salud no está vacunado, debe recibir vacuna contra hepatitis B (4,25).

La fuente de contacto se niega a analizar su sangre o no se identifica a la fuente de contacto, y el personal de salud no está vacunado, debe de recibir esquema de vacunación, si la fuente es de alto riesgo o sospechosa de HbsAg debe recibir HBIG en los primeros 7 días (13,41).

En sujetos que no hayan sido inmunizados y que están expuestos a sangre de una fuente con positividad del antígeno de superficie mencionado, debe administrársele lo antes posible, por lo menos 24 horas después de la exposición, una sola dosis de IGHB (0,06 ml por Kg de peso o 5 ml para adultos) y emprender la serie de vacunas contra la hepatitis B (4). Esta vacuna no se administra en los casos de exposición por aguja con sangre que no sea positiva. Se recomienda emprender la aplicación de la vacuna contra la hepatitis B si la persona no estaba previamente inmunizada (4,10,13,14,18).

La ausencia de una vacuna efectiva y de un protocolo profiláctico post exposición, hacen que la prevención de la infección ocupacional se base únicamente en el uso de las precauciones universales (15).

MANEJO Y TRATAMIENTO CLÍNICO

La evaluación inicial para determinar la presencia de enfermedad debe incluir, varias mediciones de alamino transferasas (ALT), a intervalos regulares, debido a que esta fluctúa en personas con hepatitis C crónica (8). Estas personas muestran niveles persistentes elevados de ALT, ARN HCV detectable, y la biopsia hepática que indica algún grado de fibrosis o grado moderado de inflamación o necrosis (4). El test más utilizado para detectar anticuerpos es Elisa II. Mientras que el test recombinante inmunoblot (RIBA test) se ha utilizado para confirmar la posibilidad de HCV (3). La medición de ARN HCV en circulación es la mayor ayuda para confirmar la infección de hepatitis C, especialmente con las personas que tienen niveles de aminotransferasas normales (3,5,36).

En pacientes con cambios histológicos menos severos las indicaciones de tratamiento no son muy claras. Los pacientes con cirrosis compensada pueden no beneficiarse a la terapia con interferón (5).

Los pacientes con niveles persistentes normales de ALT, no deben tratarse con interferón, puesto que el tratamiento puede inducir anormalidades de las enzimas hepáticas, pacientes con cirrosis avanzada que están en riesgo de descompensación y mujeres embarazadas tampoco deben recibir este tratamiento (5). El régimen encomendado de unidades administradas vía subcutánea es 3 millones de unidades, tres veces por semana durante 6 meses, algunos lo utilizan por 12 meses. Aproximadamente el 50% de los pacientes tratados presentan normalización de la actividad de ALT en el suero (respuesta bioquímica), y 33% tienen pérdida de ARN HCV detectable en suero (respuesta viral) al final de la terapia. Más o menos el 50% de pacientes recaen cuando la terapia se discontinúa. De este modo entre el 15 y 25% de pacientes tienen una respuesta sostenida luego de un año de discontinuar la terapia (3,5,6,8,36,32,37).

Monoterapia de Interferón:

El interferón IFN-alfa 2 fue el primer agente aprobado para el tratamiento de hepatitis. Desde los estudios iniciales para establecer su eficacia, los datos respecto a duración y dosis al tratamiento han cambiado (36). Actualmente existen dos formas de IFN alfa 2 aprobadas para el tratamiento, las cuales se diferencian únicamente por un residuo de aminoácido. El IFN- alfa 2b es producido por (Schering-Plough) mientras que el IFN-alfa 2 lo producen (Hoffmann-La Roche). Ambos se prescriben en una dosis de 3 millones de unidades 3 veces por semana hasta por 12 semanas (36). Cuando se usan aislados ambos interferones tienen efectos similares con una respuesta sostenida de solo 10 a 20% que aumenta modestamente al prolongar el tratamiento. Dosis más altas de IFN alfa (arriba de 9 millones de unidades por semana) provocan respuestas sostenidas entre 8 y 20% en pacientes no expuestos a tratamientos previos (36,37). Dosis altas de IFN-alfa administradas a pacientes que no responden o casos recurrentes arrojan resultados confusos (8). En pacientes que no responden se consigue respuesta sostenida de 0 a 4%, mientras que en recurrentes va del 20 al 40%, de cualquier modo los efectos colaterales son problemáticos con dosis más altas (8).

Debido a la poca respuesta al tratamiento con IFN-alfa se estudian nuevos regímenes de tratamiento incluyendo el uso del IFN sintético (IFN-alfacón-1), terapia combinada que es IFN-alfa 2b con rivabarina, e IFN de acción retardada que son los PEG (por sus siglas en inglés), (37). Algunos factores que influyen en la respuesta al tratamiento incluyen el genotipo 1 de HCV, la presencia de cirrosis y la carga viral alta. En adición la etnia del paciente parece influenciar la respuesta al tratamiento, pues las personas de raza negra tienen una respuesta sostenida más baja al tratamiento (3,4,5,8).

Terapia combinada:

La adición de rivabarina, un análogo de la guanina mejoró la respuesta sostenida al tratamiento (37). Esta se evaluó inicialmente como una terapia debido a su acción antiviral contra otros virus ARN y aunque redujo los niveles de ALT, por sí sola no tuvo efecto antiviral contra el HCV (37). A pesar de que no hubo recuperación histológica, en estudios

a largo plazo (con régimen de 2 años) si mostró reducción en la actividad necro inflamatoria (29, 36,37).

En combinación con el IFN-alfa 2b, la rivabarina provoca un aumento en la respuesta sostenida de hasta un 31% en 24 semanas y un 38% en 48 semanas. En comparación a un 6% en 24 semanas y un 13% en 48 semanas con el uso de la terapia aislada (37). En pacientes con recurrencia también se ve una respuesta más alta que va de un 30 a 49%. Finalmente en paciente que no respondieron a tratamiento previo la respuesta sostenida fue de hasta un 14% luego de terapia combinada. (5,6).

Las tasas más altas de respuesta sostenida que se observan en la terapia combinada van directamente asociadas a un tratamiento más caro y con efectos adversos más frecuentes comparados a la monoterapia (37). Una disminución en los niveles de hemoglobina de entre 2 a 3 gramos por decilitro se observa frecuentemente, y hasta de 4 gramos por decilitro se observa en 10% de los pacientes (37). Esta anemia puede ser poco tolerada por pacientes con enfermedad cardíaca isquémica particularmente en los de edad avanzada. También se observa acumulación de metabolitos en pacientes con enfermedad renal avanzada (3,5,6,8,36,37).

Consensus interferón:

(IFN-alfacon-1) Es un compuesto sintético producido por ingeniería genética a través de la combinación de las secuencias más comunes de aminoácidos de los otros tipos de interferón (36). Guarda un 88% de similitud con el IFN-alfa y un 30% con el beta. Aunque tiene una mayor actividad antiviral, antiproliferativa, lítica y de inducción genética que los otros 2 tipos, en estudios iniciales usando la dosis recomendada de 9 microgramos la tasa de respuesta fue similar a la conseguida con monoterapia de IFN-alfa (37).

Mas recientemente usando dosis más altas de hasta 15 microgramos tres veces por semana se consiguieron resultados de la respuesta virológica sostenida de 13% en

pacientes que no respondieron a tratamientos previos y de 58% en recurrentes tratados durante 48 semanas (5).

PEG interferón:

Estudios farmacocinéticos sustentan el aumento en las dosis de IFN. La disminución inicial en suero de los niveles de HCV que se observan luego de una dosis única de IFN, refleja un efecto antiviral directo(37). Una limitación importante del efecto antiviral del IFN es la rápida disminución de los niveles circulantes de la droga en la dosis de tres veces por semana. La vida media corta de la droga y la rápida producción de los viriones de HCV disminuyen la eficacia de la terapia (37). En un esfuerzo por alcanzar niveles más estables y eficaces de la droga se han formulado los PEG-IFN. La producción de estos compuestos implica la adición de una forma no tóxica de larga respuesta utilizando el sistema en el que se añaden moléculas de glicol polietileno al IFN-alfa 2 a (36,37).

El tratamiento combinado de interferón y ribavirina un nucleótido análogo ha sido aprobado por la Federación Dental Americana (FDA) para el tratamiento de hepatitis C crónica (36,37). Los estudios de pacientes tratados con la combinación de interferón y ribavirina han demostrado un incremento sustancial y una respuesta sostenida que alcanza dentro del 40% y 50% comparado con la respuesta de 15 y 25% del interferón puro (5).

La mayor parte de pacientes recibiendo interferón experimentan síntomas parecidos a los de la gripe durante etapas tempranas pero disminuyen con el tratamiento continuo (8).

Otros efectos colaterales tardíos consisten en fatiga, supresión de la médula ósea, y efectos neuro psiquiátricos (apatía, cambios cognoscitivos, irritabilidad y depresión, disfunción tiroidea) la dosis de interferón tuvo que ser reducida en un 10 a 40% de los pacientes y discontinuada en un 5 a 15% debido a la severidad de los efectos colaterales (3,5,6,8,36).

La ribavirina provoca anemia hemolítica. La dosis recomendada de alfa interferón es de 3 millones u. subcutánea 3 veces por semana y ribavirina oral con 1000 o 1200 mg/día.

Otros tratamientos incluyendo corticoesteroides no han sido efectivos (3). Niveles altos de hierro en el hígado pueden interferir con la eficacia del interferón. (5)

Lamiduvina: es un inhibidor de la transcriptasa reversa está bajo investigación actualmente para el tratamiento de hepatitis B crónica (18). Resultados preliminares sugieren que esta droga es efectiva en pacientes que no han respondido el tratamiento con interferón (18). Existen otros nucleósidos y nucleótidos análogos que pueden inhibir la replicación del virus invitro e invivo, entre estos penciclovir, luvocavir, adefovir (18,28).

El trifosfato de lamivudina inhibe la prolongación de cadenas menores de ADN, mientras que el famciclovir actúa inhibiendo la reacción primaria (18,28).

PREVENCIÓN

Las pruebas clínicas para una vacuna contra hepatitis B derivada del plasma comenzaron en 1975 (15); en 1982 la Food and Drug administration aprobó la vacuna contra la hepatitis B (Heptavax), (14,15,25). La vacuna es una preparación de subunidades inactivas, derivadas del plasma, que contiene HbsAg. Se administran tres inyecciones intramusculares independientes de 20 ug, se aplican las primeras dosis con un mes de separación y la tercer se hace a los seis meses (0, 1y 6 meses) (4,14,15).

En 1987 entró al mercado estadounidense Recombivax HB (Merck Sharp & Dohme). Esta vacuna es una alternativa ante la otra derivada del plasma. La vacuna se diseña de tal forma que contenga 10 ug de proteína del HbsAg (15).

En Bélgica se produjo otra vacuna contra hepatitis B mediante la recombinación de ADN, Engerix-B (Smith Kline Beecham); se autorizó su empleo en los Estados Unidos en agosto de 1989 (15).

La inmunización posterior a la exposición con una combinación de globulinas inmune de la hepatitis B (IGHB) junto con vacuna de la hepatitis B puede resultar útil en algunas situaciones clínicas, como la inmunoprofilaxis de lactantes nacidos de madres con hepatitis

B aguda o crónica (4,14,15). También se puede utilizar IGHB en algún miembro del personal de salud que accidentalmente tenga contacto con HVB y se toma acción inmediata (15).

El riesgo de infección ocupacional por odontología es muy bajo(15). Sin embargo la falta de una vacuna efectiva, las altas tasas de infección crónica, y la limitada efectividad del tratamiento ponen en riesgo al personal odontológico que se expone al contacto con sangre en su práctica diaria (15). La prevención de la infección ocupacional se basa en las precauciones universales, incluyendo barreras de protección y el manejo cuidadoso de instrumentos afilados (15).

COMO TRATAR A PACIENTES CON HEPATITIS B Y C EN ODONTOLOGÍA

En los casos de hepatitis viral aguda, debe obrarse con cautela debido al riesgo de infección, por lo que estará indicado el manejo sintomatológico de urgencias dentales en lugar del tratamiento típico (10,19). En la fase preictérica, el paciente puede sólo presentar signos inespecíficos, lo que puede encubrir, al no haber cambios característicos bucales, el diagnóstico de hepatitis y exponer al dentista, a su personal y a otros pacientes a contagio por algún tipo de hepatitis viral (10,19).

Los pacientes con el virus de la hepatitis B tienen doble importancia en odontología, por un lado los hepatocitos están siendo destruidos y el paciente puede presentar diferentes estadios de disfunción hepática (intolerancia a fármacos, sangrado, etc.), por el otro, la agresividad infectante es mayor que en el estado de portador crónico (10).

Un paciente con antecedentes de algún tipo de hepatitis viral, particularmente la de tipo B, obliga al clínico dental a indagar sobre tres aspectos fundamentales: a) confirmación del diagnóstico, b) daño hepático acumulado (estado funcional hepático, metabólico y hemostático), c) potencial infectante. En la mayor parte de los casos no quedarán secuelas hepáticas de repercusión odontológica, sin embargo es conveniente confirmar que no existe

daño remanente, que afecte la capacidad metabólica o de coagulación, que la hepatitis se vuelva crónica (10,31).

La disfunción hepática, cualquiera que sea su origen, suele llevar a eventos hemorrágicos espontáneos o provocados. La depresión en el plasma de factores de la coagulación y la consecuente prolongación del tiempo de protrombina y tromboplastina parcial. El propio hígado no es capaz de sintetizar proteínas (factores de coagulación); por otro lado carencia de vitamina K, la cual es indispensable para la síntesis de los factores de coagulación (10,31). En la disfunción hepática, por tanto, pueden observarse sangrado gingival espontáneo, aparición de hematomas postquirúrgicos o sangrado franco, o ambos (3,10,31).

Manifestaciones bucales:

En un estudio sobre problemas orales asociados a hepatitis C, (Coates et al.) el estudio evalúa el estado periodontal de pacientes infectados, utilizando 2 índices epidemiológicos (CPO y ICNTP). Respecto al CPO, el número de piezas cariadas y ausentes fue mayor en pacientes infectados. No se encontraron diferencias significativas en el índice periodontal, sin embargo hubo una marcada tendencia en el grupo enfermo a presentar pobre salud periodontal. El flujo salival se redujo en un 50% (11).

La infección por el HCV no solo causa enfermedad hepática crónica sino también tiene manifestaciones extra orales como liquen plano y cáncer oral (40). Con el objetivo de establecer una relación directa entre estas entidades y el virus, se investigó la detección de cadenas de ARN en el suero de tejido con liquen plano y cáncer oral. Los resultados indicaron que el virus persiste y se replica en ambas lesiones. A pesar que se ha demostrado la presencia del virus de la hepatitis C en estas lesiones, no se ha podido demostrar que el virus de la hepatitis C sea el agente causal o si está relacionado con la patogenia de la enfermedad.(11,27,32,34,40,46).

En búsqueda de una posible fuente del virus de la hepatitis C en la saliva y el líquido crevicular se evaluaron pacientes infectados en parámetros clínicos, bioquímicos,

histológicos, virales e indicadores de salud oral (38). Los resultados sugieren que luego de la sangre la fuente más probable del virus en saliva es el líquido crevicular. Existen mecanismos endógenos en la cavidad oral que explicarían la inhibición del virus y las discrepancias en los niveles entre saliva y líquido crevicular.(38).

CONSIDERACIONES FARMACOLÓGICAS

En pacientes con disfunción hepática de cualquier origen, deben tenerse en cuenta una serie de precauciones para la prescripción medicamentosa ya que:

- Existen drogas que dañan el hepatocito o alteran la formación y secreción biliar o ambos.
- El metabolismo hepático de productos farmacológicos puede verse alterados, obligando a modificar dosis o buscar sustituciones.
- La albúmina, que es un transportador sérico de sustancias cambia generalmente su concentración, y con ello la dosificación típica de un fármaco que dependiera de la albúmina para su transportación.
- El tubo digestivo del paciente está afectado, teniendo propensión hemorrágica varicosa, debiéndose evitar fármacos irritantes a la mucosa gástrica. Por otro puede presentar anomalías absortivas si la secreción biliar se ha afectado; en tal caso se deben elegir vías distintas de administración en particular cuando se trata de un producto lipóide, como es el caso de vitamina K (10,29).

Acetaminofén: Puede producir necrosis hepática masiva a dosis mayores de 10 gramos diarios.

Salicilatos: Daña cuando excede concentraciones sanguíneas mayores a 25 mg/ml en el suero. Debe considerarse el efecto antiplaquetario.

Tetraciclinas: Produce esteatosis (degeneración grasa del hepatocito) (10).

La penicilina, sulfonamidas, fenilbutazona y benzodiacepinas son fármacos empleados en la clínica dental que deben prescribirse con cautela pues producen daño hepático. Los anestésicos locales del tipo de lidocaína y mepivacaína, tienen poco efecto sobre el hígado,

a pesar de ser metabolizados por este órgano (10). Cualquier paciente en estado agudo es infeccioso; puede ser foco de infección directa o cruzada para el cirujano dentista, personal auxiliar y otros pacientes (6,10).

RIESGOS PARA EL PERSONAL DE SALUD

Los trabajadores de Salud expuestos con frecuencia a sangre, tejidos y líquidos corporales tienen mayor riesgo de padecer hepatitis viral. El riesgo de infección para éstas personas es de 2 a 10 veces mayor que la población en general (21,26). La fuente más importante de contaminación son los portadores de HbsAg asintomáticos, porque no presentan signos clínicos identificables (14,15).

Aproximadamente 15% de los trabajadores de la salud tienen uno o más marcadores serológicos de infección con HVB, y 1% son HbsAg positivos (14). El riesgo aumenta para los cirujanos, anatomopatólogos y técnicos de laboratorio que manejen muestras de sangre, técnicos que extraen sangre y colocan cánulas intravenosas, personal de hemodiálisis y quienes llevan a cabo intervenciones invasoras (15).

Según algunos estudios efectuados, los odontólogos y miembros del personal odontológico se encuentran cerca de los primeros lugares dentro de los grupos de alto riesgo. Se ha reportado que este grupo tiene un riesgo 3 veces mayor de infección por HVB que la población general, en tanto que los especialistas quirúrgicos no inmunizados poseen un riesgo 6 veces mayor (15).

En la práctica dental, la transmisión de hepatitis B puede ocurrir de las siguientes formas: inoculación de la superficie tegumentaria con instrumentos contaminados, transferencia de la infección con suero o plasma con aguja percutánea, contacto directo con aerosoles de sangre, suero, saliva o transferencia indirecta de suero o plasma infectado de vectores de superficies inanimadas(41).

Debe hacerse notar que dentro de la boca, el contacto con sangre y fluido crevicular es el mayor riesgo para el odontólogo. La mayor concentración del virus se presenta en el surco gingival (4,38,41).

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE PACIENTES INFECTOCONTAGIOSOS

Medidas antes y durante el tratamiento:

- Es preferible estar inmunizado y usar ropa de tipo quirúrgico desechable.
- Escoger horarios de poca actividad en el consultorio o restringir la actividad clínica en él.
- Restringir el área de trabajo, preparando anticipadamente lo requerido para el acto operatorio: instrumental, material y equipo, elementos de limpieza y desinfección, técnicas de barrera.
- Extremar técnicas de barrera en pacientes, operadores y área operatoria, emplear la mayor cantidad de instrumental desechable.
- Programar el mayor número de procedimientos posibles por sesión. Reducir al máximo el número de sesiones de tratamiento.
- Uso de succión quirúrgica, dique de hule, o ambos.
- Preparar gasas y toallas humedecidas con material desinfectante para la limpieza.
- Evitar autopunciones y daño tisular.

Medidas después del tratamiento:

- Colocar un una bolsa identificable (doble bolsa), todo el material desechable. Usar contenedores rígidos para desechar instrumentos punzocortantes.
- Entregar la bolsa a un centro autorizado para su incineración. Esterilice contenedores rígidos en autoclave antes de disponer de ellos.
- Sumergir el instrumental utilizado en glutaraldehído, luego limpiar y esterilizar.
- Desinfectar el área operatoria: pisos, mobiliario.
- Las manos deben de estar protegidas con guantes, preferentemente de uso pesado para la ejecución de las tareas anteriores. Finalmente las manos deben desinfectarse con jabones a base de clorhexidina u otro desinfectante potente.

(10).

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo observacional.

SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO

LA POBLACIÓN OBJETIVO ES:

1. Los estudiantes de cuarto año y quinto año.
2. Profesionales Odontólogos

POBLACIÓN A INCLUIR EN EL ESTUDIO ES:

1. Los estudiantes de cuarto año, quinto año y quinto año pendientes de requisitos clínicos, inscritos en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos, según el registro de control académico del año 2001.
2. Los odontólogos colegiados inscritos en el Colegio Estomatológico que laboran en la ciudad capital, según listado hasta el mes de agosto del año 2001.

Habiendo: 156 estudiantes en cuarto año.

145 estudiantes en quinto año

177 estudiantes pendientes de requisitos clínicos

1337 colegiados en la ciudad capital

MUESTREO:

El sistema de muestreo que se utilizó fue de tipo aleatorio simple probabilístico, para que todo elemento del universo (población) pudiera ser incluido. Se llevó a cabo de la siguiente

manera: se dividió a los grupos en estudio por estratos, en el que el primero lo conformó el grupo de estudiantes de cuarto año, quinto año y quinto año PRC, el segundo lo conformó los profesionales colegiados de la ciudad capital inscritos en el Colegio Estomatológico, el cual se dividió por zonas. Luego se hizo un muestreo aleatorio simple para cada uno de los estratos en estudio, quedando distribuidos 74 estudiantes de cuarto año, 68 de quinto año, 74 estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos y 291 odontólogos colegiados de la ciudad capital.

Para la obtención de la muestra se utilizó la fórmula:

$$N = \frac{N P Q}{2 (N-1) (LE)^2 / 4 + PQ}$$

Utilizando un margen de error de 0.05 y una confiabilidad de 95%.

CRITERIOS DE INCLUSION

Todos los estudiantes de cuarto año, quinto año y quinto año pendientes de requisitos clínicos, que se encuentran inscritos en el año lectivo 2001 según listado proporcionado por registro y estadística de la facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos. Todos los odontólogos colegiados que laboren en la ciudad capital inscritos en el Colegio Estomatológico.

RECURSOS FÍSICOS

- Computadora
- Ambiente de trabajo
- Fotocopiadora
- Instalaciones de la Universidad de San Carlos

RECURSOS HUMANOS

- Alumnos evaluados
- Odontólogos evaluados
- Asesores de investigación
- Encuestadores

INSTRUMENTO (ver anexo 1)

El instrumento a utilizar es un cuestionario, se construyó una tabla de "Desarrollo de Items", una tabla de especificaciones y luego se aplicó la técnica de Delphi para el desarrollo del cuestionario, la que tiene por objetivo lograr una respuesta de consenso de un grupo de expertos que son consultados independientemente para lograr la confiabilidad y validez del instrumento recolector de datos.

Se utilizó escalas de tipo nominal en el instrumento recolector de datos.

El instrumento recolector de datos se administró a los estratos en estudio para la recopilación de la información.

Escala valorativa utilizada:

Respuestas en porcentajes	Nivel de conocimiento
0% - 33%	Inaceptable
33.4% - 66.6%	Medianamente aceptable
66.7% - 100%	Aceptable

PROCEDIMIENTO

El instrumento recolector de datos (cuestionario) se distribuyó a los dos estratos en estudio, de la siguiente manera:

- A los estudiantes de cuarto año y quinto año se les aplicó un muestreo aleatorio simple, distribuyendo el instrumento recolector de datos en los respectivos salones de clases, en los laboratorios y en las clínicas de la de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos, previo a la autorización de los docentes.

- En los estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos se les aplicó un muestreo aleatorio simple, distribuyendo el instrumento recolector de datos en las clínicas de la Facultad de Odontología, el día de práctica clínica, de acuerdo al horario establecido por Dirección de Clínicas, luego que terminaban su trabajo en la clínica.
- A los odontólogos colegiados inscritos en el Colegio Estomatológico que laboran en la ciudad capital según listado, se distribuyó por zonas y se les aplicó un muestreo aleatorio simple, distribuyendo el instrumento recolector de datos en sus lugares de trabajo, entregándolo personalmente o dejando el cuestionario cuando el entrevistado no contaba con el tiempo suficiente para contestar el cuestionario en ese momento.
- Se recolectó la información y se tabularon los datos.
- En base al análisis de los resultados se obtuvieron cuadros, gráficas y porcentajes.
- Se realizaron conclusiones y se emitieron recomendaciones.

INTERPRETACION DE RESULTADOS

CUADRO NO. 1

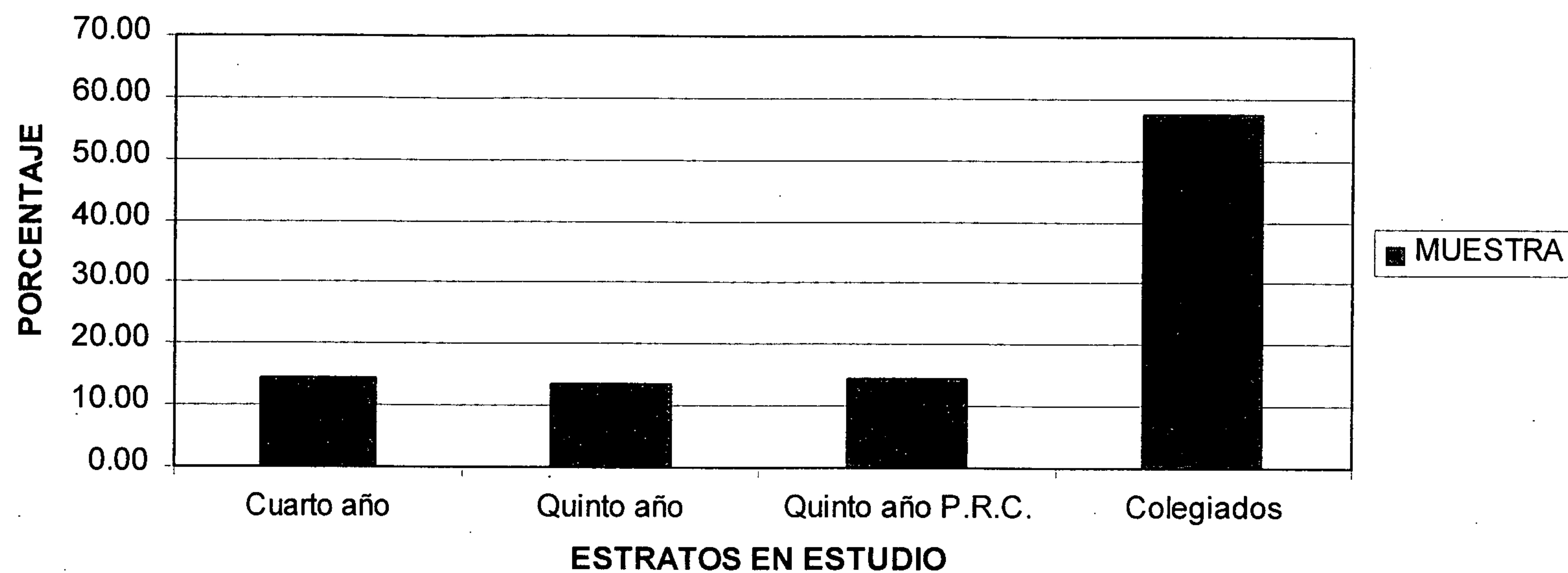
Distribución de la muestra encuestada.

POBLACION	MUESTRA	
	#	%
Cuarto año	74	14.60
Quinto año	68	13.41
Quinto año P.R.C.	74	14.60
Colegiados	291	57.40
TOTALES	507	100.00

ANALISIS E INTERPRETACION

Del 100% encuestado (507) un 16.60% corresponde a estudiantes de cuarto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 13.41% a estudiantes de quinto año, 16.60% a estudiantes de quinto año pendiente de requisitos clínicos y un 57.40% a odontólogos colegiados de la ciudad capital. Los porcentajes no son equitativos debido a cada población y al tipo de muestreo realizado.

GRAFICA NO. 1



CUADRO # 2

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

¿Está usted vacunado contra Hepatitis B? ¿Hace cuánto tiempo?

RESPUESTAS

	Menos de un año		de 1 a 2 años		de 3 a 4 años		hace más tiempo		no se vacunó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	30	10.31%	82	28.18%	110	37.80%	30	10.31%	39	13.40%
5to	7	10.29%	26	38.24%	13	19.12%	1	1.47%	21	30.88%
4to	40	54.05%	25	33.78%	4	5.41%	3	4.05%	2	2.70%
PRC	6	8.11%	17	22.97%	20	27.03%	2	2.70%	29	39.29%
totales	83	20.69%	150	30.79%	147	22.34%	36	18.53%	91	21.56%

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta: ¿Está usted vacunado contra hepatitis B? Si su respuesta fue sí, ¿Hace cuánto cuánto tiempo se vacunó?

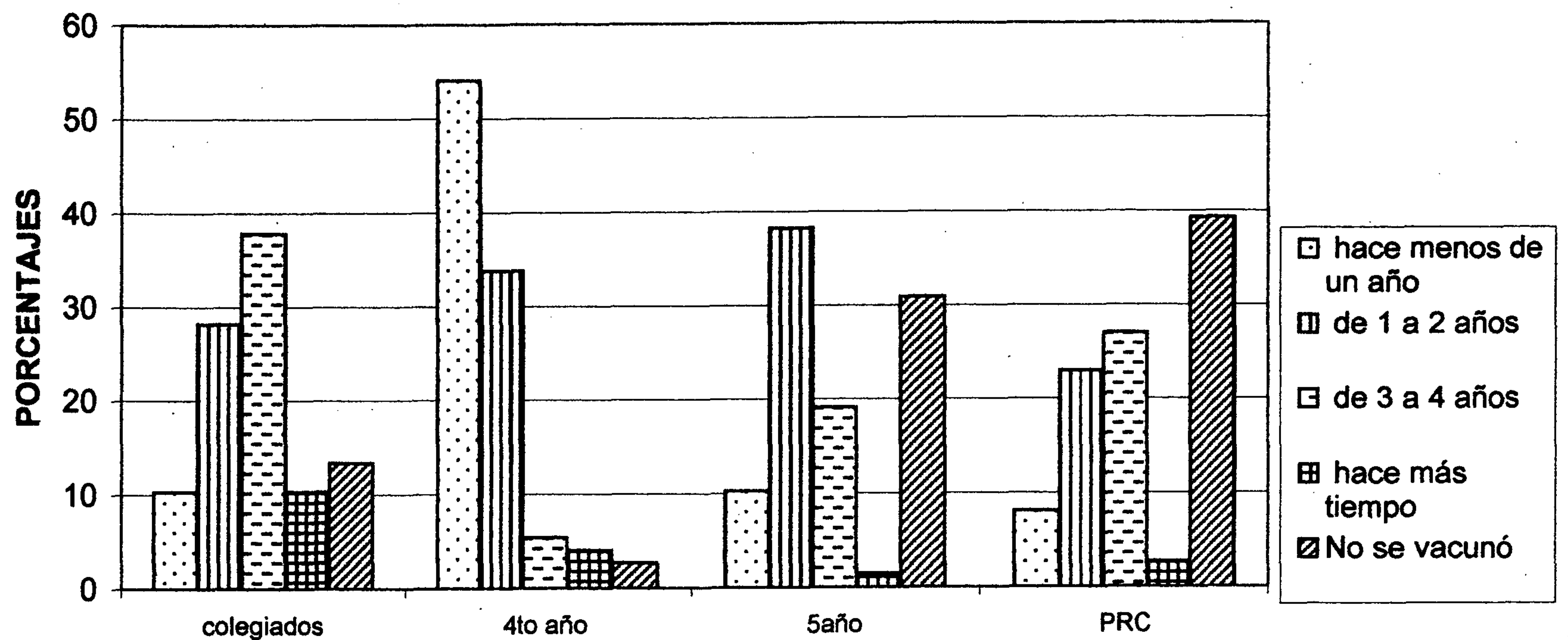
Se encontró que:

Es estrato de estudiantes de cuarto año es el que mayoritariamente contestó que está vacunado siendo un 97.29%, vacunándose el mayor porcentaje hace menos de un año. El estrato que muestra el porcentaje más bajo de vacunación fue el estrato de colegiados estando vacunado solamente un 86.6%. Del estrato de quinto año está vacunado un 69.12% y del estrato de quinto año, pendientes de requisitos clínicos, está vacunado un 60.81%.

Del total de encuestados un 30.79% respondió que se vacunó de 1 a 2 años. El resultado de esta pregunta en todos los estratos fue bastante bueno. Solamente un 21.56% respondió que no se ha vacunado.

Fuente: Instrumento recolector de datos

GRAFICA # 2



Fuente: Instrumento recolector de datos

CUADRO # 3

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

¿Conoce cuál es el esquema de vacunación de la hepatitis B? Respuesta correcta: 0.1.6

RESPUESTAS

	0.1.6.		0.2.5.		0.2.6.		no contestó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	216	74.23%	25	8.59%	32	11.00%	18	6.19%
5to	51	75%	3	4.41%	5	7.35%	9	13.24%
4to	63	85.14%	3	4.05%	4	5.41%	4	5.41%
PRC	50	67.57%	4	5.41%	10	13.51%	10	13.51%
totales	380	75.48%	35	5.62%	51	9.31%	41	9.58%

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

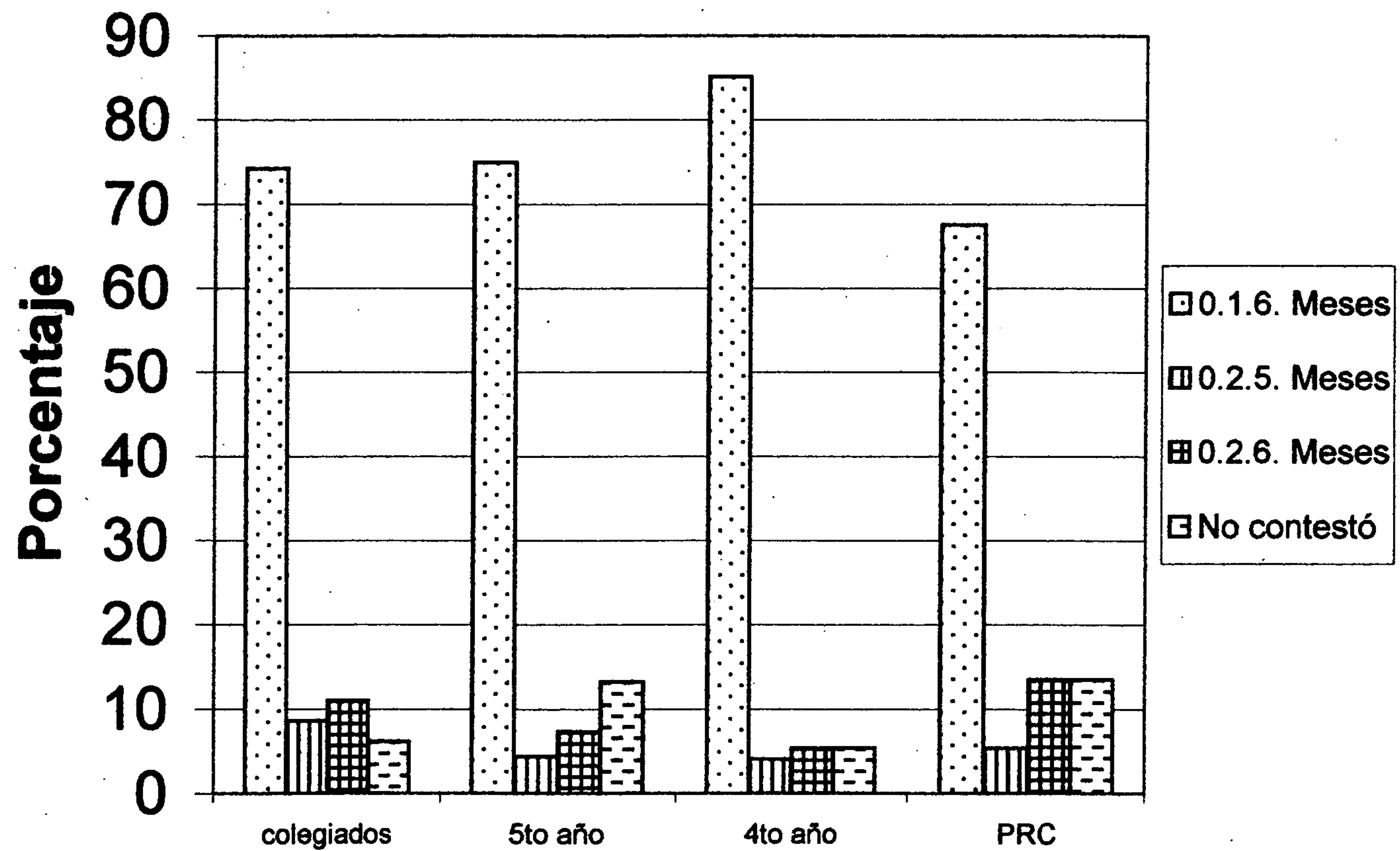
Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta: ¿Conoce cuál es el esquema de vacunación de la hepatitis B?

Se encontró que:

El estrato de cuarto año fue el que mayoritariamente respondió de manera correcta con un 85.14%, mientras que el que menos respondió correctamente fue el de estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos con un 67.57%.

Del total de encuestados un 75.48% respondió correctamente a la pregunta siendo la respuesta la primera dosis (0), la segunda dosis a los dos meses y la tercera dosis a los seis meses (0.1.6.), un 9.58% no la respondió.

GRAFICA # 3



Fuente: Instrumento recolector de datos.

CUADRO # 4

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

¿Conoce qué marcadores serológicos específicos se utilizan para la detección de infección con hepatitis B?

Respuesta correcta: HbsAg

RESPUESTAS

	HbsAg		Leucocitosis		CD4		no contestó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	155	53.26%	55	18.90%	17	5.84%	64	21.99%
5to	54	79.91%	3	4.41%	1	1.47%	10	14.71%
4to	66	89.19%	2	2.70%	1	1.35%	5	6.76%
PRC	52	70.27%	7	9.46%	2	2.70%	13	17.57%
totales	327	73.15%	67	8.86%	21	2.84%	92	15.26%

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

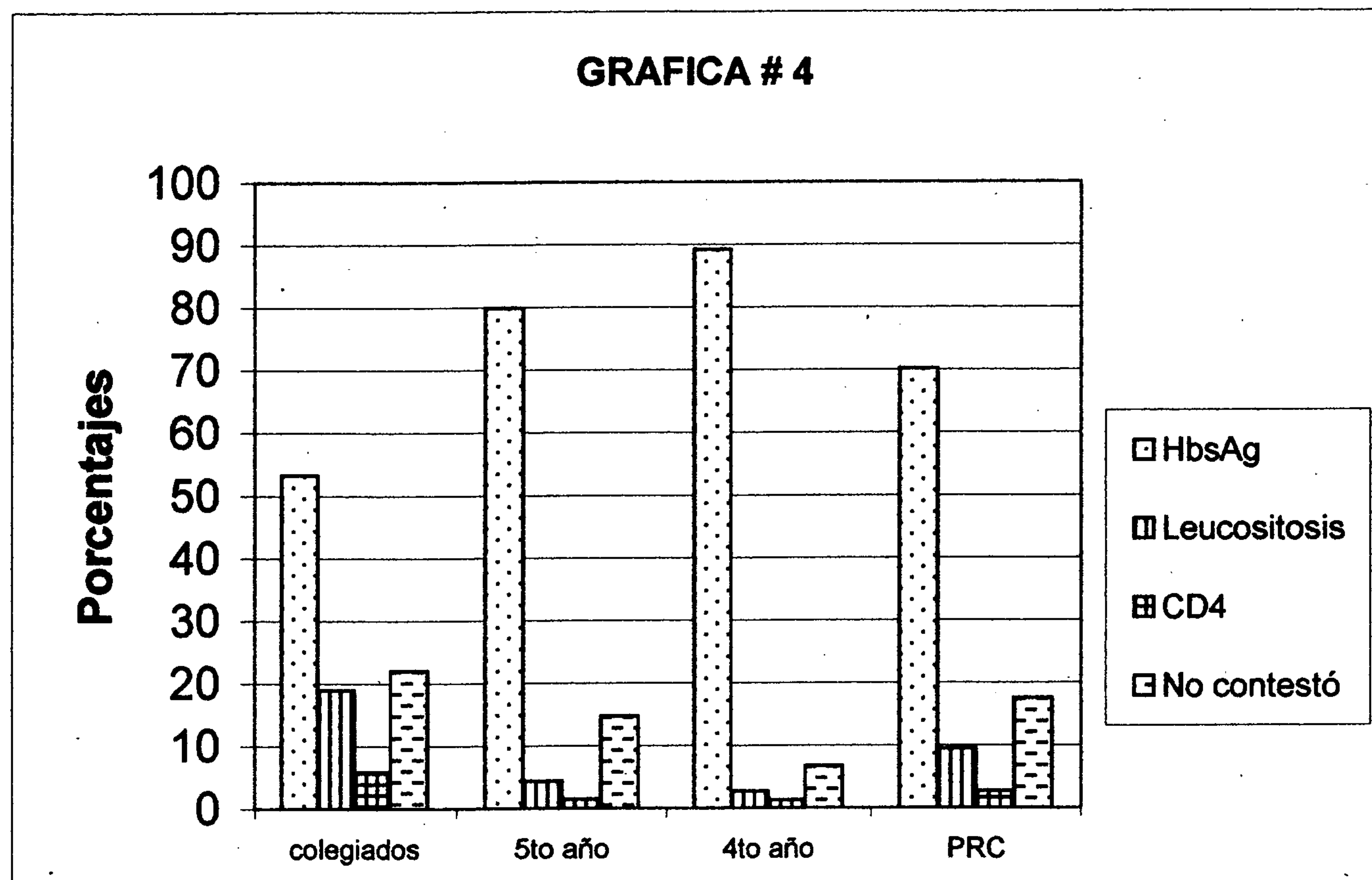
Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta: ¿Conoce qué marcadores serológicos específicos se utilizan para la detección de infección con hepatitis B?

Se encontró que:

Es estrato de cuarto año fue el que mayoritariamente respondió de manera correcta con un 89.19%, mientras que el que menos respondió correctamente fue el estrato de colegiados con un 53.26%.

Del total de encuestados un 73.15% respondió correctamente a la pregunta siendo la respuesta HbsAg.

Un 15.26% no la respondió.



Fuente: Instrumento recolector de datos.

CUADRO # 5

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

¿Qué pruebas son utilizadas para diagnosticar hepatitis B, C? Respuesta correcta: Elisa, RIBA

RESPUESTAS

	Elisa, inmunoblot		Elisa, RIBA		Recuento Leucocítico		no contestó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	63	21.65%	73	25.09%	80	27.49%	75	25.77%
5to	18	26.47%	11	16.18%	22	32.35%	17	25.00%
4to	26	35.14%	8	10.81%	30	40.54%	10	13.51%
PRC	15	20.27%	12	16.22%	28	37.84%	19	25.68%
totales	122	25.88%	104	17.07%	160	34.55%	121	22.49%

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

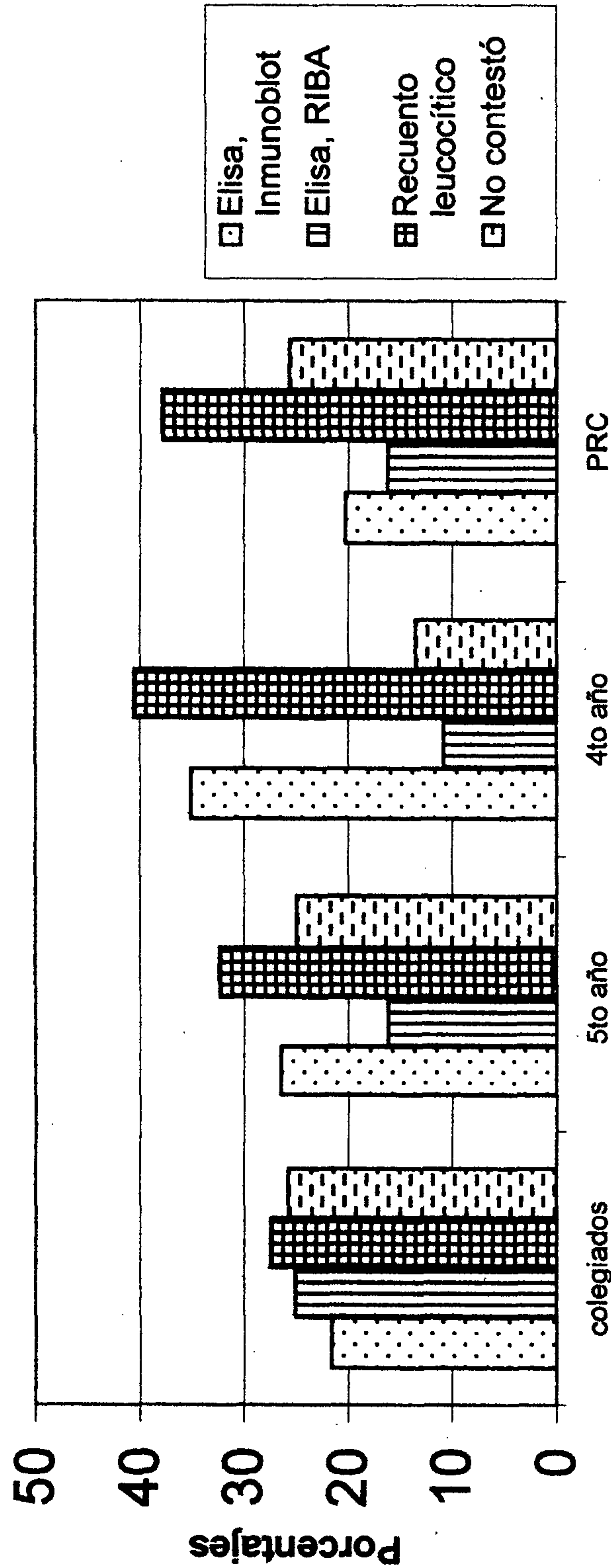
Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta: ¿Qué pruebas son utilizadas para diagnosticar hepatitis B, C?

Se encontró que:

El estrato de colegiados fue el que mayoritariamente respondió de manera correcta con un 25.09%, mientras que el que menos respondió correctamente fue el estrato de cuarto año con un 10.81%.

Del total de encuestados un 17.07% respondió correctamente a la pregunta siendo la respuesta: Elisa, RIBA. El resultado correcto a esta pregunta fue bastante bajo. Un 22.49% no la respondió.

GRAFICA # 5



Fuente: Instrumento recolector de datos.

CUADRO # 6

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

¿Conoce qué medicamentos recibe un paciente con hepatitis B, C en casos avanzados?

Respuesta correcta: Interferón

RESPUESTAS

	Antivirales		Interferón		Esteroides		no contestó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	58	19.93%	124	42.61%	37	12.71%	72	24.74%
5to	16	23.53%	19	27.94%	13	19.12%	20	29.41%
4to	32	43.24%	10	13.51%	20	27.03%	12	16.22%
PRC	23	43.24%	22	29.73%	14	18.92%	15	20.27%
totales	129	32.48%	175	28.44%	84	19.44%	119	22.66%

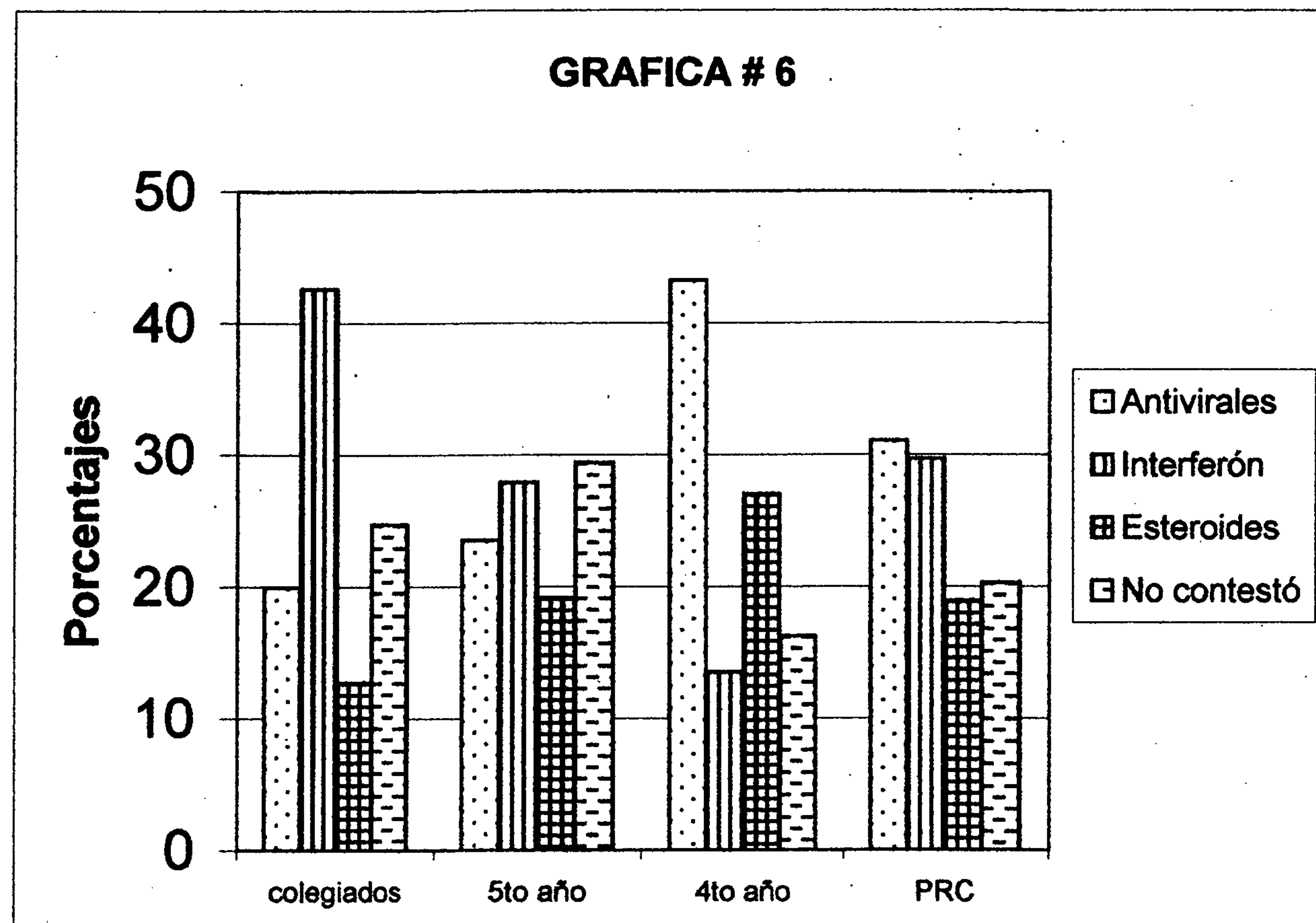
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta: ¿Conoce qué medicamento recibe un paciente con hepatitis B, C en estado avanzado?

Se encontró que:

El estrato de colegiados fue el que mayoritariamente respondió de manera correcta con un 42.61%, mientras que el que menos respondió correctamente fue el estrato de cuarto año con un 13.51%.

Del total de encuestados un 28.44% respondió correctamente a la pregunta siendo la respuesta correcta Interferón. El resultado correcto a esta pregunta fue bastante bajo. Un 22.66% no la respondió.



Fuente: Instrumento recolector de datos.

CUADRO # 7

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

¿Qué efectos colaterales produce este medicamento? Respuesta correcta: Supresión médula ósea.

RESPUESTAS

	Hipertensión		Supresión médula o.		Aumento de peso		no contestó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	26	8.93%	109	37.46%	35	12.03%	121	41.58%
5to	9	13.24%	23	33.82%	9	13.24%	27	39.71%
4to	22	29.73%	15	20.27%	18	24.32%	19	25.68%
PRC	11	14.86%	16	21.62%	12	16.22%	35	47.30%
totales	68	16.69%	163	28.29%	74	16.45%	202	38.56%

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

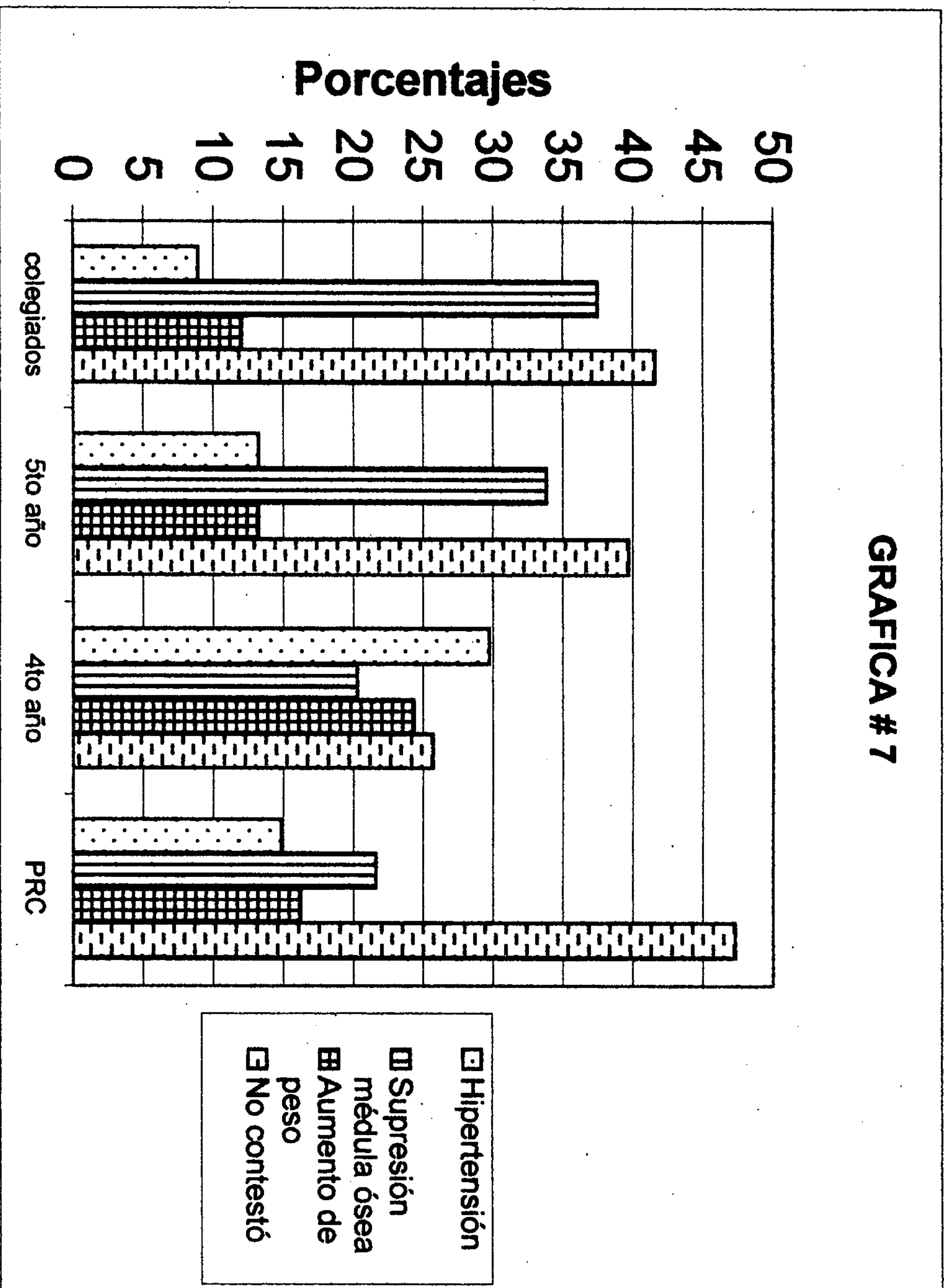
Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta: ¿Qué efectos colaterales produce este medicamento?

Se encontró que:

El estrato de colegiados fue el que mayoritariamente respondió de manera correcta con un 37.46%, mientras que el que menos respondió correctamente fue el estrato de cuarto año con un 20.27%.

Del total de encuestados un 28.29% respondió correctamente a la pregunta siendo la respuesta correcta supresión de médula ósea. El resultado correcto a esta pregunta fue bastante bajo. Un 38.56% no la respondió.

GRAFICA # 7



Fuente: Instrumento recolector de datos.

CUADRO # 8

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

¿Conoce cuánto tiempo puede permanecer el virus de la hepatitis activo en el medio ambiente?

Respuesta correcta: de 3 a 4 semanas

RESPUESTAS

	De 1 a 2 horas		De 3 a 4 semanas		Un minuto		no contestó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	71	24.40%	129	44.33%	33	11.34%	58	19.93%
5to	13	19.12%	41	60.29%	2	2.94%	12	17.65%
4to	23	31.08%	33	44.59%	14	18.92%	4	5.41%
PRC	16	21.62%	43	58.11%	4	5.41%	11	14.86%
totales	123	24.05%	246	51.83%	53	9.65%	85	14.46%

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

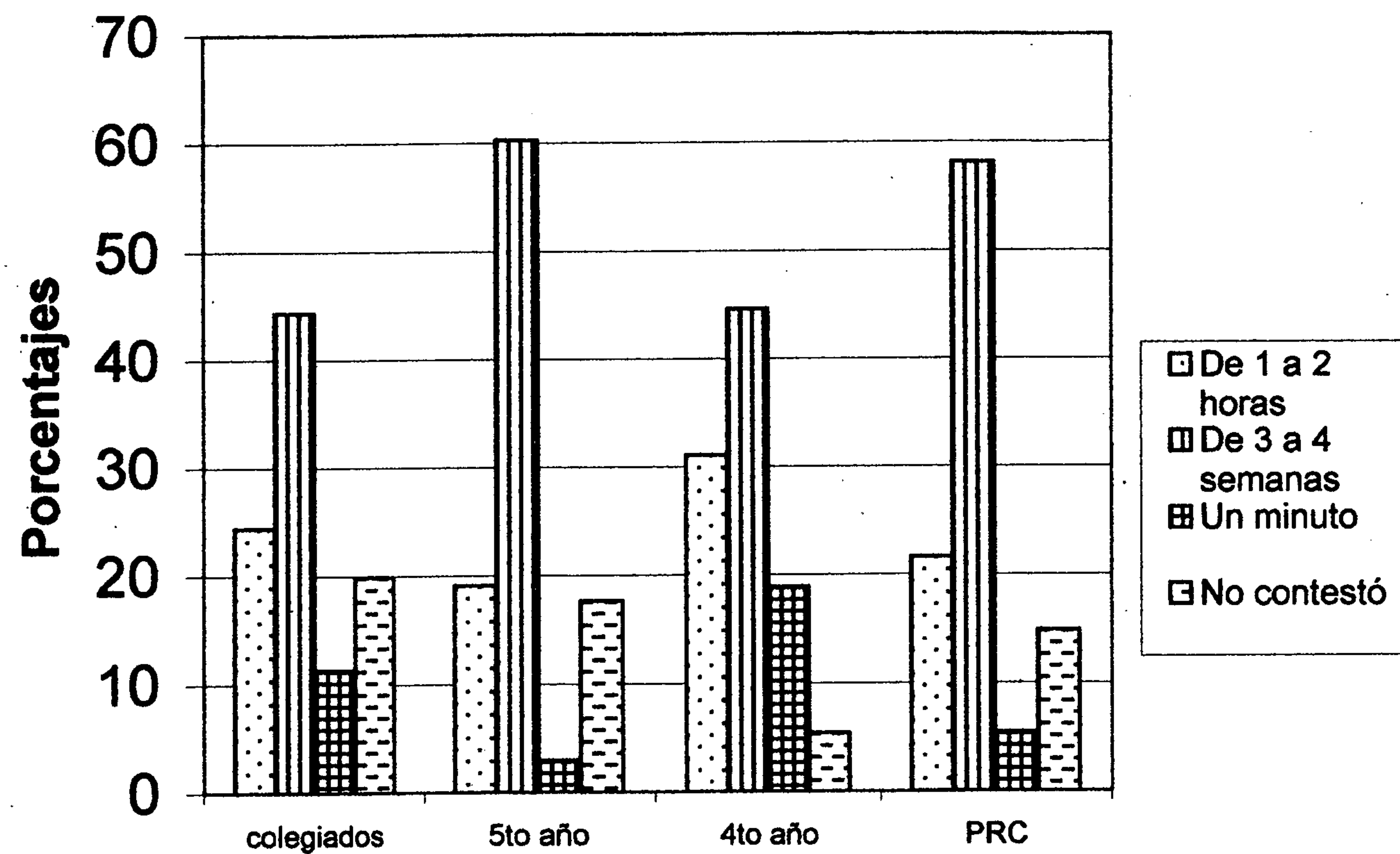
Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta: ¿Conoce cuánto tiempo puede permanecer el virus de la hepatitis B activo en el medio ambiente?

Se encontró que:

El estrato de estudiantes de quinto año fue el que mayoritariamente respondió de manera correcta con un 60.29%, mientras que el que menos respondió correctamente fue el estrato de colegiados con un 44.33%.

Del total de encuestados un 51.83% respondió correctamente a la pregunta, siendo la respuesta correcta de 3 a 4 semanas. Un 14.46% no la respondió.

GRAFICA # 8



Fuente: Instrumento recolector de datos.

CUADRO # 9

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

El virus de la hepatitis B y C puede ser inactivado por: Respuesta correcta: Glutaraldehido al 2%

RESPUESTAS

	Alcohol al 30%		Glutaraldehido al 2%		Radiación UV		no contestó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	9	3.09%	161	55.33%	49	16.84%	72	24.74%
5to	3	4.41%	34	50.00%	17	25.00%	14	20.59%
4to	5	6.76%	22	29.73%	39	52.70%	8	10.81%
PRC	3	4.05%	32	43.24%	25	33.78%	14	18.92%
totales	20	4.57%	249	44.57%	130	32.08%	108	18.76%

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

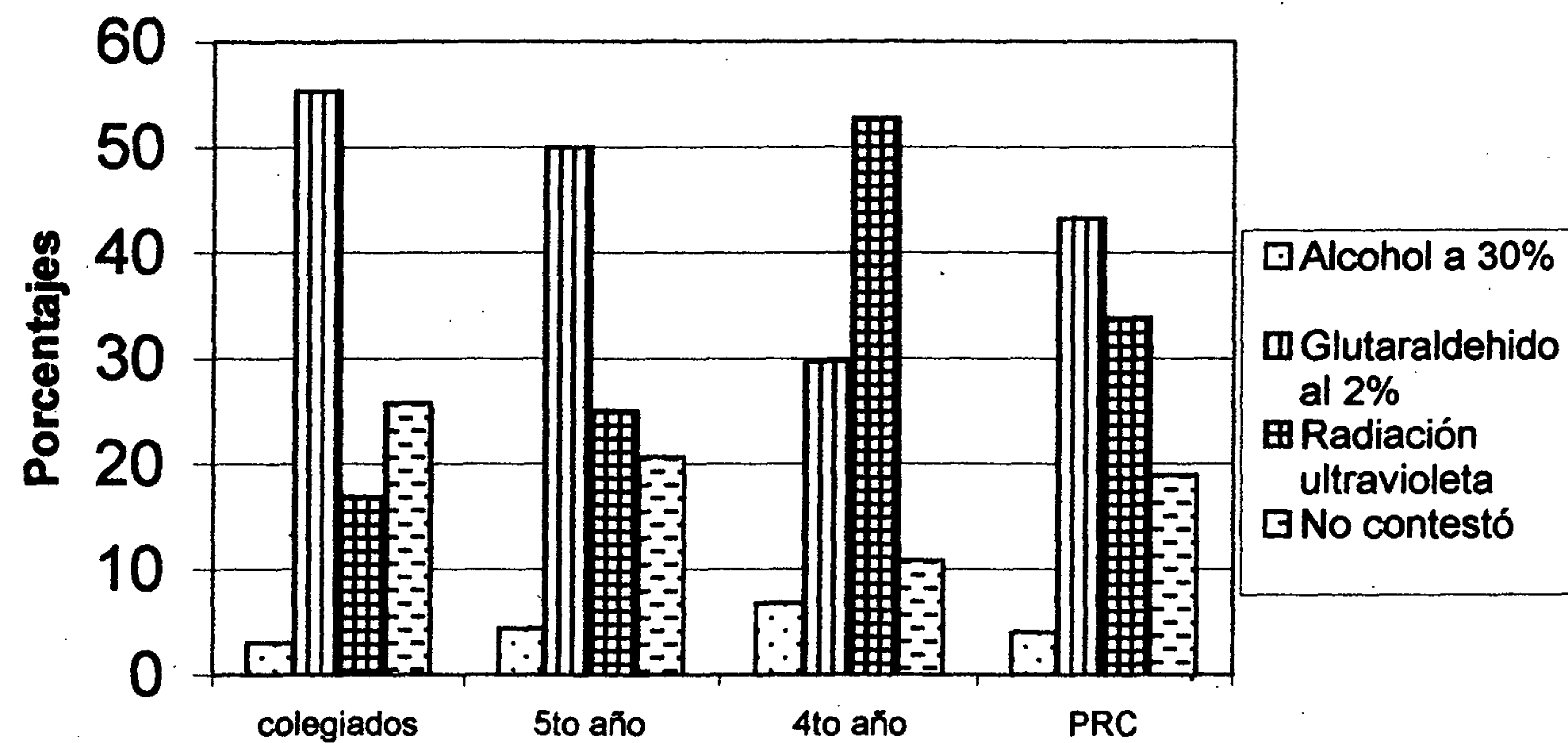
Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta: El virus de la hepatitis B y C puede ser inactivado por:

Se encontró que:

El estrato de colegiados fue el que mayoritariamente respondió de manera correcta con un 55.33%, mientras que el que menos respondió correctamente fue el estrato de estudiantes de cuarto año con un 29.73%.

Del total de encuestados un 44.57% respondió correctamente a la pregunta siendo la respuesta correcta glutaraldehido al 2%. Un 18.75% no respondió.

GRAFICA # 9



CUADRO # 10

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

En un paciente con daño hepático las características clínicas más comunes en cavidad bucal pueden ser:

Respuesta correcta: Sangrado gingival espontáneo

RESPUESTAS

	Leucoplasia		Sangrado gingival E.		Xerostomía		no contestó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	41	14.09%	133	45.70%	39	13.40%	78	26.80%
5to	14	20.59%	23	33.82%	17	25.00%	14	20.59%
4to	9	12.16%	41	55.41%	22	29.73%	2	2.70%
PRC	16	21.62%	23	31.08%	17	22.97%	18	24.32%
totales	80	17.11%	220	41.50%	95	22.77%	112	18.60%

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta: En un paciente con daño hepático las características clínicas más comunes en cavidad bucal pueden ser:

Se encontró que:

El estrato de estudiantes de cuarto año fue el que mayoritariamente respondió de manera correcta con un 55.41%, mientras que el que menos respondió correctamente fue el estrato de estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos con un 31.08%.

Del total de encuestados un 41.50% respondió correctamente a la pregunta, siendo la respuesta correcta sangrado gingival espontáneo. Un 18.60% no respondió.

CUADRO # 11

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

Dentro de los antibióticos que están contraindicados en pacientes con daño hepático están:

Respuesta correcta: Tetraciclina

RESPUESTAS

	Penicilina		Tetraciclina		Eritromicina		no contestó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	37	12.71%	120	41.24%	54	18.56%	80	27.49%
5to	6	8.82%	30	44.12%	17	25.00%	15	22.06%
4to	28	37.84%	17	22.97%	17	22.97%	12	16.32%
PRC	10	14.71%	32	47.06%	15	22.06%	11	16.18%
totales	81	18.52%	199	38.84%	103	22.14%	118	20.51%

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta: Dentro de los antibióticos que están contraindicados en pacientes con daño hepático están:

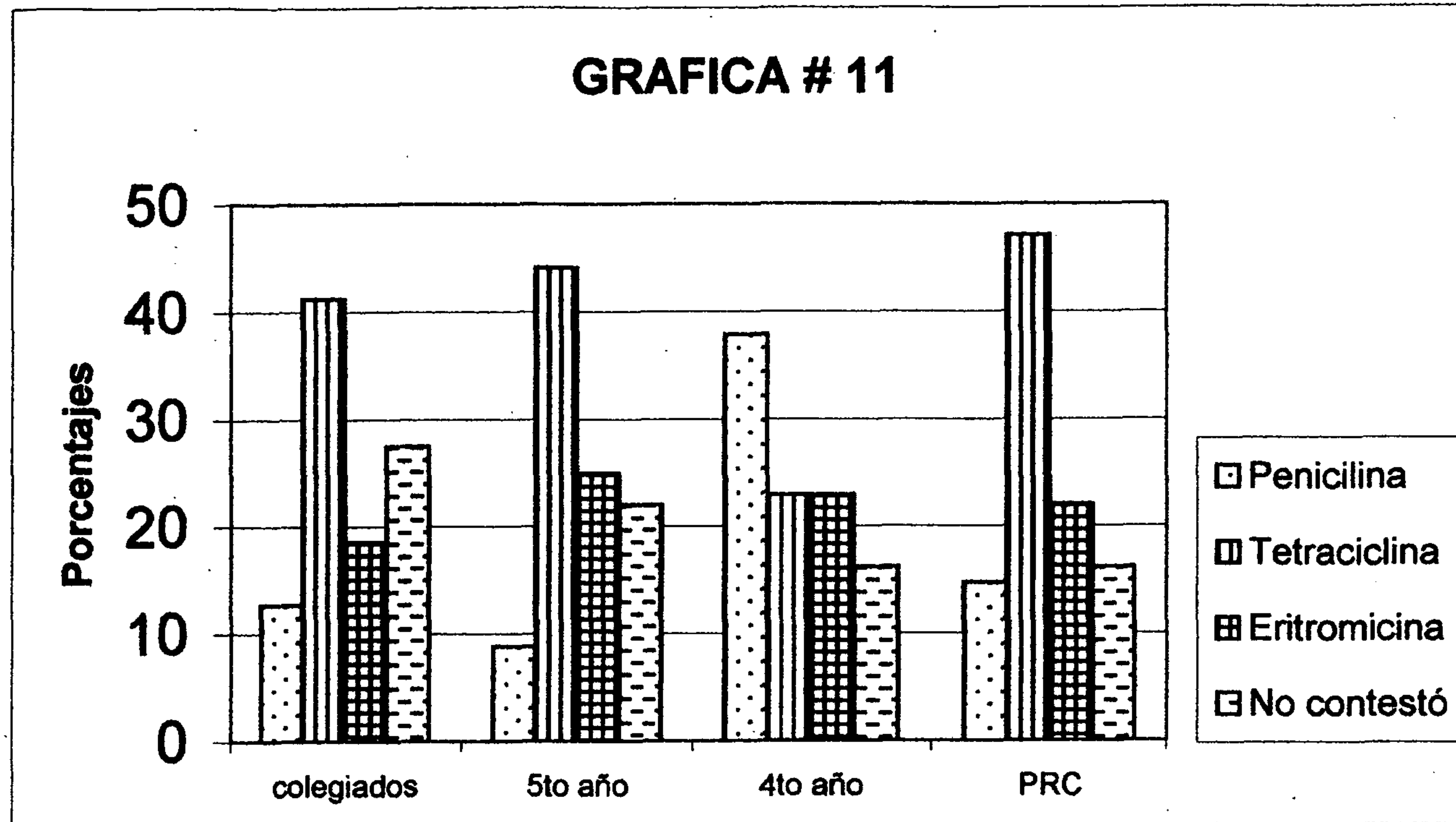
Se encontró que:

El estrato de estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos fue el que mayoritariamente respondió de manera correcta con un 47.06%, mientras que el que menos respondió correctamente fue el estrato de estudiantes de cuarto año con un 22.97%.

Del total de encuestados un 38.84% respondió correctamente a la pregunta, siendo la respuesta correcta tetraciclina. Un 20.51% no respondió.

Fuente: Instrumento recolector de datos

GRAFICA # 11



CUADRO # 12

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

El virus de la hepatitis C pertenece a la familia de: Respuesta correcta: Flaviridae

RESPUESTAS

	Hepadnavirus		Picornavirus		Flaviridae		no contestó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	106	36.43%	35	12.03%	18	6.19%	132	45.36%
5to	32	47.06%	16	23.53%	5	7.35%	15	22.06%
4to	52	70.27%	13	17.57%	1	1.35%	8	10.81%
PRC	41	55.41%	14	18.92%	4	5.41%	15	20.27%
totales	231	52.29%	78	18.01%	28	5.07%	170	24.62%

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

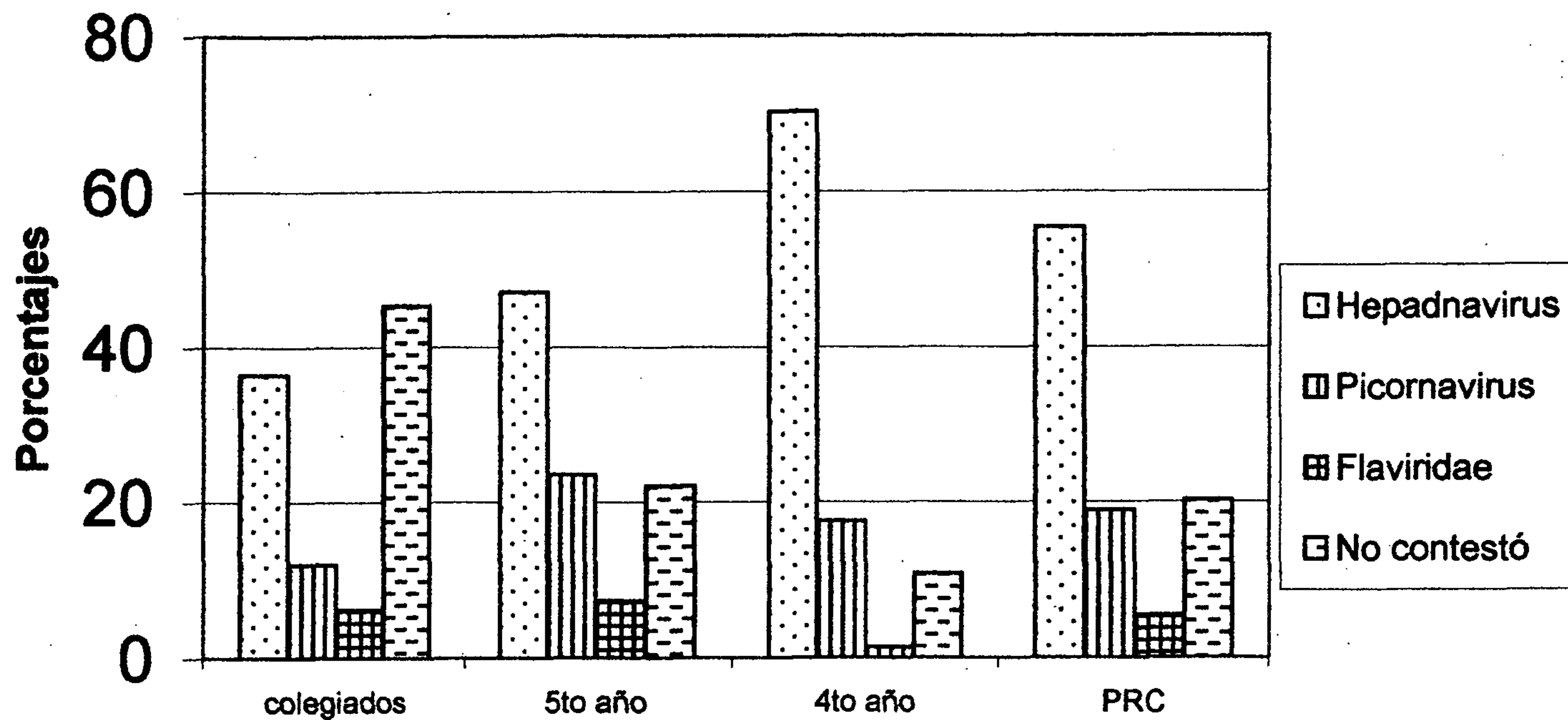
Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta: El virus de la hepatitis C pertenece a la familia de:

Se encontró que:

El estrato de estudiantes de quinto año fue el que mayoritariamente respondió de manera correcta con un 7.35%, mientras que el que menos respondió correctamente fue el estrato de estudiantes de cuarto año con un 1.35%.

Del total de encuestados un 5.07% respondió correctamente a la pregunta, siendo la respuesta correcta Flaviridae. El resultado de esta pregunta en todos los estratos fue bastante bajo. Un 24.62% no respondió.

GRAFICA # 12



Fuente: Instrumento recolector de datos.

CUADRO # 13

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la célula principalmente afectada por el virus de la hepatitis B? Respuesta correcta: Hepatocito

RESPUETAS

	Hepatocito		cel. De Langerhans		cel. Sanguíneas		no contestó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	179	61.51%	63	21.65%	14	4.81%	35	12.03%
5to	48	70.59%	10	14.71%	3	4.41%	7	10.29%
4to	63	85.14%	3	4.05%	2	2.70%	6	8.11%
PRC	48	64.86%	20	27.03%	1	1.35%	5	6.76%
totales	338	70.52%	96	16.86%	20	3.32%	53	9.29%

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

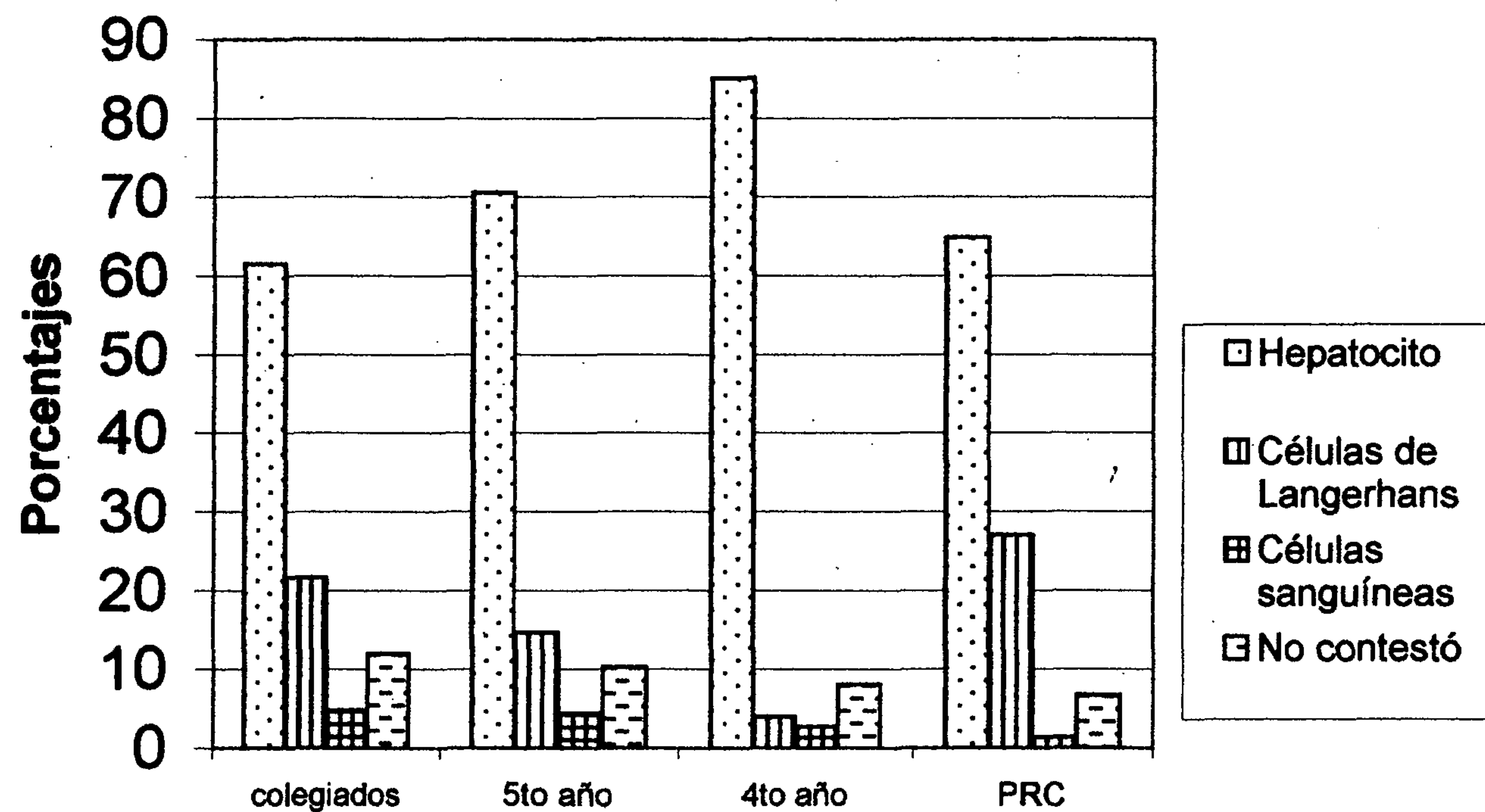
Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta. ¿Cuál es la célula principalmente afectada por el virus de la hepatitis B?

Se encontró que:

El estrato de estudiantes de cuarto año fue el que mayoritariamente respondió de manera correcta con un 85.14%, mientras que el que menos respondió correctamente fue el estrato de colegiados con un 61.51%.

Del total de encuestados un 70.52% respondió correctamente a la pregunta, siendo la respuesta correcta hepatocito. El resultado de esta pregunta en todos los estratos fue bastante alta. Un 9.29% no respondió.

GRAFICA # 13



CUADRO # 14

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

En un paciente neonato con hepatitis B, ¿cuál es el riesgo de sufrir una infección crónica?

Respuesta correcta: Alto

RESPUESTAS

	Alto		Mediano		Bajo		no contestó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	194	66.67%	27	9.28%	26	8.93%	44	15.12%
5to	41	60.29%	9	13.24%	5	7.35%	13	19.12%
4to	51	68.92%	16	21.62%	4	5.41%	3	4.05%
PRC	47	63.51%	7	9.46%	7	9.46%	13	17.57%
totales	333	64.84%	59	13.40%	42	7.78%	73	13.96%

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

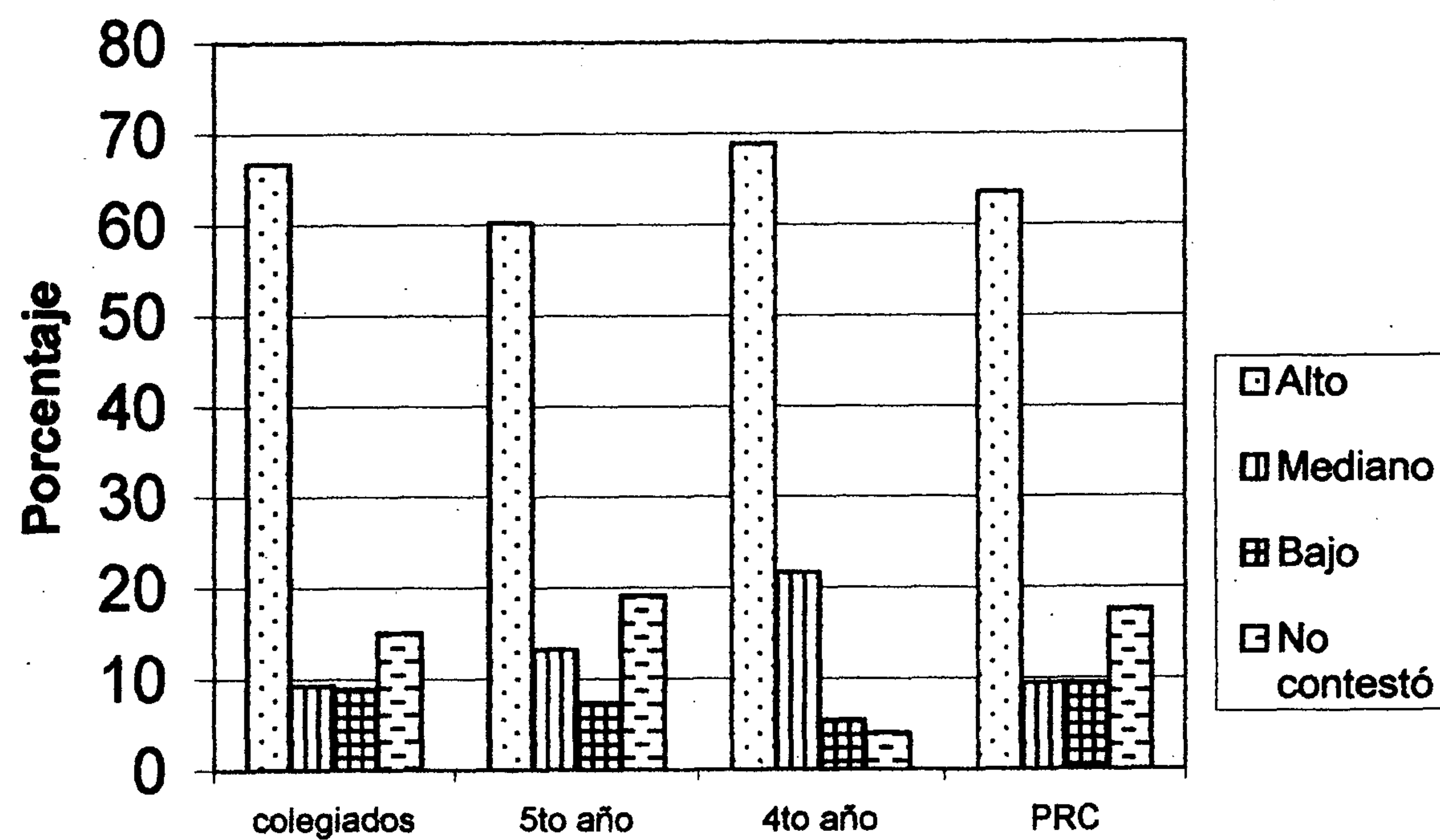
Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta: En un paciente neonato con hepatitis B, ¿cuál es el riesgo de sufrir una infección crónica?

Se encontró que:

El estrato de estudiantes de cuarto año fue el que mayoritariamente respondió de manera correcta con un 68.92%, mientras que el que menos respondió correctamente fue el estrato de quinto año con un 60.29%.

Del total de encuestados un 64.84% respondió correctamente a la pregunta, siendo la respuesta correcta "alto". El resultado de esta pregunta en todos los estratos fue bastante bueno. Un 13.96% no respondió.

GRAFICA # 14



Fuente: Instrumento recolector de datos.

CUADRO # 15

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

¿Cuál puede ser la complicación más grave de la hepatitis B y C? Respuesta correcta: Carcinoma Hepatocelular

RESPUESTAS

	Ca. Hepatocelular		Ictericia		Daño cerebral		no contestó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	227	78.01%	25	8.59%	6	2.06%	33	11.34%
5to	53	77.94%	4	5.88%	5	7.35%	6	8.82%
4to	60	81.08%	3	4.05%	9	12.16%	2	2.70%
PRC	60	81.08%	4	5.41%	4	5.41%	6	8.11%
totales	400	79.52%	36	5.98%	24	6.75%	47	7.74%

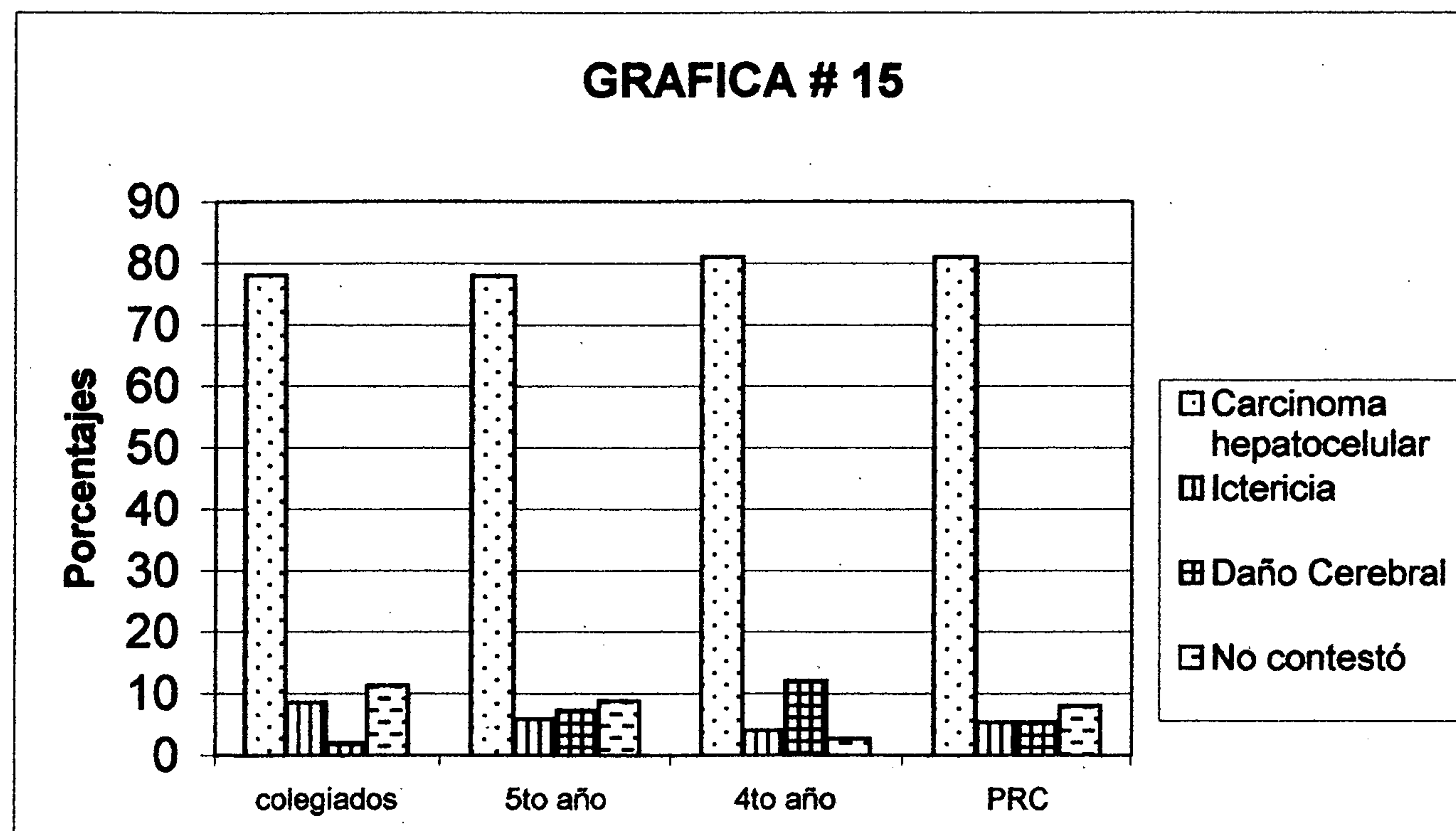
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta: ¿Cuál puede ser la complicación más grave de la hepatitis B y C?

Se encontró que:

El estrato de estudiantes de cuarto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos fueron los que mayoritariamente respondieron de manera correcta con un 81.08%, mientras que el que menos respondió correctamente fue el estrato de quinto año con un 77.97%.

Del total de encuestados un 79.52% respondió correctamente a la pregunta, siendo la respuesta correcta "Carcinoma hepatocelular primario". El resultado de esta pregunta en todos los estratos fue bastante alto. Un 7.74% no respondió.



Fuente: Instrumento recolector de datos.

CUADRO # 16

Distribución de las respuestas dadas por los odontólogos de la ciudad capital, estudiantes de cuarto año, estudiantes de quinto año y estudiantes de quinto año pendientes de requisitos clínicos de la Facultad de Odontología de la Universidad De San Carlos de Guatemala durante el año 2001, a la siguiente pregunta:

Si realiza una extracción en un paciente infectado con hepatitis B o C, en estado avanzado, qué complicaciones puede tener?

Respuesta correcta: Sangrado excesivo

RESPUESTAS

	Sangrado excesivo		No pasa nada		Antibioterapia		no contestó	
	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje	cantidad	porcentaje
colegiado	164	56.32%	35	12.03%	44	15.12%	48	16.49%
5to	30	44.12%	12	17.65%	16	23.53%	10	14.71%
4to	52	70.27%	11	14.86%	9	12.16%	2	2.70%
PRC	35	47.30%	8	10.81%	18	21.32%	13	17.57%
totales	281	54.50%	66	13.83%	87	18.03%	73	12.86%

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

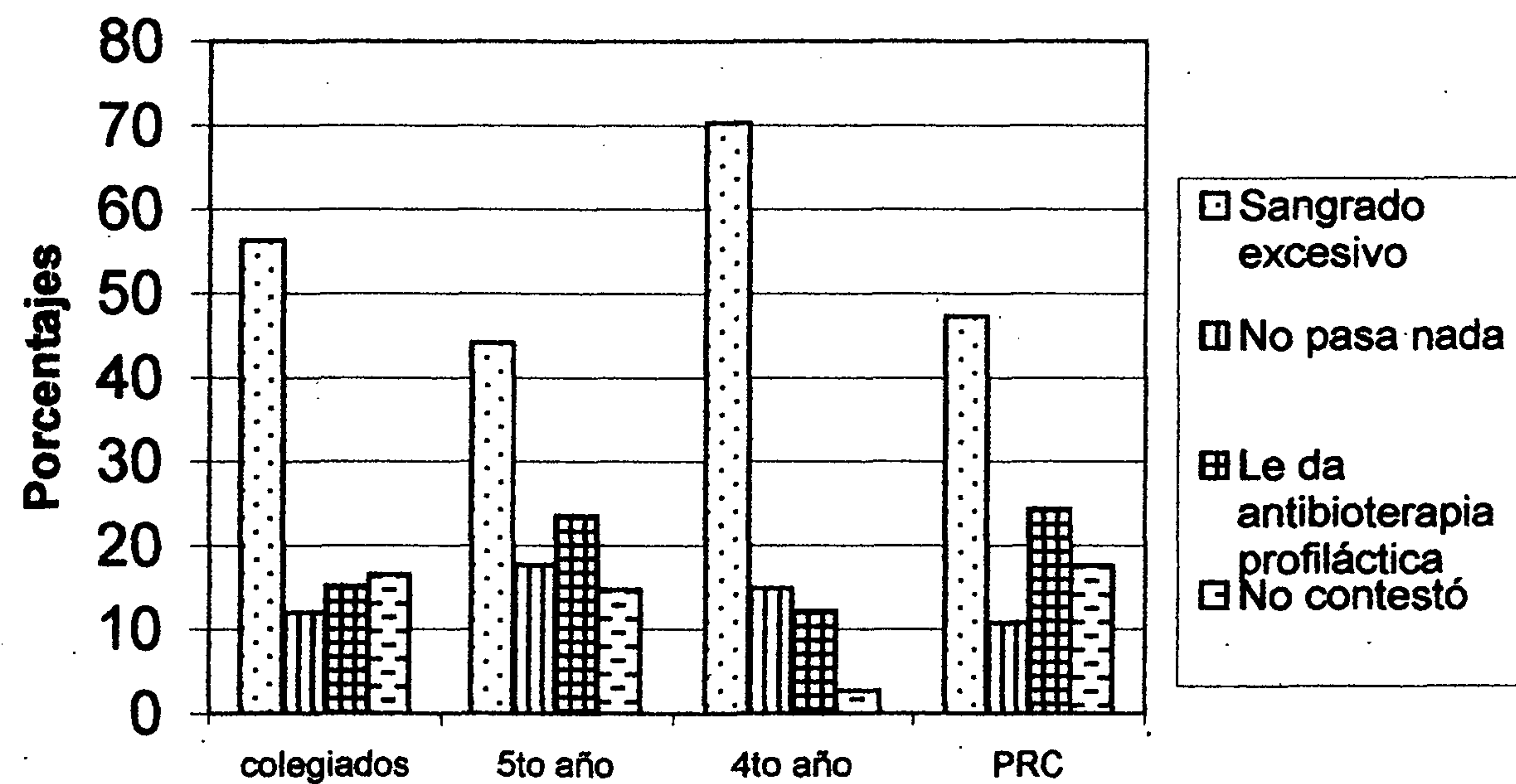
Con respecto a los resultados obtenidos de la pregunta: Si realiza una extracción en un paciente infectado con hepatitis B o C, en estado avanzado, ¿qué complicaciones puede tener?

Se encontró que:

El estrato de estudiantes de cuarto año fue el que mayoritariamente respondió de manera correcta con un 70.27%, mientras que el que menos respondió correctamente fue el estrato de quinto año con un 44.12%.

Del total de encuestados un 54.54% respondió correctamente a la pregunta, siendo la respuesta correcta "sangrado excesivo". Un 12.86% no respondió.

GRAFICA # 16



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Basados en las respuestas obtenidas en a las preguntas 3, 4 y 11 del instrumento recolector de datos relacionadas con la medición del nivel de conocimiento sobre métodos de diagnóstico de la hepatitis B y C se encontró que:

El promedio de respuestas correctas fue de 34.7% de la muestra total. Siendo un 32.24% para los estudiantes de cuarto año, un 30.45% para el estrato de quinto año, un 30.63% para el estrato de quinto año pendientes de requisitos clínicos, y un 28.41% para el estrato de colegiados. Lo que indica un nivel medianamente aceptable para el estrato de estudiantes y un nivel inaceptable para el estrato de colegiados.

Basados en las respuestas obtenidas en las preguntas 7, 12 y 13 del instrumento recolector de datos relacionadas con la medición del nivel de conocimiento sobre contagio de la hepatitis B y C se encontró que:

El promedio de respuestas correctas fue de 62% de la muestra total, lo que indica un nivel medianamente aceptable para la muestra general. Siendo un 63.72% para los estudiantes de cuarto año, un 66.21% para el estrato de quinto año, un 62.16% para el estrato de quinto año pendientes de requisitos clínicos, y un 57.30% para el estrato de colegiados. Lo que indica un nivel medianamente aceptable para el estrato de estudiantes de cuarto y quinto año pendientes de requisitos clínicos y colegiados, y un nivel aceptable para los estudiantes de quinto año, con respecto a contagio sobre hepatitis B y C.

Basados en las respuestas obtenidas en las preguntas 5, 6 y 10 del instrumento recolector de datos relacionadas con la medición del nivel de conocimiento sobre tratamiento de la hepatitis B y C se encontró que:

El promedio de respuestas correctas fue de 31.85% de la muestra total, lo que indica un nivel inaceptable para la muestra general. Siendo un 35.29% para los estudiantes de cuarto año, un 18.91% para el estrato de quinto año, un 32.80% para el estrato de quinto año pendientes de requisitos clínicos, y un 40.43% para el estrato de colegiados. Lo que

indica un nivel medianamente aceptable para el estrato de estudiantes de cuarto, inaceptable para el estrato de quinto año y quinto año pendientes de requisitos clínicos, el estrato de colegiados presenta un nivel medianamente aceptable con respecto a tratamiento sobre hepatitis B y C.

Tomando en cuenta las respuestas a las preguntas 1, 2 y 8 del instrumento recolector de datos relacionadas con la medición del nivel de conocimiento sobre prevención en la práctica clínica de la hepatitis B y C, se encontró que:

El promedio de respuestas correctas fue de 42.88% de la muestra total, lo que indica un nivel medianamente aceptable para la muestra general. Siendo un 43.69% para los estudiantes de cuarto año, un 41.17% para el estrato de quinto año, un 36.48% para el estrato de quinto año pendientes de requisitos clínicos, y un 50.17% para el estrato de colegiados. Lo que indica un nivel medianamente aceptable el estrato de estudiantes y colegiados con respecto a prevención en la clínica dental sobre hepatitis B y C.

Tomando en cuenta las respuestas a las preguntas 9, 14 y 15 del instrumento recolector de datos relacionadas con la medición del nivel de conocimiento sobre manejo dental de pacientes con hepatitis B o C se encontró que:

El promedio de respuestas correctas fue de 57.84% de la muestra total, lo que indica un nivel medianamente aceptable para la muestra general. Siendo un 68.92% para los estudiantes de cuarto año, un 51.98% para el estrato de quinto año, un 53.15% para el estrato de quinto año pendientes de requisitos clínicos, y un 60.01% para el estrato de colegiados. Lo que indica un nivel medianamente aceptable para el estrato de estudiantes de quinto año, quinto año pendientes de requisitos clínicos y el estrato de colegiados, encontrando un nivel aceptable para los estudiantes de quinto año con respecto a contagio sobre hepatitis B y C.

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento sobre métodos de diagnóstico fue ligeramente mejor en estudiantes que en odontólogos.
2. El nivel de conocimiento sobre formas de contagio al realizar procedimientos dentales fue ligeramente mejor en estudiantes que en odontólogos.
3. El nivel de conocimiento sobre tratamiento general y bucal fue mejor en odontólogos que en estudiantes, aunque los resultados no fueron muy buenos.
4. El nivel de conocimiento sobre prevención en odontología fue similar en los estratos, siendo levemente menor en el grupo de quinto año pendientes de requisitos clínicos.
5. El nivel de conocimiento sobre manejo dental fue bastante parejo sobresaliendo el grupo de estudiantes de cuarto año, aunque los resultados fueron bastante positivos en este aspecto.
6. El nivel de conocimiento obtenido en general fue medianamente aceptable.
7. Algunos temas por la experiencia de los odontólogos sobrepesan ante los estudiantes.
8. El conocimiento básico sobre la Hepatitis B y C lo poseen todos los estratos en estudio
9. Existe poco interés por actualizarse en el tema.
10. Existe poca divulgación por parte de las instituciones encargadas de controlar la Hepatitis B y C.

RECOMENDACIONES

1. Establecer en el pensum de estudios de la carrera de Cirujano Dentista una unidad en el curso de patología que esté encaminada a enseñar de manera profunda todo el entorno de la Hepatitis B y C y sus implicaciones con la odontología en la práctica clínica diaria.
2. Actualizar los conocimientos de los odontólogos mediante congresos y seminarios.
3. Educación continua por medio de cursos de actualizar los conocimientos sobre Hepatitis B y C a profesionales odontólogos y su personal auxiliar.
4. Establecer medidas de protección universal en la realización de cualquier tratamiento dental, así como el manejo eficiente de desechos y agujas descartables.
5. Hacer conciencia en el gremio odontológico de esterilizar todo instrumento que contenga fluidos corporales y no utilizar medidas de desinfección como alternativa.
6. Divulgación por parte de las instituciones que prestan servicio a pacientes infectados con Hepatitis B y C, así como los diversos medicamentos a su disposición.
7. Tomar conciencia que la Hepatitis B y C es una epidemia mundial que está matando a millones de habitantes, y colaborar como gremio odontológico a evitar su propagación.
8. Promover vacunación obligatoria, para estudiantes desde cuarto año.

LIMITACIONES

- Es difícil medir el nivel de conocimiento real con un solo instrumento recolector de datos.
- Para encuestar a los estudiantes no se tuvo mayor problema, únicamente al localizar a todos los que se les entregaba en las clínicas, ya que por atender a sus pacientes se quedaban con las mismas, teniendo que buscarlos o esperar hasta las 3:30 p.m. para que las devolvieran.
- Con los odontólogos se tuvo mayor dificultad ya que muchos se rehusaban a contestar el cuestionario. Y en algunas clínicas había que ir a recoger el cuestionario al día siguiente y muchas veces no lo llenaban.

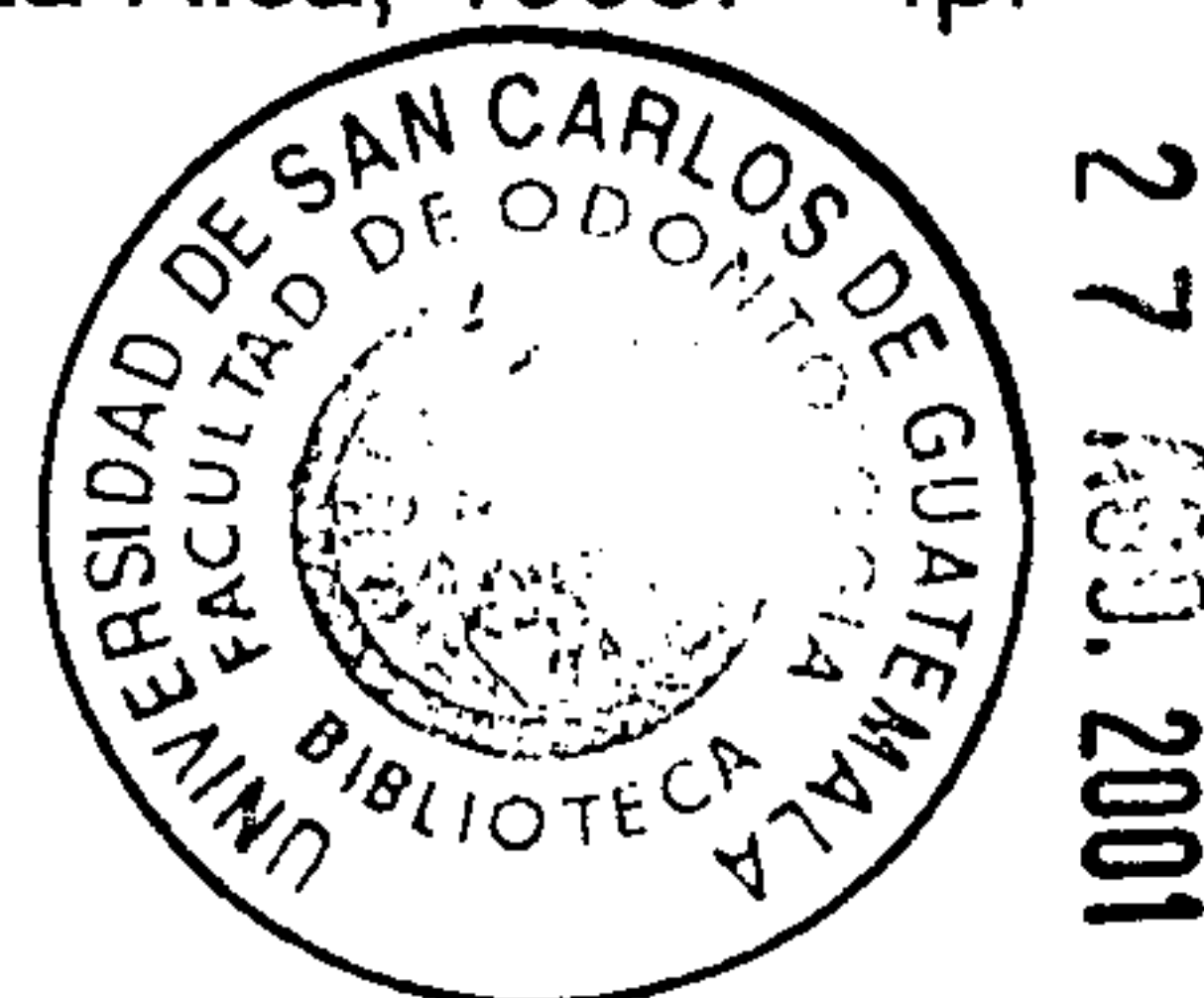
BIBLIOGRAFÍA

1. Asti Vera, Armando.- - Metodología de la investigación.-- 5a ed.-- Argentina, Editorial Kapeluz, 1973.-- PP. 133-155.
2. Akuta, N... [et al.]. Risk factors of hepatitis C virus related, liver cirrosis in young adults : positive family history of liver disease and transporter associated with antigen processing. J Med Virol 65 (2) : 109-16 jun, 2001.
1. Bader, Tedy.-- Viral hepatitis : practical evaluation and treatment.-- 2a ed.-- U.S.A. : Hoegrefe & Huber Publishers, 1997.-- PP. 41-204
4. Beneson, Abram.-- Manual para el control de las enfermedades transmisibles.--16a ed. -- Washintong D.C. : O.M.S., O.P.S.,1997.--PP. 234-241.
5. Bernstein, Steven. -- Advances in hepatitis C. Digestive Disease. 25 (3) : 15-18. may 21, 2001
6. Booth,J. C., O'Grady, J. Neuberg. Clinical guidelines on the manament of hepatitis C. GUT 1 (49) : 11-2, jul 2001.
1. Blumberg, B.- - Australia antigen and hepatitis / B. Blumberg, A. Stunick, I. William. -- Ohio : CRC Press, 1975.-- PP58.
2. Brady, William. Controversies in diagnosis and tratment of hepatitis C. Post Graduate Medicine. 2 (5) : 201-211. Nov 1997.
9. Carcaño, M., S. Morán, P. Torres. Persistencia de antígenos del virus de la hepatitis B en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Med. IMSS 29 (5,6) : 297-299, dic1991
10. Castellanos, José.-- Medicina en odontología: manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. / José Castellanos, Laura Díaz, Oscar Zarate.-- México : El Manual Moderno, 1996.-- PP. 96 - 111.
11. Coates, E. A.... [et al]. Hepatitis C infection and associated oral health problems. Aust Dent J. 45 (2) : 108-14, jun 2000.
12. Cojulún, F.-- Prevalencia de marcadores séricos de hepatitis B en portadores asintomáticos.— Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1990.-- 131p.
13. Conrad, D. A. Who shoud receive hepatitis B vaccinatios. Post Graduate Medicine. 109 (5) : 171-2, may, 2001



26 MAR. 2001

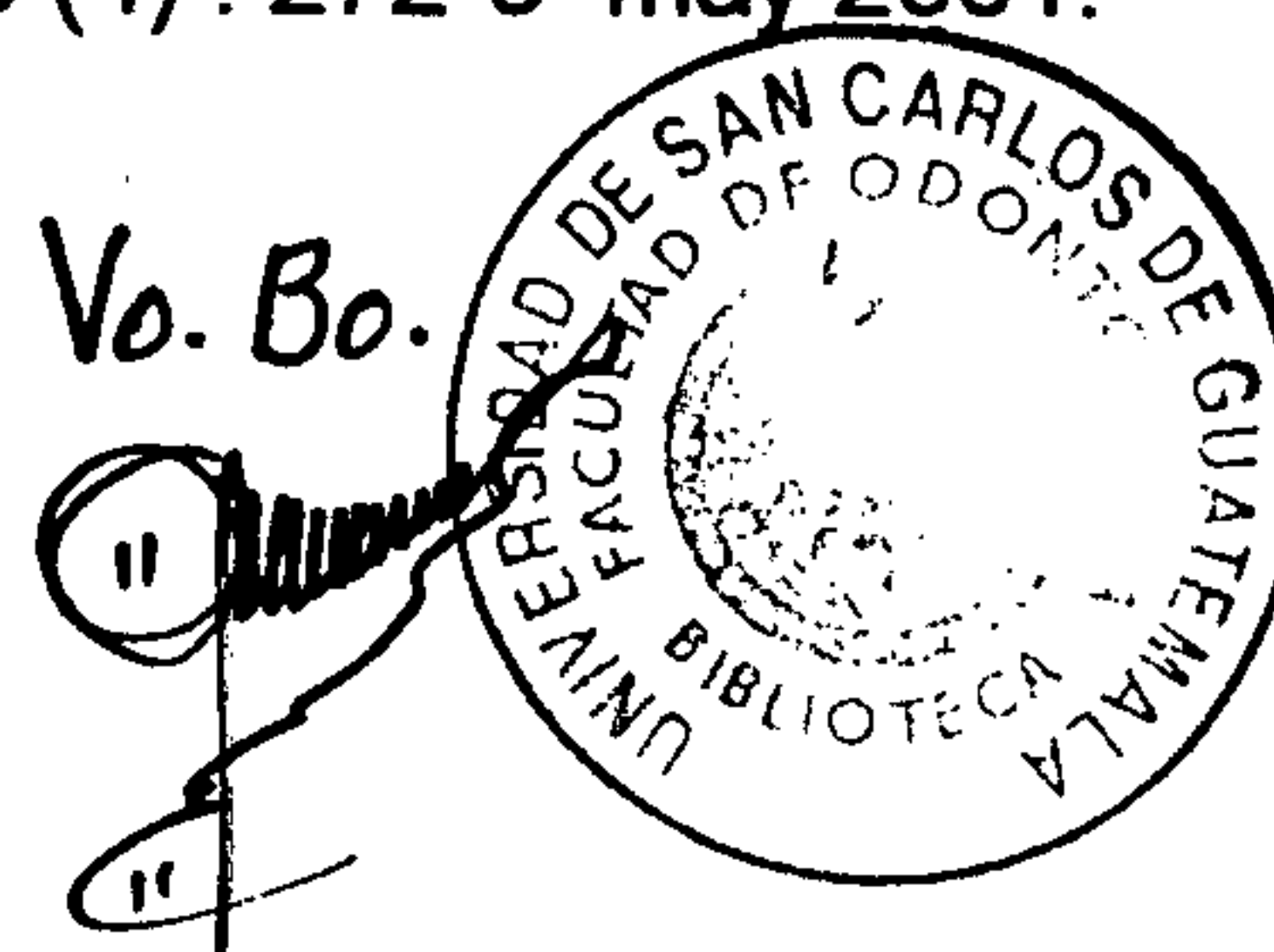
14. Cottone, James A.-- Hepatitis B: situación actual en odontología.-- PP. 267-280.-- en: Control de infecciones y seguridad en el consultorio / Robert R. Runnells, ed.; trad por José A. Ramos Tercero.-- México : Interamericana McGraw-Hill, 1991. -- (Clínicas Odontológicas de Norteamérica vol. 2)
15. Cleveland, J. L.. [et al]. Risk and prevention of hepatitis C virus infection : implications for dentistry. J Am Dent Assoc. 130 (5) : 641-7 may 1999.
16. Diccionario de las ciencias de la educación.-- México : Publicaciones Diagonal Santillana, 1987.-- vol I, 744p.
17. Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina : Dorland / trad. por Santiago Sopiña Renard. -- 26ª ed.-- México : Interamericana McGraw-Hill, 1986. -- 711p.
18. Degos... [et.al.]. Hepatitis C virus. Gut 47 : 131-136, may 2001
19. Delgado, Wilson., Gabriel Flores, Víctor Vives.-- Control de las infecciones transmisibles en la práctica odontológica : manual de procedimiento. -- Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de odontología.-- Lima Perú, s. f. 54p.
20. Dienstg, Jules., Jack R. Wands, Raymond S. Koff.-- hepatitis aguda.-- PP 647 - 663.- - En : Harrison : principios de medicina interna / Eugene Braun Wald... [et al.]. ed ; trad por José Dante Amato Martínez... [et al.]. -- 11ª ed.-- México : Interamericana McGraw-Hill, 1989.-- vol I.
21. Dolan, Stephen. Vaccines for hepatitis A and B. Postgraduate Medine 102 (6) : 74-80, dic 1997.
22. Durante Avellanal, Ciro.-- Diccionario odontológico.- - 2ª ed.-- Buenos Aires Editorial Mundi.-- 1964.-- 985p.
23. Gálvez, H.-- Presencia del antígeno de superficie del virus de hepatitis B (AgSHB) en el suero de pacientes que acuden a la clínicas odontológicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos.-- Tesis (Cirujano Dentista) -- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1988.-- 73p.
24. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.-- Estadística de salud, morbilidad- enfermedades de transmisión sexual de enero a diciembre del año 1998, 1999 y 2000.-- M. S. P. A. S., s.f. - -3p.
25. Hadler, S.-- Riesgos ocupacionales por hepatitis B: la infección del virus de la Hepatitis B y el personal que trabaja en el campo del cuidado de la salud. -- Smith Kline Beecham, Costa Rica, 1993.- - 4p.



26. Hard, F.-- Políticas necesarias para la prevención de la hepatitis en los trabajadores de la salud : riesgos ocupacionales por hepatitis.-- Smith Kline Beecham, Costa Rica, 1995. s. f. -- 4p.
27. Haustafer, P.-- Hepatitis C virus infection and limphoproliferative disease : prospective study on 1576 patients in France. Am J Hematol 67 (3) : 168-71, Jul 2001.
28. Haydon... [et.al]. Hepatitis B virus. Gut 40 : 128 -132, may 2001
29. Herrine, Steven. -- Abstracts in hepatitis : recent findings in hepatitis. Infect Med. 17 (4) : 244- 247, 2000.
30. Hernández Sampieri, Roberto. -- Metodología de la investigación / Roberto Hernández Sampieri, Carlos Collado, Pilar Baptista.- - 2a ed. México : McGraw-Hill, 1991.-- PP. 23-34, 57-75, 203-216, 276-315.
31. Highleyman, Liz.-- Boletín de tratamientos experimentales contra el SIDA: hepatitis C : Curso natural y tratamiento. / Liz Highleyman ; trad. por Christopher Gortner.-- San Francisco : Aids Foundation 1999.- - 4p.
32. Kirby, A. C... [et al.]. Inmunohistochemical and serological comparison of idiopatic and hepatitis C virus associated forms of oral lichen planus. Eur J Oral Sci. 106 (4) : 853-62 aug 1998.
33. Krugman, S.-- Enfermedades infecciosas : Hepatitis viral . -- 5ª ed.-- México : Interamericana, 1975.-- PP. 72-90.
34. Lodi, G. And S. R. Porter. Hepatitis C virus infection and lichen planus : a short review. Oral Dis. 3 (2) : 77-81 jun 1997.
35. Lutwick, L. -- Enfermedades infecciosas : Hepatitis viral. -- México : Interamericana, 1986.-- PP141- 157.
36. Maddrey, Willis Update on therapies for hepatitis C. Digestive Disease. 3 (1) : 10-25 may 21, 2000.
37. Martin, Paul. Update on hepatitis C treatment. Medscape Gastroenterology. 3 (1) : 10p. 2001.
38. Maticic, M... [et al.]. Detection of hepatitis C virus RNA from gingival crevicular fluid and its relation to virus presence in saliva. J Periodontal. 72 (1) : 11-6 jan 2001.
39. Mejía, Nidia.-- Frecuencia de la presencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en una muestra de odontólogos y estudiantes de odontología de la universidad de San Carlos de Guatemala.-- Tesis (Cirujano dentista) - - Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1989.-- 39pp.



40. Mogabgab, M. -- Manual de enfermedades infecciosas: medidas preventivas de enfermedades infecciosas.- - México: Interamericana 1986.- - PP. 910-926.
41. Nagao, Y... [et al.]. Detection of hepatitis C virus RNA in oral lichen planus and oral cancer tissues. J Oral Pathol Med. 29 (6) : 259-66 jul 2000
42. Negroni, Marta.-- Microbiología estomatológica, fundamentos y guía práctica.-- Argentina : Editorial Médica Panamericana, 1999.-- PP. 384-391.
43. Okner, Rober.-- Enfermedades del hígado vesícula biliar y conductos biliares : hepatitis viral aguda.-- PP. 899-954.-- En : Cecil tratado de medicina interna / James B. Wyngaarden, Lloyd H. Smith, ed. ; trad. por Jorge Blanco y Correa Magayanes... [et al.]. -- 18ª ed.-- México : Interamericana McGraw-Hill, 1991.-- vol I.
44. Robbins, Stanley L.-- Patología estructural y funcional / Stanley L. Robbins Ramzi S. Cotran, Vinay Kumar; trad por Joaquín Valro Oyarzabal... [et al.] .-- 3ª ed.-- México : nueva editorial interamericana, 1988.-- PP. 886-901.
45. Rose, Louis.-- Medicina interna en odontología / Louis Rose, Donald Kaye ; trad. por Javier González. -- 2a ed.-- Barcelona : Salvat Editores, 1992. tomo II -- PP. 1175-1187, 1206-1208.
46. Roy, K. And J. Bagg. Hepatitis C virus and oral disease : a critical review. Oral Dis. 5 (4) : 270-7 oct 1999
47. Sampson, E.- - Hepatitis B protection of patient, dentist and staff.-- proceeding of simposium on hepatitis B : risk, prevention and vaccine. Am J Public Health. 90 (10) : 1570-4 1982.
48. Schissel, D. J. And D. M. Elston. Lichen planus associated with hepatitis C. Cutis. 61 (2) : 90-2 feb 1998.
49. Updated U. S. public health service : guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV recomendation for post exposure propylaxis.-- MMWR mortal WKLY. 50 (RR. 11) : 1-52 rep jun 29, 2001.
50. Vila Estapé. J., J Pumarola Suñé, T. Pumarola Suñé. -- Virus causante de infección en el ámbito odontológico.-- PP. 647-663.- - En: Tratado de odontología / Antonio Bascones, Editor.-- 2ª ed.- - Madrid : Ediciones Avances Médico Dentales, 1998.-- tomo I.
51. Weinberg, M. S... [et al.]. Preventing transmission of hepatitis B virus from people with cronic infection. Am J Prev Med 20 (4) : 272-6 may 2001.



27 AGO. 2001

ANEXOS

El presente cuestionario servirá para la recolección de datos del trabajo de campo correspondiente a la tesis "Determinación del nivel de conocimiento teórico sobre hepatitis b y C sobre métodos de diagnóstico, formas de contagio, tratamiento, prevención y su relación con la práctica clínica".

Coloque una X en el rango al que pertenece:

4to año _____ Colegiado _____
5to año _____ PRC _____

INSTRUCCIONES: El siguiente cuestionario consta de 15 preguntas de selección múltiple, las cuales tienen sólo una respuesta correcta. Marque con una X sobre la literal (A,B,o C). Sus respuestas serán confidenciales por lo que se solicita responda con la mayor sinceridad posible. Agradezco su amable colaboración.

1. ¿Está Ud. Vacunado contra hepatitis B?

Si _____ No _____

Si su respuesta fue sí, hace cuanto tiempo se vacunó:

- A) Hace menos de un año
- B) De 1 a 2 años
- C) De 3 a 4 años
- D) Hace más tiempo

2. ¿Conoce cuál es el esquema de vacunación de la hepatitis B?

- A) Primera dosis, 2da dosis al mes y tercera dosis a los 6 meses (0.1.6)
- B) Primera dosis, 2da dosis a los 3 meses y tercera dosis a los 5 meses (0.2.5)
- C) Primera dosis, 2da dosis a los 2 meses y tercera dosis a los 6 meses (0.2.6)

3. ¿Conoce qué marcadores serológicos específicos se utilizan para la detección de infección con hepatitis B?

- A) HbsAg
- B) Glóbulos blancos arriba de lo normal
- C) CD4

4. ¿Qué pruebas son utilizadas para diagnosticar hepatitis B, C?

- A) Elisa, Inmunoblot
- B) Elisa, RIBA
- C) Recuento leucocítico

5. ¿Conoce qué medicamentos recibe un paciente con hepatitis B, C en casos avanzados?

- A) Antivirales
- B) Interferón
- C) Esteroides

6. ¿Qué efectos colaterales produce este medicamento?
- A) Hipertensión
 - B) Supresión médula ósea
 - C) Aumento de peso
7. ¿Conoce cuanto tiempo puede permanecer el virus de la hepatitis activo en el medio ambiente?
- A) de 1 a 2 horas
 - B) de 3 a 4 semanas
 - C) Un minuto
8. El virus de la hepatitis B y C puede ser inactivado por:
- A) Alcohol al 30%
 - B) Glutaraldehído al 2%
 - C) Radiación ultravioleta
9. En un paciente con daño hepático las características clínicas más comunes en cavidad bucal pueden ser:
- A) Leucoplasia
 - B) Sangrado gingival espontáneo
 - C) Xerostomía
10. Dentro de los antibióticos que están contraindicados en pacientes con daño hepático están:
- A) Penicilina
 - B) Tetraciclina
 - C) Eritromicina
11. El virus de la hepatitis C pertenece a la familia de:
- A) Hepadnavirus
 - B) Picornavirus
 - C) Flaviridae
12. ¿Cuál es la célula principalmente afectada por el virus de la hepatitis B?
- A) Hepatocito
 - B) Células de Langerhans
 - C) Células sanguíneas.
13. En un paciente neonato con hepatitis B, ¿cuál es el riesgo de sufrir una infección crónica?
- A) Alto
 - B) Mediano
 - C) Bajo
14. ¿Cuál puede ser la complicación más grave de la hepatitis B y C?
- A) Carcinoma hepatocelular primario
 - B) Ictericia
 - C) Daño cerebral

15. Si realiza una extracción en un paciente infectado con hepatitis B o C, en estado avanzado, ¿qué complicaciones puede tener?

- A) Sangrado excesivo
- B) No pasa nada
- C) Le da antibioterapia profiláctica

Palomo

SUSTENTANTE
WENDY PAOLA PALOMO MEDRANO

[Signature]
ASESOR
DR. OSCAR TORALLA DE LEON

[Signature]
COMISION DE TESIS
DR. ALEJANDRO RUIZ ORDÓNEZ



[Signature]
COMISION DE TESIS
DR. RICARDO LEÓN CASTILLO



[Signature]
SECRETARIO
DR. OTTO RAÚL TORRES BOLAÑOS