



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ANÁLISIS BIOÉTICO DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
DEL PACIENTE VIH+. REVISIÓN MONOGRÁFICA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

IVONN GIOVANNA OLIVERA HUERTA

TUTOR: Dr. LUIS FERNANDO JACINTO ALEMAN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



A mi madre Cruz Elena Huerta Gómez, por ser la maravillosa mujer que me dio la vida, porque eres mi amiga, mi consejera, mi apoyo y mi fortaleza para cumplir mis sueños, por creer siempre en mí, por darme tu amor, comprensión y atención, por ofrecerme tus brazos en todo momento.
Por ser la luz en mi vida.

A mi padre Emilio Olivera Pablo, por ser un extraordinario padre, por siempre confiar en mí y darme su apoyo incondicional, por ser mi ejemplo de responsabilidad y puntualidad, por el cariño, amor y seguridad que me brindas, por ser el magnífico ser humano que me ha alentado a salir adelante y luchar por lo que quiero.

Gracias papás por todo lo que me han dado durante toda mi vida, este es el resultado de un esfuerzo y trabajo de los tres, sin ustedes esto no sería posible.

A Rosa López Pineda y Dulce Salvador Martínez por ser mis mejores amigas de la facultad, y estar conmigo en las buenas y las malas, porque juntas creamos una unión mágica de apoyo para crecer y llegar juntas a nuestras metas viviendo experiencias, tristezas y muchas risas.

A Brenda Rodríguez de Jesús por regalarme siempre su sonrisa, su comprensión y solidaridad cuando más lo necesito, por su amistad incondicional y ser un gran apoyo en mi vida.

A Karina Vargas Reyes por ser la definición de alegría y diversión en mi vida, por ser tan honesta y brindarme su amistad en todo momento.

A Jessica Vázquez Jiménez por ser una amiga que contagia su valentía eres una persona admirable y persistente, gracias por enseñarme el gran valor del trabajo en equipo.

A Darío Romo Díaz por sus consejos y enseñarme a ver las cosas de distintas maneras, por ayudarme a crecer sus "tips" de vida.

A Rodrigo Ponce por su apoyo, cariño, confianza que ha depositado en mí y su valiosa amistad

A mi tutor el Dr. Luis Fernando Jacinto Alemán por su tiempo y paciencia dedicada en la elaboración de este trabajo y a la Dra. María Eugenia Rodríguez Sánchez por su dedicación y enseñanzas en el seminario.

Al Dr. Juan Carlos Rodríguez Avilés y al servicio social de brigadas, por sus consejos, confianza y experiencias adquiridas que me han ayudado como persona y profesionalista.

A la Facultad de Odontología y clínica periférica Azcapotzalco por permitirme conocer personas maravillosas y obtener experiencias de gran enseñanza.

A mí amada Universidad Nacional Autónoma de México por formarme como Cirujano Dentista

"El futuro pertenece a aquellos que creen en la belleza de sus sueños."
Eleanor Roosevelt

"Por mi raza hablara el espíritu."



Índice

1. Objetivo	5
2. Introducción	6
3. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	7
3.1 Definición de VIH y SIDA	7
3.2 Antecedentes históricos	7
3.3 Patogenia.....	8
3.3.1 Transmisión del VIH	12
3.4 Historia natural de la infección	13
3.5 Epidemiología	15
3.6 Manifestaciones sistémicas	17
3.7 Clasificación del VIH	17
3.8 Manifestaciones orales	20
3.9 Métodos de diagnóstico	24
3.9.1 Recuento CD4 y carga viral	26
3.10 Tratamiento.....	27
3.10.1 Tratamiento de las manifestaciones orales.....	31
4. Manejo odontológico del paciente VIH+	35
4.1 Riesgos de infección.....	35
4.2 Medidas a considerar en el tratamiento odontológico.....	36
4.2.1 Medidas de profilaxis antibiótica.....	36
4.2.2 Medidas de laboratorio.....	37



4.2.3 Medidas en el tipo de procedimiento odontológico.....	40
4.3 Profilaxis postexposicion al VIH.....	42
5. Enfoque bioético del paciente VIH+ en la atención odontológica	45
5.1 Definición de ética y bioética	45
5.2 Principios Bioéticos	46
5.3 División y clasificación de la bioética.....	49
5.4 Problemas bioéticos en la atención odontológica a pacientes VIH+	50
5.4.1 Rechazo	52
5.4.2 Estigma.....	52
5.4.3 Discriminación	53
5.4.4 Prejuicio.....	54
5.4.5 Confidencialidad	55
5.4.6 Acceso al tratamiento	55
5.4.7 Actitudes positivas frente a pacientes VIH+.....	56
6. Conclusiones	57
7. Referencias Bibliográficas	59



1. Objetivo.

Realizar una investigación monográfica con relación a las características generales del VIH, sus implicaciones odontológicas y el enfoque bioético desde la perspectiva y utilidad para el Cirujano Dentista.

2. Introducción.

Desde la antigüedad el área médica ha sido regida por documentos que cuidan de la buena praxis, promoviendo el principio de ayuda y evitando hacer daño, sin embargo existen limitaciones emocionales, morales, y sociales entre otras que repercuten en el cumplimiento de estos principios, tal es el caso de la aparición del VIH y de su rápida expansión que ha generado un factor de rechazo en el acceso a la salud de pacientes con esta enfermedad considerando que es una de mayor prevalencia en el mundo y la llegada de estos pacientes a los servicios médicos es muy frecuente.

En odontología es de vital importancia la atención a pacientes VIH+, pues la salud bucal es un pilar fundamental para su estabilidad sistémica, proporcionando una mejor calidad de vida a estos pacientes y evitando en cierta medida la fase terminal en un corto periodo de tiempo, no obstante se ve opacada por la falta de información e ignorancia del propio personal odontológico, cayendo en cuestionamientos bioéticos que impiden su atención y que se desglosaran a lo largo de este trabajo.

3. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

3.1 Definición de VIH y SIDA.

El VIH pertenece al género lentivirus de la familia Retroviridae. Es un virus bicatenario que utiliza una transcriptasa inversa para copiar su genoma en el DNA de la célula huésped. Se distingue por contar con un nucleóide cónico, no ser oncogénico y por la aparición lenta y gradual de sus signos clínicos. Es el agente etiológico de SIDA.^{1, 2}

El SIDA es un término que se aplica al estadio más avanzado de infección por VIH. El CDC (Centers for Disease Control and Prevention – Centro de Control y Prevención de Enfermedades) de Atlanta define el SIDA como “Enfermedad caracterizada por un déficit de la inmunidad celular y en los cuales no se han demostrado causas conocidas de la inmunodeficiencia primaria o secundaria, acompañada por la presencia de infecciones oportunistas o de algún cáncer asociado a VIH”.³

3.2 Antecedentes históricos.

- ✓ El 5 de junio de 1981 Gottlieb, Siegal y Masur de la universidad de California hablan por primera vez de la enfermedad en el reporte semanal del centro para el control de enfermedades (CDC) de Atlanta.⁴
- ✓ En 1982 el CDC reconoce y define la nueva enfermedad. Ese mismo año el 24 de septiembre Bruce Voeller ex director de la National Gay Task Force, propuso llamar a la nueva enfermedad: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).⁵
- ✓ El 20 de mayo de 1983, el profesor Montagnier informa que ha aislado el virus del SIDA, el cual denomina LAV (Lymphadenopathy Associated Virus, virus asociado a linfadenopatías). En México se reconocen los primeros casos de VIH.⁵
- ✓ El 24 de abril de 1984, se anuncia que Robert Gallo descubrió el virus del SIDA. En agosto, el doctor Jay Levy y su grupo aislaron el retrovirus en pacientes con SIDA y lo llamaron ARV (AIDS Related Virus, virus relacionado

con el SIDA). Ese mismo año se descubrió la molécula CD4 de vital importancia para entender el ciclo biológico del virus.⁵

- ✓ En 1985 se logra la clonación y secuenciación del virus.⁵
- ✓ En 1986 se propone el nombre de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) por Harold Varmus.⁵
- ✓ El 1 de diciembre de 1988 se conmemora por primera vez el día mundial de la lucha contra el SIDA. En este mismo año CONASIDA en México se encarga de diseñar e implementar medidas de prevención, adquiriendo su personalidad jurídica como consejo nacional.⁴
- ✓ Para 1991 se crea la fundación “Lazo Rojo” en apoyo a personas con VIH Y SIDA.⁴
- ✓ Para 1996 se crea el programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).⁴
- ✓ En 2001 en nuestro país se crea el Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CENSIDA)
- ✓ En 2002 la FDA autoriza la prueba rápida para detección de VIH.⁴
- ✓ En 2008 se estimó que 3 de cada mil mexicanos son portadores VIH.
- ✓ En 2018, ONUSIDA ha detecto 37.9 millones de personas viviendo con VIH en el mundo.

3.3 Patogenia.

El VIH es un virus que afecta a los linfocitos T o células CD4, pertenecientes al sistema inmunológico, el equilibrio entre la replicación viral y la respuesta inmunológica de cada paciente es determinante para la ausencia o poca aparición de síntomas que la caracteriza, en un periodo de hasta 10 años. Cuando se aumenta la carga viral se altera el funcionamiento de este sistema provocando su deterioro y haciéndolo susceptible al ataque de infecciones clásicas y oportunistas llegando así a la etapa de SIDA.^{4, 6}

Este virus se originó a principios del siglo XX en África derivada de una zoonosis del VIS. Existen dos tipos de VIH, el VIH-1 causante de la mayoría de infecciones, asociado a chimpancés y gorilas, es el más virulento e infeccioso. El VIH-2 localizado casi exclusivamente en África occidental y asociado a monos verdes y tiznados.^{1, 3}

Estos virus miden aproximadamente 100 nm de diámetro. Su estructura está conformada de la siguiente manera:

- Envoltura de lípidos. Derivados de la célula hospedero y de glicoproteínas, como la gp120 ubicada en la parte externa de la envoltura y la gp41 una proteína transmembrana, derivadas de la gp 160.
- Proteínas estructurales.
 - Matriz (MA p17), capa más externa junto a la envoltura.
 - Capside (CA p24) forma el core o centro cónico que envuelve al ARN. Se localizan dos filamentos de ARN, una transcriptasa reversa, una integrasa, una proteasa, y una ribonucleasa virales.
 - Nucleocapside (NC p7) que interactúa con el ARN dentro de la cápside.

Estas son originarias por la proteasa viral sobre la p55 codificada por el gen gag.

- Genoma viral. Compuesto por genes estructurales (gag, pol, env, tat, rev) y accesorios (nef, vpu, vif, vpr, vpx) que son importantes en la patogenicidad y virulencia.¹

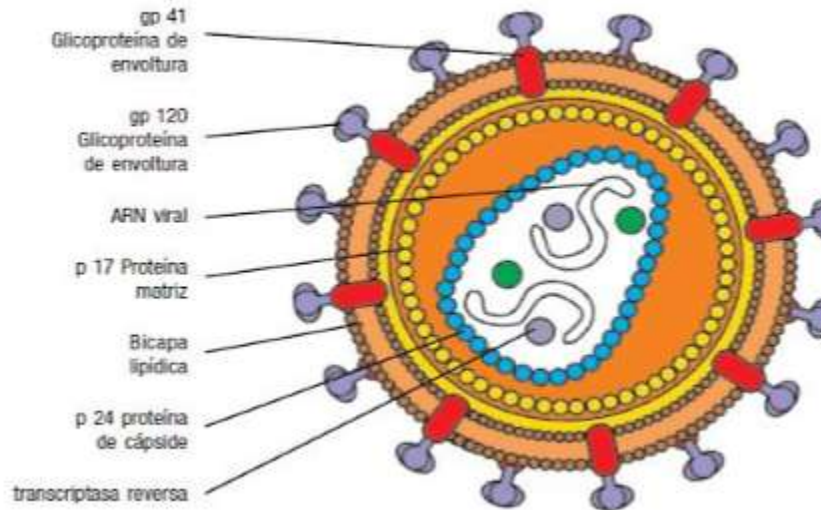


Figura 1. Estructura del VIH.

Fuente: Chamorro Arostegui, L.J. Betanco Altamirano NC. Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en los trabajadores de la salud que laboran para el MINSA en el municipio de Somotillo. [Tesis Licenciatura]. Nicaragua: Facultad de ciencias médicas - Leon, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2017.

Este virus es replicado en órganos linfoides como el bazo, ganglios linfáticos y tejidos linfoides relacionados con el intestino. Al ser una infección crónica donde ocurre una replicación viral con rapidez, a diario ocurre una destrucción linfocítica masiva acompañada de regeneración celular masiva, e implica una producción elevada de nuevos viriones que dará lugar a una destrucción de células CD4. Cuando las reservas corporales ya no pueden ser compensadas y se agotan, los linfocitos desembocan en una depleción produciendo una inmunodeficiencia adquirida.^{2, 6}

Infección celular.

El VIH necesita infectar a una célula viva para poder replicarse, las etapas de este proceso son las siguientes:

- **Adherencia y entrada:** al penetrar el VIH en el organismo y una vez dentro del torrente sanguíneo se lleva a cabo el primer paso que es la adherencia de la cubierta viral a la molécula CD4, una glicoproteína que es el receptor celular específico y se encuentra localizada en la superficie de las células CD4, CD8 y macrófagos y es identificada por la GP120 del virus. La molécula CD4 es ayudada de co-receptores para lograr la entrada del VIH al interior de la célula, los más importantes co-receptores son CCR5 y CXCR4.

Al generarse un cambio de conformación que desencadenan la unión a co-receptores se permiten la interacción de gp41 sobre la membrana y el ingreso del core al interior de la célula.⁶

➤ Etapa de síntesis de ADN: el virus al ser reconocido como cuerpo extraño el sistema lisosómico desencadena un sistema de defensa destruyendo la nucleocápside, liberando el ARN de cadena simple. La transcriptasa reversa lleva un proceso de retrotranscripción convirtiéndolo en ADN de cadena doble y es transportado al núcleo como provirus.⁶

➤ Etapa de integración: estando en el núcleo celular, el provirus (ADN viral) se integra al ADN celular por medio de una unión covalente. Para que esta etapa suceda debe estar formado el complejo de integración, en el cual la enzima integrasa esconde el provirus dentro del ADN de la célula hasta activarse.⁶

➤ Transcripción y expresión genética: cuando la célula recibe señal de volverse activa, se crean copias del material genómico del VIH por la polimerasa del ARN. Otros segmentos cortos de ARN se crean y son conocidos como ARN mensajero (ARNm), su función es ser modelo o patrón para la formación de cadenas largas de proteínas del VIH.⁶

➤ Ensamblaje: la proteasa del virus se encarga de cortar las proteínas del VIH en pequeñas proteínas individuales, a medida que estas se unen a las copias del ARN viral del VIH, se ensambla una nueva partícula del virus.⁶

➤ Salida y maduración: al ser sintetizadas las proteínas virales, deben ser procesadas de forma postraducciona antes de ensamblarse en partículas virales maduras. El procesamiento por la proteasa viral es fundamental en la maduración del VIH, cuando los viriones han sido

madurados y se han ensamblado correctamente las proteínas virales, el nucleocápside se dirige a la membrana celular para recubrirse de la membrana lipídica y de las glucoproteínas para finalmente liberarse por gemación.⁶

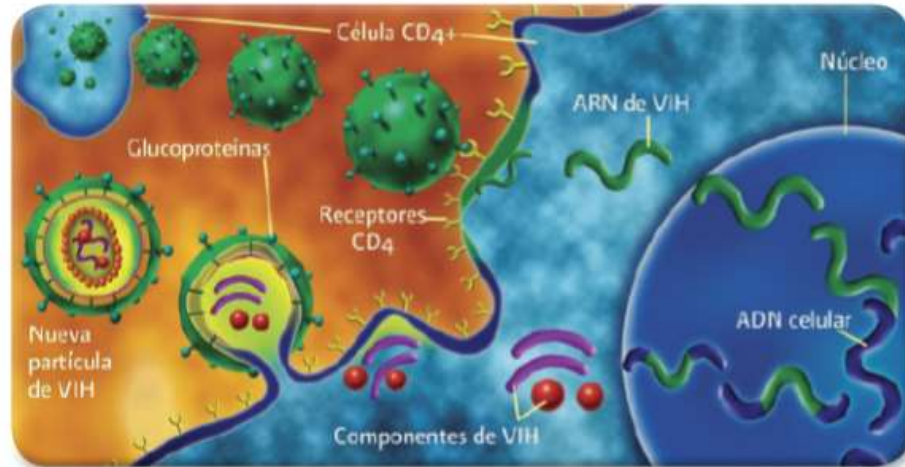


Figura 2. Infección celular.

Fuente: Guía para la Atención Estomatológica en Personas con VIH. [En línea]. CENAPRECE/CENSIDA. México. 2015

3.3.1 Transmisión del VIH.

El VIH es un virus que penetra por vía hematológica, se transfiere de una persona a otra. Las principales vías de transmisión se presentan a continuación:

- Transmisión sanguínea.⁶
 - Por uso de drogas por vía intravenosa.
 - Punción con agujas o jeringas contaminadas con sangre.
 - Trasplante de órganos.
 - Transfusión de sangre y sus componentes.
 - Inseminación artificial.
- Transmisión sexual.⁶
 - Tener relaciones sexuales sin protección con personas que desconocemos su estado de infección por VIH.
 - Ser o haber sido pareja sexual de alguien infectado con VIH.
 - Tener múltiples parejas sexuales sin utilizar protección.

- Antecedentes recientes de alguna infección de transmisión sexual.
 - Transmisión vertical.⁶
 - Madre embarazada infectada al producto.

A continuación se muestra una tabla con la probabilidad de transmisión del VIH, según la práctica o evento y condición. (Tab. 1)

Practica o evento	Condición	Probabilidad de Transmisión
Sexo vaginal.	Hombre a mujer sin condón	0.001%
	Mujer a hombre sin condón	0.0005%
	Hombre a mujer con condón	0.000025%
	Mujer a hombre con condón	0.0000125%
Sexo anal receptivo	Sin condón	0.02%
	Con condón	0.0008%
Sexo anal insertivo	Sin condón	0.0087%
	Con condón	0.00035%
Sexo oral	Hombre a mujer sin condón	No existe registro confiable
	Mujer a hombre sin condón	
	Hombre a mujer con condón	
	Mujer a hombre con condón	
Utilizar la misma aguja o jeringa para drogas inyectadas	Se limpia con cloro y agua	0.3%
Utilizar la misma aguja o jeringa para drogas inyectadas	No se limpió o se limpia solo con agua	0.9%
Compartir equipo de inyección		0.0067%

Tabla 1. Probabilidad de transmisión.

Fuente: Guía para la Atención Estomatológica en Personas con VIH. [En línea]. CENAPRECE/CENSIDA. México. 2015

3.4 Historia natural de la infección.

Desde el contacto con el virus VIH a la infección primaria pueden transcurrir varios años, al no ser tratada con antirretrovirales llega a la fase de SIDA y posteriormente a la muerte. Durante este transcurso su monitorización se puede llevar a cabo por medio del cuadro clínico que vaya presentando el paciente, los conteos en sangre de linfocitos CD4, así como concentraciones plasmáticas de ARN/VIH. ¹

Autores como Boza nos presenta las fases con fines didácticos divididas en varias etapas bien establecidas.¹ (Fig. 3)

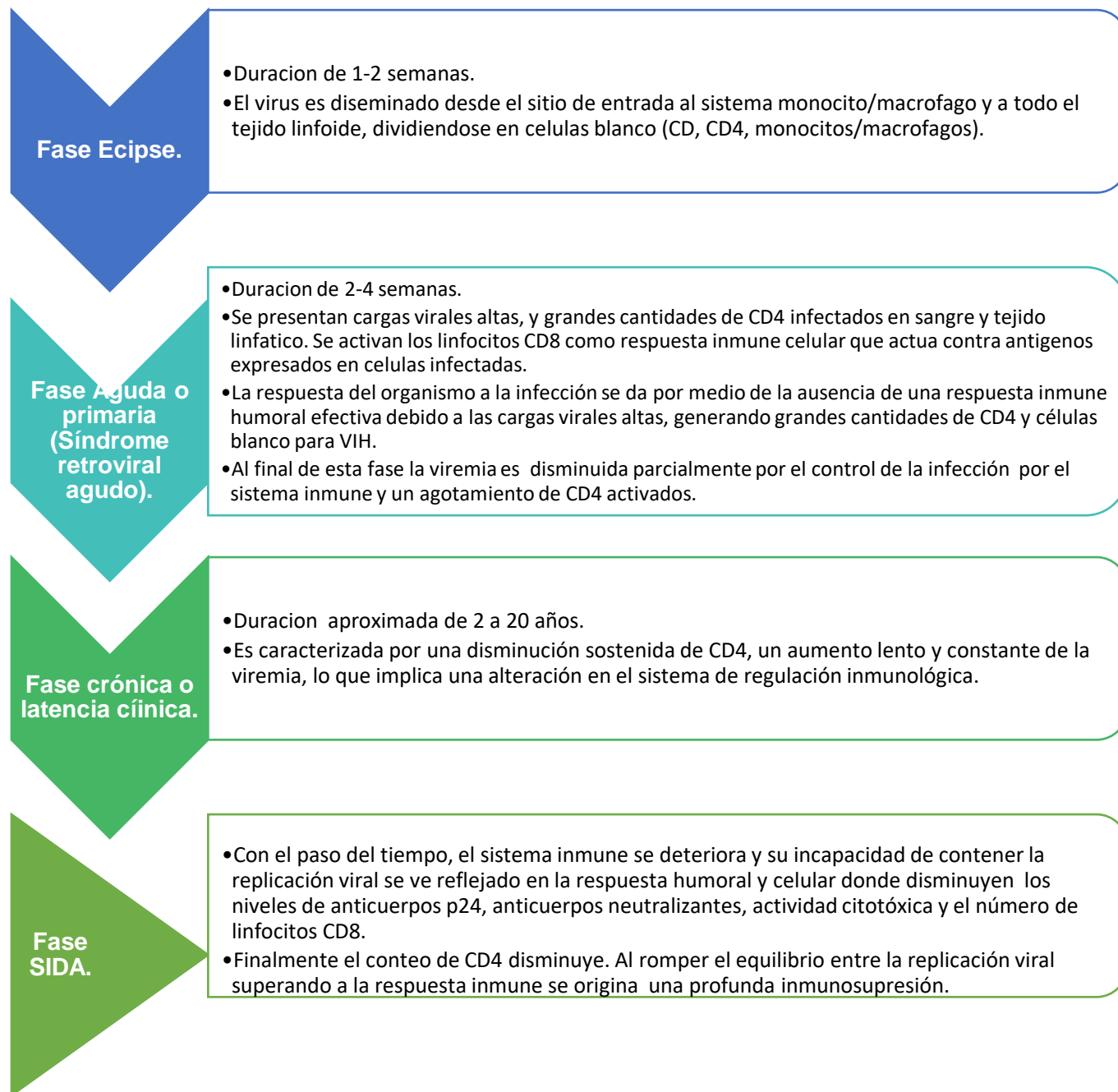


Figura 3. Historia natural de la infección.

Fuente: Chamorro Arostegui, LJ. Betanco Altamirano NC. Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en los trabajadores de la salud que laboran para el MINSA en el municipio de Somotillo. [Tesis Licenciatura]. Nicaragua: Facultad de ciencias médicas - Leon, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2017. Boza Cordero, R. Patogénesis del VIH/SIDA. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR - HSJD. 2017; 5 (1): 28 - 46

3.5 Epidemiología.

En el mundo.⁷

Datos del ONUSIDA en su hoja informativa del 2019, nos menciona que al cierre del año 2018 se presentaron los siguientes datos.

Estimaciones mundiales en adultos.

- ✓ 37.9 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo.
- ✓ 1.7 millones de personas contrajeron la infección por el VIH.
- ✓ 770 mil personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA.
- ✓ 74.9 millones de personas contrajeron VIH desde el comienzo de la epidemia.
- ✓ 32.0 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA desde el comienzo de la epidemia.

En Latinoamérica.⁸

- ✓ 1.9 millones de personas vivía con VIH.
- ✓ 100 mil nuevas infecciones por VIH. 274 personas adquieren el VIH diariamente.
- ✓ 35 mil defunciones a causa del SIDA.
- ✓ 1.2 millones de personas viviendo con VIH y con acceso a TAR.
- ✓ 8 de cada 10 personas se encuentran en tratamiento antirretroviral.

En México.⁸

Los siguientes datos presentados fueron tomados de la página CENSIDA, y nos muestra la siguiente información.

- ✓ Desde 1983 que se reportó el primer caso de SIDA en México hasta el 11 de noviembre de 2019, se encuentran en el registro de vigilancia epidemiológica 301 mil 182 personas con infección por VIH, de las cuales

178 mil 310 personas se encontraban vivas (59%), 108 mil 538 ya fallecieron (36%) y 16,077 se desconoce su estatus actual (5%).

- ✓ En 2018 se registraron 11 mil infecciones nuevas por VIH.
- ✓ Diariamente 30 personas adquieren VIH.

Los estados con mayor número de casos de VIH por 100.000 habitantes son:

- ✓ Quintana Roo 31.9
- ✓ Campeche 16.1
- ✓ Colima: 13.2
- ✓ Veracruz: 12.9
- ✓ Tabasco: 12.7

Estados con mayor número de casos de SIDA por 100.00 habitantes son:

- ✓ Campeche: 17.2
- ✓ Quintana Roo: 15.3
- ✓ Yucatán: 12.9
- ✓ Morelos: 9.2
- ✓ Baja california: 8.6

Las personas que continúan registradas como seropositivas a VIH son 92,821 casos de 1984-2019, de los cuales 20,074 (21.6%) son mujeres y 72,747 (78.4%) son hombres. Los casos de SIDA notificados de 1983-2019 fueron 210,104. En 2018 se registraron diagnosticados de VIH y de SIDA 17,183 casos, de los cuales de SIDA fueron 6,396 y de VIH: 10,787. Para 2019 los casos diagnosticados de VIH y de SIDA fueron 13,876, donde de VIH fueron 8,757 y de SIDA 5,119.⁸

3.6 Manifestaciones sistémicas.

El cuadro siguiente representa la sintomatología que puede llegar a presentarse según las fases de la historia natural de la infección. (Fig. 4)

Fase	Sintomatología
Fase eclipse	Clínicamente no se presentan manifestaciones, pues la viremia es indetectable y no hay aun respuesta inmune.
Fase aguda o primaria	Se puede presentar fiebre, adenomegalias dolorosas cervicales, síntomas similares a la influenza, diarrea leve, raramente meningitis aséptica y síndrome de mononucleosis.
Fase crónica o latencia clínica	Generalmente es asintomático o con manifestaciones leves como linfadenopatias generalizadas crónicas, en estadios avanzados se puede presentar pérdida de peso leve, candidiasis, trombocitopenia, sudores nocturnos, diarrea y fiebre prolongada.
Fase SIDA	Se caracteriza por aparición de infecciones oportunistas como estomatomicosis, herpes zoster o, con lo más grave, neumonía por pneumocytis carinii.

Figura 4. Manifestaciones sistémicas.

Fuente: Boza Cordero, R. Patogénesis del VIH/SIDA. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 2017; 5 (1): 28 – 46 Collier L, Oxford J. Virología Humana. 3ra edición. Corea. Mc Graw Hill. 2008

En el siguiente apartado de clasificación del VIH se desglosan las manifestaciones clínicas que se presentan por estadio.

3.7 Clasificación del VIH.

Para su estudio la CDC (Centers for Disease Control and Prevention - Centro de Control y Prevención de Enfermedades) de Atlanta realizó dos clasificaciones. La primera en 1986, basándose en las características clínicas de los pacientes, dividiendo la infección en cuatro fases, cabe mencionar que esta clasificación está en desuso por lo que no se aplica en pacientes ni planes de tratamientos. La segunda clasificación creada en 1993 divide a la infección en estadios con tres

categorías (A, B y C), y se basa en las características clínicas así como en el conteo de células CD4.⁴

- Sistema de clasificación para la infección por VIH del CDC de Atlanta de 1993. (Fig. 5)

Sistema de clasificación de la infección por VIH (CDC 1993)

Categoría			
Conteo de CD4	A	B	C
>500	A1	B1	C1
200-500	A2	B2	C2
<200	C1	C2	C3

Figura 5 .Sistema de clasificación de la infección por VIH (CDC 1993).

Fuente: Guía para la Atención Estomatológica en Personas con VIH. [En línea]. CENAPRECE/CENSIDA. México. 2015

Esta clasificación nos permite identificar el estado del paciente de acuerdo a sus manifestaciones clínicas, posteriormente asignarle un plan de tratamiento individualizado por el médico tratante, siendo una guía para el odontólogo y crear un tratamiento integral. Consta de nueve estadios con tres categorías, que se combinan entre los síntomas que se presentan y el conteo CD4.⁴

La sintomatología se presenta a continuación de acuerdo a cada categoría y fue tomada de la Guía para la atención estomatológica en personas con VIH. ⁴

- Categoría “A” para infección asintomática o con síntomas leves, de corta duración, no recurrentes y que ceden ante tratamientos convencionales
 - Infección asintomática por VIH.
 - Linfadenopatía generalizada persistente.
 - Síndrome retroviral agudo (Infección aguda por VIH).
- Categoría “B” (Antes llamada “Complejo Relacionado a SIDA”) para la presencia de síntomas que pueden ser más severos pero que aún son controlables a mediano o corto plazo con tratamientos convencionales y que tardan un poco más en reincidir.

- Angiomatosis bacilar.
 - Leucoplasia pilosa.
 - Candidiasis oral o vaginal recurrente.
 - Displasia cervical.
 - Síndrome de desgaste > 1 mes.
 - Neuropatía periférica.
-
- Categoría C:
 - Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
 - Candidiasis esofágica.
 - Coccidioidomicosis generalizada.
 - Criptococosis extrapulmonar.
 - Criptosporidiasis con diarrea de más de 1 mes.
 - Infección por citomegalovirus de un órgano diferente al hígado, bazo o ganglios linfáticos.
 - Retinitis por citomegalovirus.
 - Encefalopatía por VIH.
 - Infección por el virus del herpes simple que cause úlcera mucocutánea de más de 1 mes de evolución, bronquitis, neumonitis o esofagitis.
 - Histoplasmosis diseminada.
 - Isosporidiasis crónica.
 - Sarcoma de Kaposi.
 - Linfoma de Burkitt o equivalente.
 - Linfoma inmunoblástico o equivalente.
 - Linfoma cerebral primario.
 - Infección por MAI o M kansasii diseminada o extrapulmonar.
 - Tuberculosis extrapulmonar o diseminada.
 - Infección por otras micobacterias, diseminada o extrapulmonar.
 - Neumonía por P jirovecci.
 - Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
 - Sepsis recurrente por especies de Salmonella que no sean S typhi.

- Toxoplasmosis cerebral.
- Síndrome de desgaste.
- Carcinoma de cérvix invasivo.
- Tuberculosis pulmonar.
- Neumonía recurrente.

Podemos resumir que la categoría “A1” se encuentra en una fase inicial, el “B2” en una fase intermedia, y por último el “C3” una fase final. Estas infecciones son relacionadas a SIDA si son pacientes con seropositividad a VIH. Es importante mencionar que dentro de estas categorías se puede pasar de una a otra sin cursar por una intermedia, y en casos pocos frecuentes de un estadio con mayor complejidad a uno de menor gravedad y viceversa. Las personas con categoría “C” son considerados casos de SIDA.⁴

Cuando por ejemplo se pasa de un de un estadio “A2” a un “C2”, o a un “B3”, es debido a la poca efectividad de los tratamientos, a la resistencia desarrollada por el virus, a problemas de conducta del paciente como desapego a los tratamientos, a seguir con prácticas de riesgo que lo lleven hacia una reinfección o simplemente por no seguir las recomendaciones higiénico-dietéticas de su médico.⁴

3.8 Manifestaciones orales.

En los pacientes infectados con VIH es de suma importancia la identificación temprana de lesiones bucales, el mantener una adecuada higiene y la visita periódica al odontólogo.

Autores como Ramírez y cols nos demuestran que entre las lesiones más frecuentes que se presentan en cavidad Oral son la Candidiasis Bucal (CB) y la Leucoplasia Velloso (LV), pues su estudio pudo confirmar la utilidad del diagnóstico de CB y LV como lesiones indicadoras de la infección por el VIH. Por su parte Dávila y cols agregan que seguido de estas manifestaciones hay un 30 o 40 % de presentar herpes simple, o queilitis angular, entre otras infecciones oportunistas.^{9, 10}

Un estudio realizado por Ranganathan y Rao Umadevi nos aporta que existe una fuerte asociación entre CB y tuberculosis, este hallazgo sugiere que CB puede

proporcionar evidencia clínica de mayor riesgo de tuberculosis y contribuir a la identificación temprana de esta enfermedad, en cuanto a la LV su estudio reafirma lo dicho por Ramírez y Dávila y mencionan que su presencia también se ha utilizado como criterio para el inicio de la terapia antirretroviral, estadificación clínica y clasificación para la correlación con la carga viral del VIH.¹¹

Gálvez nos señala que entre las infecciones bacterianas se presentan gingivitis ulcero-necrotizante, y entre las neoplásicas la más relacionada con VIH es el sarcoma de Kaposi.¹²



Figura 6. a) Candidiasis Pseudomembranosa. b) Candidiasis eritematosa crónica que afecta el dorso de la lengua. c) Queilitis angular bilateral.

Fuente: Ranganathan Kannan, Rao Umadevi Krishna Mohan. Common oral opportunistic infections in Human Immunodeficiency Virus infection/Acquired Immunodeficiency Syndrome: Changing epidemiology; diagnostic criteria and methods; management protocols. *Periodontology* 2000. 2019; 80: 177-188.

Consultando la literatura podemos complementar con la siguiente información que fue realizada por el grupo clasificador de la « E.C. Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO collaborating centre on oral manifestations of the immunodeficiency virus» en septiembre de 1992, marcando unos criterios diagnósticos más precisos para las lesiones orales. Esta clasificación distingue tres grupos principales:¹³

Grupo 1. Lesiones asociadas comúnmente con la infección por VIH.

- Candidiasis
 1. Eritematosa.
 2. Pseudomembranosa.
- Leucoplasia Velloso.
- Enfermedades periodontales
 1. Eritema gingival lineal
 2. Gingivitis necrotizante.
 3. Periodontitis necrotizante.
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma no hodkiniano.

Grupo 2. Lesiones menos asociadas comúnmente con la infección por VIH.

- Enfermedades de las glándulas salivales:
 1. Aumento uní o bilateral.
 2. Xerostomia por disminución del flujo.
- Infecciones víricas (excluyendo el virus de Epstein-Barr).
 1. Herpes Simple.
 2. Virus del papiloma Humano:
 - a) Condiloma acuminado.
 - b) Hiperplasia focal epitelial.
 - c) Verruga Vulgar.
 3. Virus de la varicela zoster:
 - a) Varicela
 - b) Herpes zoster.
- Púrpura trombocitopénica.
- Manchas melánicas.
- Infecciones bacterianas producidas por:
 - a) *Mycobacterium avium intracellulare*
 - b) *Mycobacterium tuberculosis*.

- Ulceraciones NOS (Non Otherwise Specified).

Grupo 3. Lesiones asociadas probablemente con la infección por VIH.

- Infecciones bacterianas producidas por:
 1. Actinomyces israelii.
 2. Escherichia coli.
 3. Klebsiella pneumoniae.
- Angiomatosis epiteliode bacilar.
- Enfermedad por arañazo de gato.
- Reacciones por fármacos: (ulcerada - eritema multiforme - liquenoide).
- Infección, es por hongos (excluyendo candidiasis):
 1. Cryptococcus neoformans.
 2. Geotrichum candidum.
 3. Histoplasma capsulatum.
 4. Mucoreaceae.
 5. Aspergillus flavus.
- Alteraciones neurológicas:
 1. Neuralgia del trigémino.
 2. Parálisis facial.
- Aftosis oral recidivante.
- Infecciones víricas:
 1. Citomegalovirus (CMV).
 2. Molluscum contagiosum



Figura 7. a) Ulcera en borde lateral de la lengua. b) Leucoplasia vellosa en borde lateral de la lengua. c) Carcinoma invasivo de células escamosas. d) Linfoma que afecta la región submandibular y submental.
Fuente: Ranganathan Kannan, Rao Umadevi Krishna Mohan. Common oral opportunistic infections in Human Immunodeficiency Virus infection/Acquired Immunodeficiency Syndrome: Changing epidemiology; diagnostic criteria and methods; management protocols. *Periodontology* 2000. 2019; 80: 177-188.

3.9 Métodos de diagnóstico.

Un diagnóstico oportuno de la infección por VIH, trae consigo beneficios para el paciente y para el sector público, de esta manera se garantiza una calidad de vida digna a los pacientes y se evita la transmisión de esta infección a personas seronegativas.

El diagnóstico definitivo solo debe ser establecido por métodos de laboratorio, las manifestaciones clínicas no son suficientes para determinar la infección. Las pruebas más usadas son las de tamizaje, son pruebas presuntivas de reactivo, por lo que deben de ser confirmadas por una segunda prueba, que son técnicas de laboratorio que arrojan un resultado definitivo sobre la presencia del virus en el organismo.^{4, 6}

La prueba más conocida y usada con frecuencia es la de ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay - Ensayo de Inmunoabsorción Ligado a Enzimas) que se ha usado como de tamizaje o presuntiva y es una técnica de “inmuno absorción de enzimas”, que no solo detecta VIH si no otros virus. A pesar de ser confiable se necesita de una prueba confirmatoria para un diagnóstico definitivo como lo marca la NOM-010-SSA2-2010. ⁴

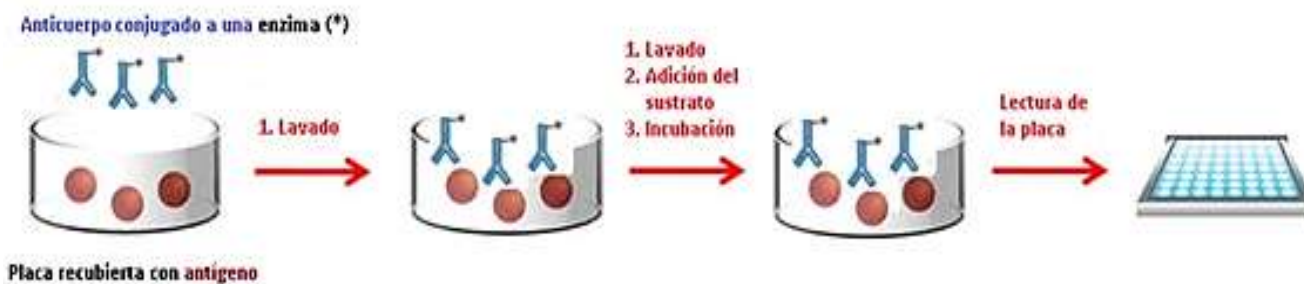


Figura 8. Esquema simplificado de un ensayo ELISA directo.

Fuente: e-allscience.com [internet]. ELISA: ¿QUÉ ES? ¿EN QUÉ CONSISTE? ¿CUÁLES SON LOS DISTINTOS TIPOS DE ENSAYO Y EN QUE SE DIFERENCIAN?: c2020 [citado 2020 Febrero 06].

Disponible en: <https://www.e-allscience.com/blogs/news/elisa-que-es-en-que-consiste-cuales-son-los-distintos-tipos-de-este-ensayo-y-en-que-se-diferencian>

El Western Blot es la prueba confirmatoria más usada, que consiste en una técnica de inmunoelectrotransferencia, por lo que se requiere de una muestra de sangre y su proceso es más elaborado realizándose en laboratorios especializados. Otra prueba de confirmación es el PCR (Polymerase Chain Reaction - Reacción de Polimerasa en Cadena).⁴

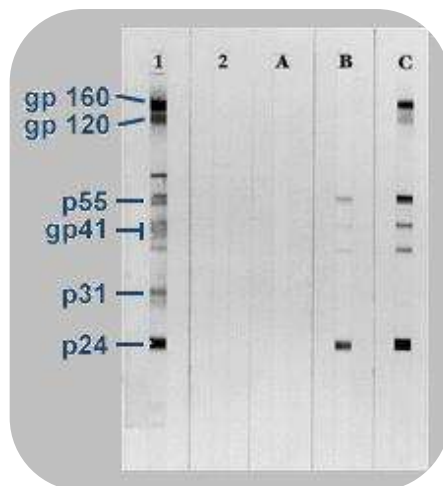


Figura 9. Resultado de Western Blot que confirma la presencia de proteínas relacionadas con el VIH como la p24.

Fuente: step1.medbullets.com [internet]. Western Blot; c2020 [citado 2020 Febrero 06].

Disponible en: <https://step1.medbullets.com/immunology/105058/western-blot>

Estudios como el de la autora Araya y cols nos dicen que existen elementos para que los pacientes se realicen o no la prueba ELISA, los cuales dividen en elementos facilitadores y elementos que dificultan la toma del examen del VIH, se consideran de interés pues al ser un método para el diagnóstico oportuno se debe conocer que factores se interponen en la decisión de los pacientes al realizarla.

- Elementos facilitadores para la toma del examen del VIH.¹⁴
 - ✓ Realizar acciones riesgosas con personas infectadas.
 - ✓ El apoyo social o familiar pues al contar con esta red genera confianza una vez conocido el resultado.
 - ✓ El trato de confianza y confidencialidad del profesional de salud es indispensable
 - ✓ Promocionar la disposición del test en los centros de salud y generar el acceso al tratamiento.

- Elementos que dificultan la toma del examen del VIH.¹⁴
 - ✓ El miedo al resultado, el estigma y la discriminación.
 - ✓ Personas que se consideran de bajo riesgo por el contagio de VIH y mantener relaciones sexuales con múltiples parejas.
 - ✓ La desconfianza que genera el profesional de la salud a la confidencialidad y privacidad.
 - ✓ La falta de información sobre la infección dificulta su toma.
 - ✓ Desconocimiento sobre la disponibilidad del examen y el tiempo de espera de los resultados generan tensión y ansiedad en las personas que experimentan el proceso.

3.9.1 Recuento CD4 y carga viral.

Los recuentos de linfocitos CD4 proporcionan información sobre la función inmune general del paciente. Es una medida que nos ayuda a predecir el riesgo de infecciones oportunistas, así como la posterior progresión de la enfermedad y la

supervivencia, se utiliza para determinar la necesidad de iniciar o suspender profilaxis por alguna infección. El rango normal es de 500 a 1500 células / μL . Las infecciones oportunistas sistémicas y orales comienzan a aparecer cuando el recuento de CD4 disminuye a menos de 500 células / μL , al llegar a menos de 200 células / μL se considera una inmunosupresión grave y se predispone al paciente a infecciones potencialmente mortales.¹⁷

La carga viral se utiliza como un marcador de replicación viral y mide la cantidad de copias de ARN del virus que están presentes en la sangre. El rango es indetectable (<20–50 copias dependiendo de la prueba utilizada) a más de 750,000 copias / ml. Es el indicador más importante de eficacia a la respuesta de la terapia antirretroviral, cuando la carga viral es mayor a 200 copias / ml en presencia de terapia antirretroviral es considerada una falla virológica.¹⁷

3.10 Tratamiento.

El VIH es un virus que se controla por medio de un tratamiento antirretroviral (TAR) que ayuda a reducir el riesgo de progresión de la enfermedad, aún si no se presentan manifestaciones clínicas, o independiente del conteo de CD4. De esta manera se previene la transmisión y mantenimiento sano del paciente.¹⁵

La CDC nos menciona que una vez diagnosticado es importante iniciar lo antes posible con la terapia antirretroviral pues los beneficios son reducir la cantidad de VIH en el organismo, y previene la resistencia a los medicamentos cuando el virus cambia de forma.¹⁶

El objetivo principal del tratamiento del VIH es reducir la replicación del virus, evitando así el deterioro del sistema inmunitario que conduce al desarrollo de infecciones oportunistas y cánceres. Un estímulo secundario es reducir el riesgo de transmisión del VIH al reducir el nivel de viremia a niveles indetectables, lo que disminuye la infectividad. Las 6 clases de fármacos actualmente utilizados para el tratamiento son:

- Inhibidores de la transcriptasa reversa de nucleósidos y nucleótidos (INTR): Bloquean la enzima transcriptasa inversa necesaria para que el VIH se copie.
- Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos (INNTR): Altera la transcriptasa inversa.
- Inhibidores de la proteasa (IP): Bloquea la enzima proteasa necesaria para la replicación.
- Inhibidores de fusión: Impide que el VIH ingrese a las células CD4.
- Inhibidores de entrada: Bloquea las proteínas CCR5 correceptor en las células CD41 necesarias para la entrada del VIH.
- Inhibidores de transferencia de cadena de integrasa: Bloquea la enzima integrasa necesaria para la replicación del VIH.¹⁷

Los tratamientos antirretrovirales actuales pueden lograr una supresión casi completa de la replicación viral, previniendo la transmisión del VIH y prolongando la supervivencia a casi expectativas de vida normales y reducción de la morbilidad relacionada con el VIH. Sin embargo, incluso sin una carga viral detectable, los reservorios latentes de VIH en las células T en reposo siguen siendo una barrera importante para curar la infección por VIH.¹⁷

Los efectos secundarios que puede causar el TAR son los siguientes:¹⁶

- ✓ Náuseas
- ✓ Vómito
- ✓ Diarrea
- ✓ Dificultad para dormir
- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Vértigo
- ✓ Fatiga
- ✓ Dolores en general.

En la siguiente imagen se describen las ventajas y desventajas del inicio temprano de los antirretrovirales, según la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH del CENSIDA. (Fig. 10)

Potenciales ventajas y desventajas del inicio temprano de la terapia antirretroviral

Ventajas potenciales	Desventajas potenciales
Disminuye la activación inmune y el estado inflamatorio crónico.	Es un tratamiento de por vida.
Minimiza: 1. Desgaste del sistema inmune. 2. Evolución del VIH. 3. Diseminación del VIH a reservorios celulares y en órganos santuarios.	Requiere un óptimo cumplimiento en su toma y en caso de NO tener buena adherencia: - Desarrollo de falla virológica y resistencia viral. - Limita opciones terapéuticas subsiguientes. - Transmisión de cepas virales resistentes. - Evolución viral hacia mayor virulencia.
Disminuye la incidencia de enfermedades no definitivas de sida: - Cardiovasculares - Renales - Hepáticas - Neurológicas - Oncológicas	Riesgo de efectos secundarios y tóxicos de los medicamentos*: - Gastrointestinales - Cardiovasculares - Renales - Hepáticos - Cutáneos
Evita la presentación de infecciones oportunistas y neoplasias asociadas al sida.	Percepción de menor riesgo de transmitir o de reinfectarse por el VIH y el no cumplimiento de relaciones sexuales protegidas.**
Alarga la expectativa de supervivencia.	Expectativa de que la terapia es meramente un método de «sexo seguro» para tener relaciones sexuales no protegidas.
Evita la pérdida de pacientes de la cadena de atención médica.	Representa un mayor costo inmediato para el sistema de salud, aunque a la larga se traducirá en importantes ahorros monetarios.
Disminuye la posibilidad de transmisión del VIH.	
* Debe ponderarse que el aumento del riesgo para enfermedad cardiovascular, daño renal y óseo puede ser imputado solo parcialmente a potenciales efectos adversos a los medicamentos, pues también contribuye en su patogenia la propia replicación permanente del virus y el estado inflamatorio crónico; fenómenos que justamente se tratan de minimizar con la terapia antirretroviral. ** Debe insistirse en adoptar prácticas sexuales protegidas para evitar la transmisión del VIH, así como de brotes con cepas resistentes.	

Figura 10. Potenciales ventajas y desventajas del inicio temprano de la terapia antirretroviral.

Fuente: Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. CENSIDA/Secretaría de Salud. México. 2014.

Se recomienda el inicio de TAR a todos los adultos con infección crónica VIH que presentan alguna de las siguientes situaciones:

- Enfermedad oportunista de estadio C, independientemente del recuento de CD4.¹⁸
- En pacientes asintomáticos o con manifestaciones de etapa B que tengan recuentos de linfocitos CD4 menores de 350 células/ mm³. Con recuentos de CD4 entre 200 y 350 células/ mm³ se debe contar con 2 mediciones consecutivas bajo 350 células/ mm³ (estas mediciones se deben realizar con 1 mes de diferencia) mientras que con recuentos inferiores a 200 células/ mm³ basta con 1 determinación.¹⁸
- Los pacientes con CD4 menor de 200 células/ mm³ deben además iniciar profilaxis de la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* con Cotrimoxazol o Dapsona y mantenerla hasta que el recuento CD4 supere las 200 células/ mm³ y la carga viral sea indetectable.¹⁸
- En los pacientes con CD4 menor de 100 células/ mm³, que son aquellos que presentan el mayor riesgo de progresión y muerte, la TAR con esquema de primera línea debe iniciarse precozmente (dentro de 7 días desde la indicación médica). Si los recuentos CD4 son inferiores a 50 células/ mm³, se debe iniciar, además de la profilaxis de *Pneumocystis jiroveci*, profilaxis de infección por micobacterias atípicas con Azitromicina.¹⁸

Los antirretrovirales más usados como tratamiento inicial son los inhibidores de la transcriptasa reversa de nucleósidos y nucleótidos como: ¹⁸

- ✓ Zidovudina (AZT)
- ✓ Abacavir (ABC)
- ✓ Didanosina (ddI)
- ✓ Tenofovir (TDF)
- ✓ Emtricitabina (FTC)
- ✓ Lamivudina (3TC)

Otro esquema antirretroviral puede ser un INNTR como: ¹⁸

- ✓ Nevirapina (NVP)
- ✓ Efavirenz (EFV)
- ✓ Delaviridina

En inhibidores de proteasa como ¹⁸

- ✓ Ritonavir (RTV o r)
- ✓ Indinavir (IDV),
- ✓ Lopinavir/ ritonavir (LPV/r)
- ✓ Saquinavir (SQV)
- ✓ Fosamprenavir (FPV)
- ✓ Atazanavir (ATV)
- ✓ Darunavir (DRV).

Ritonavir ya no se utiliza como antirretroviral debido a su mala tolerancia gastrointestinal pero es un potente inhibidor de la isoenzima 3A4 del citocromo p450, por lo que la adición de este fármaco a otros IP en dosis de 100 a 200 mgs/día aumenta considerablemente sus niveles plasmáticos (IP reforzados o “boosted”), lo que se asocia con un aumento de la eficacia virológica y disminución del riesgo de desarrollo de resistencia.¹⁸

Se recalca la importancia del diagnóstico oportuno para evitar iniciar una terapia antirretroviral en estadios e avanzados que culminara en el progreso de la enfermedad y muerte pese a TAR. Por lo tanto, el tratamiento de la infección por VIH requiere una administración de por vida a la terapia para mantener la supresión viral.^{17 18}

3.10.1 Tratamiento de las manifestaciones orales.

Ranganathan Kannan y Rao Umadevi Krishna Mohan nos señalan los siguientes esquemas donde se muestra un resumen de protocolos de manejo de lesiones orales en pacientes infectados por VIH: ¹¹

- Cándida bucal:
 - Fluconazol, 100 mg PO QD, 7-14 días.
 - Solución oral de Itaconazol, 200 mg PO QD, 7-14 días.
 - Troches de clotrimazol, 10 mg PO 5 x / d, 7-14 días.
 - Suspensión de nistatina en resistencia a fluconazol, 4-6 ml QID o 1-2 pastillas aromatizadas PO 4-5 x / d, 7-14 días.
 - Anfotericina B desoxicolato, 0.3 mg / kg IV QD.

- Leucoplasia vellosa:
 - Aciclovir oral, 800 mg cada 6 h, 20 días.
 - Valaciclovir sistémico, 1000 mg, 28 días.
 - Desciclovir sistémico, 250 mg, 14 días.

- Infección por virus de herpes simple:
 - Valaciclovir, 1 g PO 5-10 días.
 - Famciclovir, 500 mg PO 5-10 días.
 - Aciclovir, 400 mg PO 5-10 días.

- Virus de papiloma humano:
 - Farmacoterapia (cidofovir, bleomicina, cimetidina, podófilo o interferón en combinación o no con inyecciones subcutáneas), cirugía (electrocirugía, criocirugía, o láser de CO²), o una combinación de los anteriores.
 - Podofilotoxina (como solución o gel al 0,5%) aplicada tópicamente a las verrugas dos veces al día durante 3 días, seguidos, los 4 días siguientes sin tratamiento. El tratamiento puede repetirse semanalmente hasta por cuatro ciclos

- Imiquimod (crema al 5%) es una aplicación tópica en el sitio de la verruga una vez al día a la hora de acostarse tres veces a la semana por hasta 16 semanas.
 - Crioterapia quirúrgica: láser
 - Aplicación única de ácido tricloroacético o ácido bicloroacético (80-90%). Repetido una vez en 3-6 semanas
- Sarcoma de Kaposi:
 - Vinblastina (0.2 mg / mL en cantidades de 0.1 mL por lesión de 0.5 cm, hasta 0.8 mg por lesión)
 - Tetradecilsulfato de sodio 3% intralesional 1-2 sesiones de tratamiento 3 días de diferencia, hasta 0.8 mL / lesión.
 - Enfermedades periodontales asociadas al VIH:
 - El eritema gingival lineal, la gingivitis ulcero-necrosante y la periodontitis ulcero-necrosante deben tratarse como lo estarían en pacientes no infectados con el VIH
 - Linfoma:

Agentes de infusión.

 - Etopósido, 50 mg / m² / d, días 1-4
 - Vincristina, 0.4 mg / m² / d, para los días 1-4
 - Doxorubicina, 10 mg / m² / d, para los días 1-4

Agentes de bolo

 - Ciclofosfamida, 750 mg / m² / d, día 5
 - Prednisona 1-5 días,

Agentes biológicos

- G-CSF (factor estimulante de colonias de granulocitos), 300 µg, 6-15 días.
- Rituximab, 375 mg / m² / d, días 1 y 5.

Significado de las abreviaturas: PO – Per Os – Vía Oral, QD - Quaque die- A diario

4. Manejo odontológico del paciente VIH+.

4.1 Riesgos de infección.

El manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH – SIDA de la secretaria de salud en México, nos proporciona la siguiente información para las personas que están en riesgo de adquirir la infección por VIH.³

- Aquellas personas que realizan prácticas sexuales de riesgo:³
 - Personas que tienen una vida sexual activa y que, independientemente de su preferencia sexual, realizan prácticas sexuales sin protección. (Métodos de barrera mecánica).
 - Personas que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual y realizan prácticas sexuales sin protección.
 - Personas que, a su vez, tienen varios compañeros sexuales.
- Aquellas personas expuestas a condiciones de riesgo, diversas de la actividad sexual:³
 - Personas que recibieron transfusión de sangre o hemoderivados y que no fueron sometidos a la prueba de detección de VIH.
 - Usuarios de drogas que utilizan la vía intravenosa y comparten jeringas o agujas contaminadas.
 - Personal de salud o personas que atienden a pacientes, que tengan o hayan tenido accidentes con material punzocortante contaminado con sangre como agujas usadas en acupuntura, perforaciones y tatuajes.

De acuerdo a los riesgos de infección podemos determinar lo siguiente:

- Se va a considerar como una persona seropositiva a VIH cuando:³
 - Presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo personas asintomáticas que nieguen prácticas de riesgo.
- No se va a considerar a una persona como infectada si:³
 - Solo una de las pruebas de tamizaje realizadas resulto positiva.
 - Tiene dos resultados de pruebas de tamizaje positivas, pero la prueba suplementaria es negativa.
 - En el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje positivos, pero la prueba suplementaria indeterminada, deberá considerarse como posiblemente infectado y así se informará, recomendándose repetir diagnóstico de laboratorio (pruebas de tamizaje y confirmatoria) cada tres meses y al cabo de doce meses un resultado repetidamente indeterminado se considerará como negativo.

4.2 Medidas a considerar en el tratamiento odontológico.

4.2.1 Medidas de profilaxis antibiótica.

No existe evidencia científica que respalde la necesidad de profilaxis antibiótica para prevenir bacteremia y / o complicaciones orales después de procedimientos dentales en pacientes con VIH. Sin embargo, algunos autores recomiendan la profilaxis antibiótica antes de los procedimientos dentales invasivos (cirugía dental o tratamiento periodontal) en pacientes con un recuento de CD4 inferior a 200 células / mm³ asociado con un recuento de neutrófilos de menos de 500 células / ml. No hay restricciones en el tratamiento dental de pacientes estables con terapia antirretroviral, sin

embargo, es importante que el tratamiento se base en las características locales y en la prevención de enfermedades orales.¹⁹

4.2.2 Medidas de laboratorio.

Las pruebas de laboratorio se vuelven más importantes para ayudar a guiar las modificaciones en el tratamiento. Los valores de laboratorio para la hemoglobina, los glóbulos blancos (particularmente los neutrófilos, que son esenciales para prevenir infecciones bacterianas), las plaquetas y los valores de coagulación deben verificarse para asegurarse de que estén por encima de los niveles mínimos necesarios para el tratamiento antes de emprender procedimientos invasivos. Si el paciente tiene síntomas graves de SIDA que interfieren con la provisión de un tratamiento dental seguro o afectan la capacidad del paciente para soportar el tratamiento en un entorno de atención dental, se debe controlar el dolor y la infección, pero el tratamiento electivo debe diferirse hasta que la condición médica del paciente haya desaparecido. A continuación se presenta una tabla con los requerimientos mínimos para la atención odontológica. (Tab. 2)¹⁷

Valores de laboratorio mínimos en pacientes VIH+

Tipo de célula	Normal (células / mm ³)	Mínimo	Impacto en el cuidado dental
Hemoglobina.	Hombres 14 - 18 g/dL Mujeres 12 - 16 g/dL	<7 g / dL	Es necesario establecer el valor de referencia si se anticipa un sangrado excesivo. Consulta médica indicada para valores <7 g / dL.
Glóbulos blancos.	4500 10,000 células / mL (4.5 - 10.0)	2000 células / mL	Los recuentos de neutrófilos deben evaluarse si el conteo de glóbulos blancos total es <2000
Recuento absoluto de neutrófilos.	2,5000 - 7000 (2.5- 7.0)	500 (0.5)	Si es <500 (0.5), se necesita profilaxis antibiótica antes de los procedimientos invasivos.
Plaquetas.	150,000 - 450,000	50,000	Entre 100,000 y 70,000: medidas hemostáticas locales indicadas. Entre 70,000 y 50,000: caso por caso dependiendo de otros factores de riesgo de sangrado <50,000: puede ser necesaria una transfusión.
CD4/ Porcentaje CD4	544-1663	32-60%	A medida que disminuye el recuento CD4 / porcentaje CD4, las infecciones oportunistas aumentan.
	<500	<32%	Supresión inmunitaria primaria
	<400	<29%	Las infecciones oportunistas incluyen lesiones orales tempranas Monitoree la cavidad oral para detectar candida.
	20-400	14-28%	Mayor número y gravedad de las infecciones oportunistas Monitoree la cavidad oral en busca de infecciones oportunistas orales Recuento sanguíneo completo reciente / plaquetas antes de procedimientos invasivos.

	<200	<14%	Supresión inmunitaria severa, infecciones oportunistas mayores, diagnóstico de SIDA El paciente debe ser monitoreado de cerca por la presencia de infecciones orales; volver a acudir a las citas cada 3 a 4 meses Recuento sanguíneo completo reciente / plaquetas antes del procedimiento invasivo.
	<100		Infecciones oportunistas fatales, neoplasias, lesiones orales graves. El paciente debe ser monitoreado de cerca por la presencia de infecciones oportunistas orales; volver a acudir a las citas cada 2-3 meses. Recuento sanguíneo completo reciente / plaquetas antes del procedimiento invasivo.
Carga viral.	Rango de detección <20–50 hasta >750,000 copias / ml.		> 200 copias / ml pueden indicar falla virológica. Sin impacto directo en el cuidado dental.
PT (Tiempo de Protrombina)	11–14 s	<21 s	La consulta médica puede ser necesaria si se espera que el procedimiento cause un sangrado considerable. Una buena técnica quirúrgica con medidas hemostáticas locales agresivas suele ser suficiente.
PTT (Tiempo parcial de tromboplastina)	25–35 s	<55 s	
INR (Índice internacional normalizado)	0.8–1.2		

Tabla 2.

Fuente: Robbins Miriam R. Recent Recommendations for management of Human Immunodeficiency Virus-Positive Patients. Dent Clin N Am. 2017; 61: 365–387.

4.2.3 Medidas en el tipo de procedimiento odontológico.

Acciones preventivas:

- Control de placa dentobacteriana, protección a través del uso de enjuagues de clorhexidina al 0.12%, aplicación tópica de fluoruro, instrucción de cepillado dental con pasta fluorada, uso de hilo dental, así como el seguimiento de la salud bucal de la persona cada 3 meses.⁴

Tratamiento de Caries:

- Los pacientes VIH + son más propensos a padecer caries y xerostomía debido a los medicamentos del tratamiento y a la propia enfermedad, para formular un plan terapéutico y preventivo se toma como referencia el protocolo CAMBRA (Caries Management by Risk Assessment - Manejo de la Caries por la Evaluación del Riesgo) y se determina lo siguiente:¹⁷
 - Procedimientos restauradores apropiados para la caries existente, juntos con técnicas de remineralización.
 - Logrado el control adecuado de caries y capacidad del paciente para mantener una óptima higiene bucal se debe iniciar con las restauraciones fijas complejas.
 - Los pacientes clasificados según el protocolo CAMBRA con alto riesgo deben someterse a exámenes periódicos más frecuentes para controlar los signos tempranos de desmineralización.

Endodoncia:

- No se encuentra contraindicado el tratamiento de conductos en los pacientes VIH+ sabiendo que el ADN del virus se puede detectar en lesiones perirradiculares y en el tejido pulpar, sin embargo no hay indicios de que el VIH cause infección pulpar.¹⁷

Cirugía Bucal:

- La rehabilitación protésica con implantes dentales es una opción viable y razonable independientemente del recuento de células CD4, los niveles de carga viral o el tipo de terapia antirretroviral.¹⁷
- Robbins nos menciona que no se ha demostrado un aumento en la tasa de infección post operatoria lo que conlleva a una buena integración ósea, así como una curación similar de los levantamientos de senos y las cirugías de aumento óseo.¹⁷

Periodoncia:

- Se debe realizar una evaluación del riesgo de enfermedad periodontal para cada paciente en su visita inicial e incluir cualquier historial de enfermedad periodontal relacionada con el VIH, como eritema gingival lineal o gingivitis / periodontitis necrotizante.¹⁷
- Evaluación de un examen gingival y periodontal completo con profundidad de sondeo periodontal, índice de placa y evaluación del rendimiento de la higiene bucal e incluir la evaluación de la destreza manual en los casos de neuropatía periférica inducida por medicamentos.¹⁷
- El raspado y alisado radicular se recomiendan para el tratamiento no quirúrgico de la enfermedad periodontal.¹⁷
- La terapia quirúrgica, incluido el desbridamiento con colgajo abierto, se puede realizar sin complicaciones postoperatorias, siempre que haya niveles hematológicos mínimos.¹⁷

4.3 Profilaxis postexposición al VIH.

Es una intervención de emergencia en caso de exposición ocupacional (pinchazo con aguja / exposición aguda o salpicadura de membrana mucosa) o no ocupacional (drogas sexuales o inyectables) a fluidos corporales potencialmente infecciosos. El objetivo es la prescripción de uno o más medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH.

17,20

El inicio de la profilaxis posterior a la exposición, idealmente es dentro de las 2 horas posteriores a la exposición. La eficacia comienza a disminuir dentro de las 24 a 36 horas y no se recomienda si han pasado más de 72 horas desde la exposición. Esto se debe a que cuando una persona está expuesta al VIH, la infección sistémica no ocurre de inmediato, pero la infección de las células dendríticas en la mucosa y la piel ocurre en el sitio de inoculación durante las primeras 24 horas. Durante las siguientes 24 a 48 horas, se produce la migración de estas células a los ganglios linfáticos regionales y el virus es detectable en la sangre periférica en 5 días. El inicio de la profilaxis poco después de la exposición puede prevenir la infección sistémica al limitar la proliferación de virus en las células dendríticas o los ganglios linfáticos.^{17, 20}

Las medidas de primeros auxilios después de la lesión por pinchazo incluyen promover el sangrado activo de la herida y lavar el sitio con agua y jabón, seguido de un esquema antirretroviral.²⁰

Primer esquema antirretroviral:

- La zidovudina se ha recomendado como el primer fármaco de elección en todos los regímenes de PEP (Post Exposure Prophylaxis – Profilaxis Postexposición), como los regímenes combinados han demostrado ser superiores al fármaco único en la reducción de la carga viral.²⁰

Segundo esquema antirretroviral:

- Zidovudina + Lamivudina como el segundo esquema para la PEP porque es activa contra muchas cepas de VIH resistentes a la zidovudina sin un aumento sustancial de la toxicidad. Por lo tanto, zidovudina y lamivudina se administran comúnmente como régimen básico.²⁰

Tercer esquema antirretroviral:

- Zidovudina + Lamivudina + Indinavir. La adición del tercer esquema, es decir, indinavir (régimen expandido) se realiza para exposiciones que presentan un mayor riesgo de transmisión o cuando se conoce o sospecha resistencia a los otros fármacos para PEP.²⁰

La evaluación inicial posterior a PEP incluye la prueba del VIH con la combinación de prueba de anticuerpos / antígeno, así como las serologías de hepatitis B y C con pruebas de seguimiento del estado serológico del VIH a las 4 semanas, 3 meses y 6 meses después de la exposición. En el 95% de los casos, la seroconversión ocurre dentro de los 6 meses posteriores a la exposición.^{17, 20}

Hay médicos generales que tienen capacitación adicional en medicina contra el VIH y están calificados para recetar medicamentos para el VIH en atención primaria. Los especialistas dentales como los de medicina oral o cirugía oral y maxilofacial son los mejor equipados para tratar las manifestaciones orales del VIH. Otros especialistas dentales y dentistas generales, especialmente aquellos interesados en la medicina del VIH pueden desempeñar un papel en el tratamiento de las enfermedades orales asociadas con el VIH. El odontólogo general tiene un papel limitado pero importante para tratar las manifestaciones orales de la infección por VIH, sin embargo, es importante que practiquen dentro de su ámbito y busquen asesoramiento o referencia cuando no estén seguros sobre el tratamiento. Si el paciente ha revelado que es VIH positivo, el tratamiento dental de las manifestaciones orales asociadas con el VIH debe



realizarse en consulta con los profesionales médicos del paciente y especialistas dentales relevantes, según corresponda.²¹

5. Enfoque Bioético del paciente VIH+ en la atención odontológica.

5.1 Definición de Ética y Bioética.

La ética proviene del griego ethos, que significa conducta, carácter o ser interior, disposición de la persona. Se relaciona con el término “moral”, derivado a su vez del latín “mor” (costumbre).²²

Permite calificar los usos, costumbres o actos humanos desde su carácter de “buenos” o “malos”. La ética es una reflexión metódica sobre los valores humanos, personales y colectivos; por ello promueve una reflexión permanente sobre la conducta moral. Es el estudio del comportamiento humano desde la aplicación de principios y valores, esto es, como la conducta interpreta y aplica el respeto, la tolerancia, diversidad, la libertad, la justicia, entre otros valores.²²

Bioética deriva de dos locuciones griegas, βίος (bios) y ἦθος (ethos), Bios implica tanto a la existencia como a la vida, hace referencia a su condición, duración, sustento y medios; en tanto ethos significa carácter como forma de sentir y pensar, ambas etimologías hacen referencia a la “ética de la vida”.²³

El origen del término bioética fue publicado por primera vez en el artículo titulado «Bioethics, the science of survival» por el oncólogo Van Rensselaer Potter en el año de 1970, en el cual proponía que la ética no sólo tendría que limitar su acción a la relación entre los humanos, sino que debería extenderse al cuidado del entorno, para 1978 se define por primera vez el término Bioética como “el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de la ciencia de la vida y la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales”.²³

24

Es una rama de la ética práctica, se aboca a estudiar y dar respuestas particulares a problemas morales que surgen en la relación clínica, la salud pública, la tecnología aplicada a la medicina, la investigación con humanos, el uso de animales en la experimentación, la protección del medio ambiente, el respeto a los derechos humanos, entre otros; cuestiones todas urgentes si se quiere desarrollar una cultura de respeto a los seres vivos humanos y no humanos.²⁵

La Enciclopedia de Bioética editada por Warren Reich en 1978 la define como el “estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios”. Otros autores definen a la bioética como: “el estudio sistemático de las dimensiones morales -incluida una visión moral, discusiones, conductas y políticas- de las ciencias de la vida y cuidados de la salud, integrando una variedad de metodologías éticas en un ambiente disciplinar”.^{25, 26}

Esta disciplina se ha gestado como un campo particular de reflexión para abordar los dilemas éticos que surgen en relación con la forma de nacer, vivir, morir, el estilo y el modo de vida y de la salud de los seres humanos.²⁴

5.2 Principios bioéticos.

- La autonomía: contempla el respeto a la voluntad de los pacientes, garantizando el respeto a la dignidad y a la autodeterminación de las personas por lo que es necesario que estén bien informados antes de la toma de sus decisiones y que sean conscientes desde el punto de vista psicológico, y regular la protección de aquellos que tengan limitaciones al respecto. De este principio se deriva el consentimiento informado como un medio que constituye una garantía para los pacientes y para los profesionales de la salud.²⁴

- **Beneficencia:** plantea que se deben usar todos los recursos para buscar el bien del paciente y la protección de sus derechos. El dilema ético se presenta cuando el bien visto por el paciente no coincide con la visión de bien del personal de salud. Dentro de este principio se debe evaluar la relación riesgo-costo-beneficio (utilidad) en esas acciones diagnósticas y terapéuticas y si el efecto de esa intervención agrega un resultado satisfactorio para el paciente.²⁴

- **No maleficencia:** de acuerdo con este principio está moralmente prohibido infligir mal intencionalmente a un paciente; o sea, se refiere a la obligación de no hacerle daño. Se trata de un tema muy actual en la atención del paciente VIH porque se discute la eutanasia y/o suicidio asistido pues con los medios terapéuticos actuales, el respeto va dirigido no sólo y absolutamente a la vida en abstracto, sino también a la calidad de vida y la voluntad expresada por los pacientes con derecho a su autonomía en las decisiones. Por tanto, plantea nuevas formulaciones, y genera el respeto a la voluntad expresada en testamentos vitales, la diferencia entre dejar morir y matar, la aplicación de terapias ordinarias o extraordinarias, el dejar morir dignamente, etc.²⁴

- **Justicia:** se refiere a la colectividad, en contraste con los principios anteriores relativos a los individuos. En el sentido original es un principio ético de orden social, de la estructura moral básica de la sociedad que condiciona la vida de los individuos, permite la distribución equitativa de recursos, beneficios y cargas entre todos los miembros de la sociedad.^{24, 27}

Cardozo nos menciona el enfoque de Diego Gracia donde modifica el modelo “Principalísimo jerarquizado” considera que los principios de no maleficencia y justicia son, de algún modo, independientes del principio de autonomía y jerárquicamente superiores a él porque obligan moralmente siempre, incluso contra la voluntad de las personas. En este primer escalón se postula la mayor exigencia del “bien común” sobre el “bien particular” de la autonomía. En el segundo, el principio de beneficencia no es enteramente separable del de autonomía. La no maleficencia expresa, ´por otra parte, el criterio de universal de hacer el bien a todos, mientras que la beneficencia proporciona un concepto de bien que parece referirse, en la concepción del autor, a un bien particular. Por eso ese bien particular esta densamente adherido a la autonomía.²²

La no maleficencia y justicia constituyen un primer escalón o nivel 1 y representan una “ética de mínimos”, lo mínimamente exigible para dar carácter ético al acto médico y siempre constituye un verdadero deber. La beneficencia y la autonomía corresponden al nivel 2, y cuando siguen al nivel 1 convierten el acto médico en una “ética de máximos”, transformando la acción de cumplir el mero deber en satisfacción del paciente, en felicidad. El primer nivel es exigible por derecho y sitúa el acto médico ante un deber universal; el segundo sería específico de la moral, y de exigencia ética mayor, pero de particularización.²²

En el campo odontológico estos principios proporcionan un conjunto de valores que determinan y/o establecen parámetros para la mayor parte de los aspectos de las evaluaciones del profesional. En primer lugar, la vida del paciente, su salud general, y su salud bucal constituirían la ética de mínimos. La autonomía del paciente, en la medida posible, el confort, el costo, las consideraciones estéticas y otros valores, las preferencias de los dentistas por ciertas prácticas, consideraciones estéticas, se insertarían dentro de la ética de máximos. (Fig. 11)²²

La manera de aplicar estos criterios se basa en los juicios, tanto del cirujano dentista como del paciente.²²

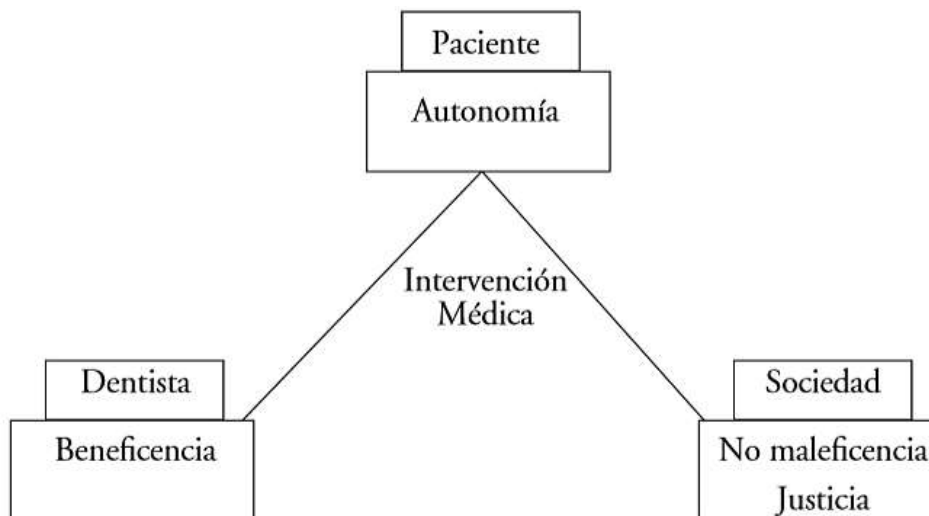


Figura 11. Principios de bioética.

Fuente: Cardozo de Martínez C. et al. Ética y odontología. Una introducción. Escritos de bioética 2006; 2. Chile.

5.3 División y clasificación de la Bioética.

La bioética se divide en:

- Bioética general o fundamental. Se encarga de los fundamentos éticos, razonamiento de los valores y principios originados de la ética médica y sobre las fuentes documentales de la bioética (derecho internacional, deontología, legislación).²⁸
- Bioética especial o aplicada. Se ocupa de los grandes problemas, desde un punto general, en el terreno biológico y médico: ingeniería genética, aborto, eutanasia, experimentación clínica, etc. son los grandes temas que constituyen la columna vertebral de la bioética sistemática.²⁸

La Dra. María Dolores Vila-Coro Barrachina, en su libro la vida humana en la encrucijada, establece una clasificación de la bioética en cuatro aspectos:

- Bioética teórica: trata los fundamentos conceptuales de la bioética en el marco de las teorías morales y la justificación de sus nociones básicas (persona, dignidad, autonomía).²⁹
- Bioética clínica: referida a las decisiones éticas que se toman en la práctica profesional, vinculada a la deontología médica clásica y que se focaliza en los casos individuales de los pacientes que plantean la resolución de un problemas ético.²⁹
- Bioética normativa o Bioderecho: se orienta hacia la adopción de reglas generales en la política sanitaria y el sistema jurídico. Centra su interés en la racionalidad de las decisiones colectivas en las áreas donde confluyen la salud pública, los derechos humanos y la regulación de los avances científicos.²⁹
- La bioética cultural, que trata del esfuerzo sistemático en relacionar los nuevos dilemas bioéticos con el contexto histórico y sociocultural en el que se dan. Trata de evitar la imposición de determinadas visiones de la bioética en sociedades que tienen valores distintos.²⁹

5.4 Problemas bioéticos en la atención odontológica a pacientes VIH+.

El ejercicio de la odontología es considerado “una profesión”, es decir, un trabajo aprendido, mediante el cual el individuo trata de solucionar sus necesidades materiales y de las personas a su cargo, servir a la sociedad y perfeccionarse como ser moral, a su vez, se ven enfrentados a conflictos de

valores, donde la decisión final afectará el bienestar de sus pacientes en forma importante.²⁶

La profesión implica un espíritu de servicio. Todo profesional se convierte así en un servidor de los demás, pues ha adquirido el derecho de ejercer su profesión y el deber de hacerlo siempre bien. Es aquí donde entra en juego “la vocación”, lo más singular que puede tener un ser humano; es el llamado de lo más interno e íntimo y está cargado de aspectos y elementos éticos. Por desgracia, la profesión no siempre coincide con la vocación.²⁶

Todo profesional está obligado a adquirir y mantener la capacidad necesaria para desarrollar sus tareas profesionales y a realizar sólo aquellas tareas que están dentro de su competencia. Debe tomar sutiles determinaciones sobre si tiene o no competencia para realizar un diagnóstico particular, o para llevar a cabo tratamientos específicos en determinadas circunstancias clínicas, especialmente cuando esto involucra procedimientos que no son de rutina.²⁶

En México la Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas emitieron un Código de Ética en el que declaran los tres valores sociales que componen el concepto de una profesión los cuales son:²³

1. El valor que se concede al conocimiento sistemático e intelectual: SABER.
2. El valor que se concede al conocimiento práctico y grado de adiestramiento de: HACER.
3. El valor que se concede a la unión del conocimiento teórico y práctico para ponerlos al servicio de los demás: AYUDAR.

Los odontólogos debemos actuar con conocimiento clínico, comprensión y haciendo todo lo humanamente posible. No debemos dejar a un lado o restarle atención a los efectos emocionales de los pacientes. Si el odontólogo no logra sentir empatía o «humanizarse» por el dolor y la angustia de su paciente, difícilmente podrá entender y brindarle la atención de una manera adecuada.²³

Las actitudes más comunes tomadas por parte del personal odontológico según los artículos consultados son las siguientes

5.4.1 Rechazo:

Se ha demostrado que la frecuencia con que los dentistas rechazan al paciente con VIH en diversos países, oscila entre el 20% y el 84%.³⁰

El dentista a menudo rechaza al sujeto con VIH en su consulta odontológica, debido principalmente al temor de contagio con el virus durante los procedimientos odontológicos, pese a que la posibilidad de transmisión del VIH es baja.³⁰

En el estudio realizado por Esquivel y cols nos menciona que dentro de las razones para negarse a atender a un paciente VIH+ según su muestra, predominan aquéllas relativas a la inseguridad en el control de infección dentro del consultorio dental y el temor e ignorancia generada en torno al manejo médico y odontológico del paciente con VIH. Asimismo, un 73.7% de los dentistas privados que se niegan a atender individuos con VIH, ha manifestado el temor de perder pacientes seronegativos al VIH, si atiende sujetos seropositivos en su consultorio dental.³⁰

5.4.2 Estigma:

El término “estigma” hace referencia a la condición o particularidad juzgada como nociva para el colectivo, capaz de disminuir el valor del individuo y de marginarlo en la sociedad.³¹

El estigma generado por el VIH/SIDA repercute en todo el sector salud al que acude el paciente seropositivo, Infante nos señala en su estudio los siguientes argumentos y comportamientos encontrados para negar la atención:³²

- En el servicio de urgencias: “Hemos recibido noticias que en urgencias no reciben a los pacientes porque tienen VIH, y esa idea de que ‘Vas a morir; ya para qué vienes’”

- Personal médico menciona lo siguiente: “Como me dijo un cirujano: ‘No hay necesidad de exponerse a un riesgo de infección operando a pacientes con VIH/SIDA que finalmente morirán’”.
- Enfrentarse a la jerarquización de pacientes en salvables o recuperables y los diferencian de los desahuciados de los cuales se menciona que por ellos no vale la pena exponerse.
- Retraso intencionado de las citas de los pacientes VIH/SIDA, en particular en cirugía y atención bucodental.
- El estigma es extendido a las personas cercanas con VIH/SIDA, e incluso hacia los prestadores de servicios que los atienden, como en el caso encontrado en el presente estudio donde una odontóloga refiere que debe mostrar a sus colegas el resultado de las pruebas diagnósticas de VIH que se realiza cada seis meses con el fin de no ser rechazada

Infante concluye en que la constante es la mala calidad de atención a estos enfermos pues sufren una violencia frecuente y específica durante la búsqueda y tránsito por el sistema de atención médica y dental.³²

5.4.3 Discriminación:

La discriminación consiste en un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo, el acto discriminatorio en el acceso a los servicios de salud está atribuido, a un enfoque injusto, desvalorizado y prejuicioso del paciente, lo que culmina en el rechazo, negligencia o imprudencia en la atención a la persona infectada.^{33,34}

Dávila indica que 77,8% de los Cirujanos Dentistas encuestados en su estudio reportan que “deben existir consultas especiales” pues los odontólogos prefieren que las personas que viven con VIH/SIDA sean referidos a clínicas especiales u hospitales universitarios con consultas especiales, o en algunos casos refieren a los pacientes a especialistas.³⁵

En el estudio de Saliba nos dice que en escuelas públicas de odontología la discriminación estuvo presente en gran parte de las actitudes de los alumnos, principalmente por el estigma que fue creado hacia el VIH/SIDA, pues a pesar de que el riesgo de infección y contaminación por el VHB es mayor.³⁴ La representación social negativa de la enfermedad repercute tanto en la introversión del paciente como en las conductas inadecuadas de los dentistas no preparados. En el área de la salud, la negación de la atención, los protocolos exagerados de bioseguridad y/o la ruptura del secreto del historial médico son otros ejemplos de prácticas discriminatorias.³¹

5.4.4 Prejuicio:

El prejuicio del Cirujano Dentista es el principal factor para el cambio en la forma de la atención después de ser informados sobre la condición de seropositividad. Los números evidencian que el conocimiento técnico adquirido sobre la enfermedad a lo largo de los años no es suficiente para transformar el comportamiento del profesional. Esto es confirmado con el estudio de Aguiar donde más del 50% de los encuestados tuvieron la percepción de que los dentistas se volvieron menos dispuestos a atenderlos. Las posibles razones sugeridas para el cambio de actitud en la atención fueron la falta de información del profesional y el miedo.³¹

Por su lado Feltrin, Navarro y Sposto constataron que, a pesar de un mayor dominio de la comunidad científica sobre la enfermedad, la opinión de muchos profesionales aún permanecía sumida en la inseguridad y la desinformación.

5.4.5 Confidencialidad:

Entre todas las condiciones con las que los profesionales del área de la salud tienen que lidiar en su práctica cotidiana, la confidencialidad es una de las más relevantes desde el punto de vista ético, pues garantiza el secreto de las informaciones técnicas y de carácter personal.³⁶

La obligación de confidencialidad es prácticamente universal en los códigos profesionales de ética, particularmente con respecto a VIH / SIDA, evita la revelación de información que fue dada originalmente dentro de una relación confidencial. Sin embargo, Este derecho no es absoluto, cuando entra en conflicto con la integridad de otras personas donde surgen limitaciones, como por ejemplo cuando la decisión autónoma del paciente puede causar daños graves a otras personas; tal es el caso de la negativa del paciente a que se le revele a su pareja su estado serológico.^{24,37}

Por tanto, lo que puede ser bueno a nivel personal puede no serlo para la colectividad y la sociedad en pacientes VIH/SIDA, la excesiva consideración al individuo entra en contradicción con la necesidad de mantener la integridad colectiva. En estas circunstancias, el médico se enfrenta ante la disyuntiva de elegir entre la ética individualista propia de su deontología moral profesional tradicional (ética médica) y una serie de necesidades sociales que reclaman otro tipo de comportamientos morales.²⁴

5.4.6 Acceso al Tratamiento:

Crespo agrega que otros de los problemas éticos que atraviesan los pacientes VIH+ lo constituye el tratamiento donde no es solo hallar el fármaco ideal, sino ver cómo se pone a disposición de todas las personas que lo necesitan con igual prioridad de acceso a los mismos, lo cual se sabe que no se cumple en muchos países.²⁴

5.4.7 Actitudes positivas frente a pacientes VIH+.

Barreiros y cols nos aportan que no solo existen negativas en la atención odontológica a los pacientes con VIH/SIDA, pues en su estudio da a conocer cuáles son las características que se obtuvieron para que un cirujano dentista atienda a estos pacientes, y se enlistan a continuación:³⁸

- Admitían que era su responsabilidad tratar a las personas con enfermedades infecciosas.
- Conocían los procedimientos a adoptar después de la exposición ocupacional al material biológico.
- Tenían una percepción correcta del riesgo de atención dental para pacientes con VIH/SIDA y que usan barreras de protección personal de manera adecuada.
- Contaban con experiencia previa en pacientes con VIH/SIDA.

Los resultados de este estudio indican que una evaluación adecuada del riesgo laboral para el VIH, e información sobre la enfermedad, son factores importantes en la disposición de los profesionales de la salud para atender a las personas con VIH / SIDA.³⁸

6. Conclusiones.

El conocimiento del VIH, nos permite entender el comportamiento del virus en el organismo, las manifestaciones sistémicas y orales que desencadena y las formas de transmisión, esto en conjunto nos ayudaran a obtener un diagnóstico oportuno de la enfermedad evitando su propagación a terceras personas en caso de desconocer su estado serológico. La clasificación de la enfermedad nos beneficia al situar al paciente en un estadio de acuerdo a su sintomatología y estado inmunológico y con esto saber el nivel de riesgos que posee y generar el plan de tratamiento correspondiente evitando complicaciones en el paciente.

En consulta odontológica, es imprescindible el uso de barreras de protección, tomando en cuenta que todo paciente es potencialmente infeccioso, y que en el caso de VIH, es de suma importancia el uso y buen manejo de estas medidas de seguridad para evitar infecciones cruzadas, considerando que no todos los pacientes VIH+ conocen o mencionan su estado serológico, razón por la cual es necesario conocer la profilaxis postexposición al VIH, en caso de pinchazo con el instrumental empleado.

En el análisis de los artículos asociados a atención odontológica en cuanto a bioética se pudo observar que en la mayoría el miedo al contagio predominaba, seguido del estigma y la discriminación, estas actitudes estaban encaminadas a la falta de información de la enfermedad y la ignorancia del bajo porcentaje de contagio que está posee la cual es tan solo de 0.3%, a comparación del virus de Hepatitis B que se estima alrededor de 6 – 32%. Es alarmante el dato que refieren los pacientes VIH+ al mencionar que son discriminados en mayor número en el sector salud, principalmente por médicos generales y cirujanos dentistas. Todos estos factores promueven en el paciente la inseguridad, la falta de confianza en los médicos, miedo, ocultando su estado y propiciando el deterioro en su salud general y emocional, lo que conlleva a que acudan en fases muy avanzadas a los servicios médicos. Es



importante resaltar que el rechazo, se extiende a las personas cercanas como familiares, amigas y/o parejas, incluso al médico tratante. Esto nos hace pensar en el deber de nuestra profesión, en los aspectos éticos y morales que se nos pueden presentar a lo largo de nuestra vida profesional y siempre tomando en cuenta nuestros principios bioéticos para beneficio de nuestros pacientes, recalcando la importancia de la información de las enfermedades de mayor prevalencia en el país y de las medidas a tomar en su atención dental.

7. Referencias Bibliográficas.

1. Boza Cordero, R. Patogénesis del VIH/SIDA. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 2017; 5 (1): 28 – 46.
2. Collier L, Oxford J. Virología Humana. 3ra edición. Corea. Mc Graw Hill. 2008.
3. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH · SIDA. [En línea]. Secretaria de salud. México. 2012. [Fecha de acceso 14/01/2020]. URL disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/Manual_VIHSIDA_vFinal_1nov12.pdf
4. Guía para la Atención Estomatológica en Personas con VIH. [En línea]. CENAPRECE/CENSIDA. México. 2015. [Fecha de acceso 14/01/2020]. URL disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/GUIA_ESTOMATOLOGICA2015.pdf
5. Miranda Gómez O., Napoles Perez M. historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. Revista cubana de medicina militar.2009; 38(3-4): 63-72
6. Chamorro Arostegui, LJ. Betanco Altamirano NC. Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en los trabajadores de la salud que laboran para el MINSA en el municipio de Somotillo. [Tesis Licenciatura]. Nicaragua: Facultad de ciencias médicas - Leon, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2017.
7. Hoja informativa- Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. UNAIDS. 2020 [citado 15 enero 2020]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

8. Epidemiología / Registro Nacional de Casos de VIH y SIDA [Internet]. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. 2020 [citado 15 enero 2020].

Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida?idiom=es>

9. Ramírez Amador V, Esquivel Pedraza L, et al. Asociación de lesiones bucales con el estado serológico para el VIH. Salud pública de México. 2002; 44 (2): 87-91.

10. Davila ME, Tagliaferro ZA, et al. Diagnostico bucal de las personas que viven con VIH/SIDA. Revista odontológica de los andes. 2009; 4 (2): 13-20

11. Ranganathan Kannan, Rao Umadevi Krishna Mohan. Common oral opportunistic infections in Human Immunodeficiency Virus infection/Acquired Immunodeficiency Syndrome: Changing epidemiology; diagnostic criteria and methods; management protocols. Periodontology 2000. 2019; 80: 177-188.

12. Gálvez Ortega J, Huacon Cherrez V. El Sida y su connotación en la práctica odontológica. Pol. Con. 2019; 4 (1): 86-99

13. Bagón Sebastian JV. Medicina Oral. Barcelona España. Masson. 1995

14. Alejandra X. Araya, Paulina Bravo, Paola Carrasco, M. Teresa Urrutia, Paula Vega, Miriam Rubio y M. Jesús Lira. Facilitadores y barreras que enfrentan las personas al tomarse el test de ELISA para el diagnóstico del VIH: revisión de la literatura. Rev Chilena Infectol. 2013; 30 (6): 638-643.

15. Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH - 2019 [Internet]. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. 2020 [citado 15 enero 2020].

Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-de-manejo-antirretroviral-de-las-personas-con-vih-2019?idiom=es>

16. Tratamiento del VIH [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 2019 [citado 18 enero 2020].

Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/livingwithhiv/treatment.html>

17. Robbins Miriam R. Recent Recommendations for management of Human Immunodeficiency Virus-Positive Patients. *Dent Clin N Am.* 2017; 61: 365–387.

18. Ministerio de salud. Guía clínica síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA. [En línea]. MINSAL. Chile. 2010. [Fecha de acceso 14/01/2020]. URL disponible en: https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/chile_art.pdf

19. Da silva, Danieli Cristina, et al. Oral health management of 97 patients living with HIV/AIDS in Ribeirao Preto, Sao Paulo, Brazil. *Braz Oral Res.* 2015; 29 (1): 1 - 6.

20. Kasat VO, et al. Knowledge, Attitude and Practices toward Post Exposure Prophylaxis for Human Immunodeficiency Virus among Dental Students in India. *Annals of Medical and Health Sciences Research.* 2014; 4 (4): 543 – 248.

21. McLean AT, et al. HIV dentistry in Australia: clinical and legal issues impacting on dental care. *Australian Dental Journal.* 2012; 57: 1 - 15.

22. Cardozo de Martínez C. et al. Ética y odontología. Una introducción. *Escritos de bioética* 2006; 2. Chile.

23. Orellana Centeno, JE. Guerrero Sotelo, RN. La bioética desde la perspectiva odontológica. *Revista ADM* 2019; 76 (5): 282-286.

24. Crespo Domínguez, F. et al. Enfoque bioético y social de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. *Humanidades Médicas* 2014; 14(2): 387-406.
25. Luengas Aguirre MIF. La bioética en la relación clínica en odontología. *Revista ADM* 2003; 60 (6): 233-239.
26. Torres Quintana MA, Romo. O. F. bioética y ejercicio profesional de la odontología. *Acta Bioethica* 2006; 12 (1): 65-74.
27. Sánchez González M, Herreros B. la bioética en la práctica clínica *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015; 53 (1):66 - 73.
28. Guevara López UM. La bioética práctica normativa, moral objetiva o modernidad ilustrada. Una visión crítica. *Rev. Mexicana de anestesiología* 2019; 42 (1): 321 – 323.
29. Definiciones de la bioética [Internet]. StuDocu. 2020 [citado 26 febrero 2020].
Disponible en: <https://www.studocu.com/es/document/universidad-tecnologica-de-santiago/bioetica/apuntes/definiciones-de-la-bioetica/4886711/view>
30. Esquivel Pedraza L. et al. Rechazo al paciente infectado por el VIH en la práctica odontológica. *Rev. ADM* 2008; 65 (4): 183 – 188.
31. Aguiar Muniz BA, et al. La percepción del portador de VIH/SIDA sobre el odontólogo. *Rev. Bioét.* 2019; 27 (2): 289 - 296
32. Infante C. et al. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud pública de México* 2006; 48 (2): 141 – 150.
33. Discriminación e Igualdad [Internet]. CONAPRED. 2020 [citado 2 marzo 2020].

Disponible en:
https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&op=142

34. Saliba Garbin CA, et al. Discriminación y prejuicio. La influencia del VIH/SIDA y la Hepatitis B en la actitud de los académicos en odontología. Rev. Cienc. Salud. Bogotá, Colombia 2018; 16 (2): 279-293.

35. Dávila Me, Gil M. actitud de los odontólogos hacia las personas que viven con VIH/SIDA. Odontol. Prev. 2008; 1(2):90 – 96.

36. Salvador M, Hahn GV. Confidencialidad médica en la atención del paciente con VIH/SIDA. Rev. Bioét 2019; 27 (1): 153- 163.

37. Naidoo S, Vernillo A. Ethical and Legal Issues on HIV Testing, Policy and the Practice of Dentistry. JFOS 2012; 30 (2): 7 – 16.

38. Barreiros Senna MI, et al. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2005; 21(1): 217-225