

1

01421
225



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEONTOLOGÍA EN LA ATENCIÓN
ESTOMATOLÓGICA DEL
PACIENTE VIH/SIDA

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

SANDRA LETICIA MORALES NAVA

Concetta Romo Izquierdo

DIRECTORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN

ASESORES: C.D. JUAN MEDRANO MORALES

M.C. DAVID ENRIQUE HERNÁNDEZ GAETA



México

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 Dios

Por permitirme cerrar un ciclo importante en mi existencia, por enseñarme que la vida empieza día con día.

A mi madre

No tengo palabras para agradecer cada uno de tus sacrificios, de tus angustias, de tus bendiciones, de tus palabras de aliento, del amor incondicional que siempre me has dado y lo más importante de creer en mi.

Gracias

Por ser el ejemplo más grande de fortaleza, por ser padre y madre a la vez y por darme la oportunidad de vivir este momento tan importante.

A mis hijos

Luis Fernando, a partir de tu nacimiento cambio mi vida, lo más importante es que te conviertas en un hombre de bien, gracias por tu comprensión, tu apoyo y por ser más que un hijo.

María Fernanda, antes de nacer ya eras tan frágil y tan fuerte a la vez, tu sonrisa me ha dado fortaleza en los momentos difíciles, gracias por ser mi hija.

A Chelo, Ingrid y Marce

Gracias por su apoyo, comprensión y palabras de aliento.

A Manuel

Gracias por ser más que un hermano, por representar en mi vida un ejemplo de tenacidad y lucha constante, te admiro y te respeto.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A Fernando

Gracias por tu ayuda en la realización de este trabajo, y por enseñarme a creer en mi.

A la Dra. María Concepción Ramírez

Por brindarme su tiempo, sus conocimientos, siempre con una sonrisa y una frase de aliento.

Al Dr. Juan Medrano Morales

Por aceptar dirigir mi trabajo, por todo su apoyo incondicional, por el entusiasmo y empeño que trasmite en cada proyecto, por el gusto de compartir sus conocimientos, por decir la palabra exacta en el momento preciso, y sobre todo por confiar en mí, Gracias por ser como es.

Al Dr. David E. Hernández Gaeta

Tu amor a la medicina y tu calidez humana, me dieron la pauta en la elección de mi tema. Gracias por ser mi amigo de siempre.

A los pacientes que viven con VIH/SIDA con todo respeto y agradecimiento por su ayuda y comentarios.

A mis amigos

Le doy gracias a Dios por ponerlos en mi camino, por todo su apoyo incondicional, por sus palabras de aliento y por ser parte de la realización de este trabajo.

Al seminario de odontología comunitaria y a cada uno de sus profesores.

por enseñarme que existe un horizonte más amplio dentro de la odontología.

Al Dr. Rodríguez Galván

Gracias por su entusiasmo y sus conocimientos.

A mi Universidad

Universidad Nacional Autónoma de México
Por darme el privilegio de ser Universitaria

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ÍNDICE

Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	4
Justificación.....	5
Objetivos.....	6
Hipótesis.....	7
Antecedentes Históricos.....	8
1. Deontología.....	11
1.1 Definición.....	11
1.2 Introducción.....	11
1.3 Antecedentes.....	11
1.4 En México.....	13
1.5 Ética Profesional.....	13
1.6 Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.....	14
1.7 Carta de los Derechos Generales de los Médicos.....	17
1.8 Principios de Deontología.....	19

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.9 Deontología en la Odontología.....	19
1.10 Bioética	20
1.11 Bioética General.....	20
1.10 Bioética Especial.....	20
2. VIH.....	22
2.1 Definición.....	22
2.2 Paciente VIH.....	21
2.2 Componentes estructurales del VIH.....	25
2.3 Ciclo de vida.....	27
2.4 Factores relacionados con la transmisión del VIH.....	31
2.5 Inactivación del virus.....	32
2.6 Patogénesis e Historia Natural de la Enfermedad	32
2.7 Manifestaciones Bucales en la infección por VIH.....	36
2.8 Manejo e Interpretación de las pruebas de detección del VIH.....	58
3. SIDA.....	60

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.1 Definición.....	60
3.2 Paciente SIDA.....	60
3.3 Enfermedad Constitucional.....	61
3.4 Tratamiento específico de VIH/SIDA.....	64
3.5 Indicaciones para Iniciar el Tratamiento Antirretroviral.....	64
3.6 Esquema Inicial de Tratamiento.....	65
3.7 Prevención de Infección en la Práctica Estomatológica.....	68
3.8 Vacunación.....	69
3.9 Técnicas de Barrera.....	69
3.10 Métodos para la Prevención de la Contaminación Cruzada.....	70
3.11 Esterilización y Desinfección.....	71
3.12 Manejo de Material Punzocortante.....	72
3.13 Material de Desecho.....	73
4. Relación Estomatológica con el paciente VIH/SIDA.....	74
4.1 Introducción.....	74
4.2 Cualidades necesarias del Profesional de la Salud.....	74

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3 Características del Enfermo.....	75
4.4 Secreto Profesional.....	77
4.5 Secreto Médico	78
4.6 Consentimiento Bajo Información.....	80
4.7 Carta de Consentimiento bajo Información.....	80
4.8 Carta de Autorización.....	81
5. Marco Jurídico.....	82
5.1 Introducción.....	82
5.2 Antecedentes.....	83
5.3 Principales Preceptos Normativos.....	83
5.4 Reglamentos.....	84
5.5 Normas Oficiales Mexicanas.....	84
6 Desarrollo Metodológico.....	85
6.1 Metodología	85
6.2 Materiales Usados.....	85

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.3 Variables.....	87
6.4 Resultados	94
6.5 Conclusiones.....	95
6.6 Propuestas.....	95
Glosario.....	97
Glosario de Abreviaturas.....	105
Bibliografía.....	106

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Para hablar de la Deontología en la Atención del Paciente VIH/SIDA en Estomatología, habría que cuestionar la relación que existe, entre la Deontología, el VIH/SIDA y la Estomatología.

La Deontología es la parte de la ética, ya que enmarca el estudio de los deberes y derechos de los profesionistas dentro de un marco de principios y fundamentos orientados en códigos y normativas, que auxillaran en el comportamiento del profesional estomatólogo en la sociedad.

El VIH/SIDA es una enfermedad infectocontagiosa que afecta la salud y la vida de las personas que la padecen, más no atenta en contra de su dignidad como personas, y por lo consiguiente no enferma sus derechos.

Estos problemas emanan de la forma en que la sociedad responde al VIH/SIDA, ya que actualmente es considerada una pandemia de Salud Pública.

Estomatología, se considera que existen cerca de 64.000 infectados por VIH, cifra que crece día con día y los medicamentos actuales prolongan la calidad de vida de estos pacientes, es un hecho que en algún momento requerirán de un tratamiento preventivo, restaurativo o la eliminación del dolor, en padecimientos bucodentales.

El Estomatólogo adquiere un papel importante en la atención del Paciente VIH/SIDA, ya que en la cavidad bucal, se presentan las primeras manifestaciones de la enfermedad, considerando que no todos los infectados por el virus del VIH van a mencionar su condición de salud, por miedo al

rechazo o por desconocimiento de que son portadores del virus. El profesional tiene la obligación de adquirir los conocimientos necesarios para la detección y manejo del paciente VIH/SIDA. Así mismo tratar a todo paciente como potencialmente infecto-contagioso.

La Enfermedad del Siglo XX ha venido a discrepar los valores morales y tradicionales de muchos pueblos y en particular de la sociedad mexicana. La falta de conocimiento, la ignorancia y los tabúes que se han creado alrededor de la enfermedad han traído como respuesta la discriminación, estigmatización y la violación de los derechos del ser humano (El Derecho laboral y el Derecho a la Salud).

A pesar que el estomatólogo está tomando una actitud más comprometida en el conocimiento del manejo y atención de los pacientes VIH/SIDA, la discriminación y el rechazo siguen siendo una realidad. El profesional de la salud tiene la obligación de modificarla y no permitir que se justifique por ningún motivo.

Es importante que la actitud del profesionista no solo se rija y enmarque en un acuerdo de códigos, juramentos y declaraciones si no en la práctica de sus acciones para demostrar dentro de un esquema de conciencia ético-moral su vocación médica con responsabilidad profesional.

El enfermo con VIH/SIDA, necesita sentir el calor humano, que alivie sus sufrimientos y que le devuelva la dignidad como persona, no debemos olvidar que este paciente se encuentra muy receptivo a todo lo relacionado con su enfermedad, y se encuentra dispuesto a cooperar en su protección y beneficio así como en el de los demás.

La finalidad del presente trabajo consiste en tratar de crear conciencia en el estomatólogo, de la responsabilidad e importancia que tiene dentro de la detección y manejo del VIH/SIDA y la lucha que debe emprender para erradicar la discriminación, que sufren dichas personas, contraria a los Derechos Humanos.

Todos debemos contribuir a que dichas personas no sean discriminadas, empezando por nosotros mismos y nuestro entorno. Cualquiera de nosotros, nuestros padres, hermanos, hijos, amigos, podemos adquirir el VIH/SIDA en el futuro o es posible que ya lo padezcamos y no lo sepamos.

Discriminar a quien lo padece sería ir en contra de nosotros mismos como personas.

La Declaración Universal de Derechos Humanos establece en su artículo 1:

"Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y dotados de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente entre sí".

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pandemia del VIH/SIDA se ha convertido en un problema de Salud Pública, sin precedentes en la historia contemporánea. Actualmente las personas infectadas con VIH/SIDA constituyen una parte de nuestra población cuyo número aumenta constantemente.

La falta de conocimiento y actualización, en la atención del paciente VIH/SIDA por parte del personal en estomatología, ha creado un estigma de angustia, miedo y rechazo en la relación estomatólogo-paciente, causa clara de una deficiente atención de calidez y calidad, por parte de este personal de salud.¹

¹ <http://www.minugur.guate.net/derhum.htm>

JUSTIFICACIÓN

A pesar del tiempo y estudios, realizados en estos 20 años de lucha, el personal de salud en Estomatología, no ha adoptado plena conciencia y responsabilidad de la importancia en la atención del paciente VIH/SIDA, conforme al marco Ético y Jurídico, establecido en nuestra sociedad mexicana.

Lo que es particularmente importante ya que el hecho de que persista la discriminación, la negación de la atención, la estigmatización y el maltrato de los infectados por VIH y enfermos por SIDA, es inaceptable y no existe argumento válido que la justifique.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar al estomatólogo, sobre la actualización y disposición necesarias, en la atención del paciente VIH/SIDA, conforme al marco Ético y Jurídico, establecido normativamente en nuestro país México.

OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar si la respuesta en la atención por parte del estomatólogo es igual en el ámbito privado, público e institucional.

Evaluar la disposición del paciente VIH/SIDA, a informar sobre su padecimiento al estomatólogo.

Identificar si la atención proporcionada al paciente VIH/SIDA se da en condiciones de calidez y calidad.

HIPOTESIS POSITIVA

Si el estomatólogo adquiere conocimientos científicos, técnicos, humanísticos y jurídicos, actualizados en la atención del paciente VIH/SIDA, entonces podrá ofrecer un servicio profesionalizado con mejor calidez y calidad, contribuyendo en la eliminación de estigmas creados, en una sociedad carente de información sobre esta enfermedad VIH/SIDA.

ANTECEDENTES HISTORICOS

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad infecciosa descrita por el Centro de Control de enfermedades (CDC) de USA en 1981, provocado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) cuya epidemia habría comenzado silenciosamente a mediados de los años setenta; aunque actualmente hay antecedentes que podría haber sido antes.²

En 1981 Gottlieb del (CDC) informó la existencia de una nueva enfermedad capaz de dañar el sistema inmunológico,³ y es quizá la enfermedad más nueva del ser humano y con seguridad la pandemia más reciente. Afecta por lo general a grupos de alto riesgo; como homosexuales, drogadictos que utilizan vía endovenosa, hemofílicos y a la comunidad heterosexual.⁴

Toda la población es considerada potencialmente de riesgo para adquirir la enfermedad, ésta consiste fundamentalmente en una inmunosupresión en donde el individuo puede desarrollar algunos tipos de infecciones oportunistas y algunas neoplasias malignas como Sarcoma de Kaposi y Linfomas no Hodgking de diferente tipo y grado de malignidad, además de algunas Leucemias, toda la enfermedad se desarrolla implicando al sistema Inmunológico.⁵

En 1983 el Dr. Robert Gallo, del Instituto Nacional de Cáncer (INC) de Bethesda, E.U.A. señaló que esta enfermedad podría deberse a un agente infeccioso viral HTLV relacionado con los oncovirus descubiertos por él en 1980.⁶

² Nelson, Lobos Jaimes-Freyre SIDA y Odontología. Ediciones Avances Medico-Dentales p. 13

³ Ib. p.13

⁴ Urdiales, Ramos Julia Dentista y Paciente. Volumen 5 No. 60 1997 p.55

⁵ Ib. P. 56

⁶ Nelson, Op. cit. p.13

Posteriormente, el Dr. Luc Montagnier, del Instituto Pasteur de París, demostró que el agente causal del SIDA era, efectivamente, un virus, pero que éste no pertenecía a los oncovirus, sino a los lentovirus, en 1983 informaron haber identificado un retrovirus en el ganglio de un paciente con un cuadro clínico previo al SIDA al que denominaron LAV.

En 1984, Gallo y sus colaboradores, afirmaron que el virus descubierto por ellos, al que denominaron HTLVIII era el agente causal del SIDA; esto lo lograron debido a que desarrollaron una línea de células que era capaz de ser infectada por el virus sin ser destruida y que permitía la replicación viral durante mucho tiempo, lo que trajo consigo la posibilidad de obtener grandes cantidades de virus para su estudio y la fabricación de pruebas de laboratorio para detectar a los individuos infectados.⁷

En San Francisco, a fines de 1984 El Dr. Levi y sus colaboradores lograron aislar el agente causal del SIDA y lo denominaron virus asociado al SIDA (ARV).⁸

En mayo 1986 el Comité Internacional para la Taxonomía de los virus recomendó se le denominara Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), al agente causal del SIDA, señalando con esto la acción del virus y su huésped específico.⁹

Se conocen dos tipos de VIH:

- > VIH 1 descubierto en 1983 por Montagnier y por Gallo en 1984 causante de la epidemia que afecta a África Central, Europa y América.
- > VIH 2 identificado también por Montagnier endémico de África Occidental. En Estados Unidos se descubrió un solo caso en una mujer

⁷ Ib. p.13

⁸ Conasida, El odontólogo frente al sida, Pangea editores 1ª. Edición p. 18

⁹ Nelson, Op. cit. p.13

africana. En Brasil, en un estudio serológico, se han identificado en algunos casos en enfermos de SIDA.

Todos estos virus pertenecen a la familia de los retrovirus y con cierta base es posible concluir que se originaron en el Continente Africano principalmente en África Central y Occidental, hace no menos de 40 años y no más de 100.¹⁰

¹⁰ Ib. p.14

1. DEONTOLOGÍA

1.1 DEFINICIÓN

Etimológica: Deontós deber ser, lo debido

Logos tratado, estudio, discurso

Es el conjunto de principios y deberes éticos que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico.

1.2 INTRODUCCIÓN

En la historia de la humanidad, la profesión médica fue de las primeras en manifestar su dignidad y responsabilidad con diversas promesas, juramentos, códigos éticos y declaraciones, tratando de moralizar la profesión médica y su vida práctica.

Algunos aspectos morales de actividad médica, así como las características que deberán cumplir quienes se involucren en la práctica de la medicina, se reflejan en la carta de Esculapio a su hijo, este documento existe desde que Hipócrates 460-375 años a.C. considerado padre de la medicina occidental, expresara su famoso juramento el cual ha sido el código de moral de los médicos durante 25 siglos.

1.3 ANTECEDENTES

Al principio del siglo XII d.C. Maimónides-Mois-San Maimón, establece una oración ó memento, considerada la adecuación religiosa del Juramento Hipocrático.¹¹

¹¹ Dobler López Irving.F. Responsabilidad del Ejercicio Médico. Editorial Manual moderno 1999.

Tomas Percival (médico inglés), realiza en 1800 la compilación del primer Código Analítico de Ética Médica y de este texto la Asociación Médica Americana extrae sus "**Principios de Ética Médica**"

Es hasta el año de 1803 cuando se retoma y adecua a la época, la importancia del aspecto ético en el ejercicio de la medicina al establecer un Código de Ética Médica en E.U.A.

En 1832 Jeremy Bentham (filósofo inglés), en su libro "Deontología o ciencia de la moral", introduce el término para designar a lo que llamó una ciencia de lo "**Conveniente**".

Max Simón (filósofo francés) en 1845 aplica el término Deontología con un enfoque en la medicina en su tratado de "**Deontología Médica**", a partir de ese momento es utilizado en diversas profesiones incluyendo la Jurisprudencia.

En la actualidad en los diversos campos de las profesiones incluidas la medicina y la odontología se define como; el estudio de los deberes y derechos de los profesionistas para con sus clientes, enfermos, pacientes, usuarios, etc. Ya que etimológicamente procede del griego; deontós (lo debido, deber) y logos (tratado, estudio, discurso).¹²

Para la Deontología Médica, se aplica como; el estudio de los deberes del médico ante sus pacientes, colegas, sociedad y el estado, basados en un código de ética y el conjunto de normas en usos y costumbres (moral), conforme a diversas leyes que la regularan en el ejercicio cotidiano de su actividad médica (jurídico) y cuya finalidad es la de crear el perfil del

¹² Ib. p. 71-84

profesional, especialista, investigador, docente, estudiante, técnico ó auxiliar de la salud.¹³

1.4 EN MÉXICO

Conscientes de la necesidad de vigilar, normar la conducta y el buen juicio en la práctica profesional médica, en el siglo pasado, se dieron otras atribuciones importantes en el tema. En 1903 el Dr. Francisco Marrón Alonso establece un **"Código de Moral Médica y Cortesía Profesional"**. En un contenido expresado en tres divisiones:

- Deberes del médico para con sus pacientes
- Deberes del médico para con los médicos
- Deberes del médico para con la sociedad

En 1918 El Dr. Alfredo Montaña publica sus apuntes para dar base a un reglamento de Deontología Médica. Con lo anterior se actualizan los conocimientos griegos referentes a la moral médica Tan importante es la ética en las profesiones y especialmente en las de salud que se ha llegado a mencionar que no existe profesión sin ÉTICA y de ello consta que la mayoría de las profesiones reconocen y luchan por darse así mismas un código de ética profesional.¹⁴

1.5 ÉTICA PROFESIONAL

Analiza los problemas ético- morales en relación a la asistencia, asignación de recursos y terapéutica aplicada a cada una de las profesiones que poseen sus respectivas singularidades de ahí la existencia de una ética médica, ética odontológica, ética del abogado, ética del contador, ética del administrador,

¹³ Ib.p.71-84

¹⁴ Ib.p.71-84

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

etc. Las cuales se les reconoce en términos de deberes y derechos como deontología en su respectiva profesión.¹⁵

1.6 CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

El mensaje central del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 destaca el esfuerzo que se hará para progresar en la salud de los mexicanos.

Para coadyuvar al cabal cumplimiento de estos compromisos, surge la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual propone mejorar la calidad de los servicios de salud abatiendo las desigualdades entre entidades, instituciones y niveles de atención, lo que implica entre otros aspectos, garantizar un trato digno a los usuarios, proporcionándoles información completa y una atención oportuna.

Por ello, el programa Nacional de Salud destaca la importancia del respeto a los derechos de los pacientes, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer sus demandas, lo que entraña respetar su dignidad y autonomía, garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación médico-paciente.

CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

1. RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como ser informado cuando requiera referencia a otro médico.¹⁶

¹⁵ Ib. p. 71-84

¹⁶ SSA. Carta de los Derechos Generales de los pacientes

2. RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respecto a sus convicciones personales y morales, principalmente relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3. RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ

El paciente, o en dado caso su responsable, tiene derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4. DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN

El paciente o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en paciente en fase terminal.

5. OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

El paciente o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan,

así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6. SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigaciones al cual se haya sujetado de manera voluntaria; la cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7. CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8. RECIBIR ATENCIÓN MEDICA EN CASO DE URGENCIA

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9. CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

10. SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MEDICA RECIBIDA

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternativas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.¹⁷

1.7 CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS MÉDICOS

INTRODUCCIÓN

Los derechos que a continuación se enumeran tienen como propósito hacer explícitos los principios básicos en los cuales se sustenta la práctica médica, consecuentemente, estos derechos no pretenden confrontarse con los de los pacientes, pues ambos se vinculan en un conjunto de valores universales propios de una actividad profesional profundamente humanista como es la medicina.

1 Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.

¹⁷ SSA. Carta de los derechos Generales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2 Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.

3 Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional.

4 Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.

5 Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional.

6 Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.

7 Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.

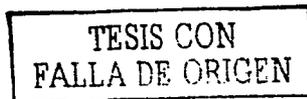
8 Asociarse para promover sus intereses profesionales.

9 Salvaguardar su prestigio profesional.

10 Percibir remuneración por los servicios prestados.¹⁸

Con lo que respecta a la profesión odontológica se han elaborado y aprobado diversos códigos, juramentos y declaraciones, ejemplo de ello es el caso concreto de los odontólogos españoles de la Sociedad Odontológica Española aprobado como el primer Código deontológico en 1897 el 10 de diciembre bajo la presidencia del Dr. Ramón H. Portuondo.

¹⁸ Ib.



1.8 PRINCIPIOS DE DEONTOLOGÍA

En la actualidad la Federación Dental Internacional ha elaborado algunos principios de ética para los profesionales de la Odontología, la esencia de estos principios se resume en que "El Cirujano Dentista" tiene el deber de ejercer de manera constante, en beneficio de la ciencia odontológica bajo los principios internacionales de la Deontología, sirviendo:

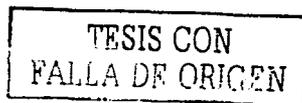
- a) AL PACIENTE.- El deber primordial de un odontólogo es el de conservar la salud dental de los pacientes, sin distinción de nacionalidad, género, raza, credo, ideología política ó posición social.
- b) A LA COMUNIDAD.- Él deber de participar en actividades de educación para la salud dental, deberá promover y apoyar medidas aceptadas para mejorar la salud dental y general de la sociedad.
- c) A LA PROFESIÓN.- Él deber de comportarse en todo momento, tanto en su vida profesional como fuera de ella, de tal manera que eleve el prestigio, honor dignidad de la profesión.

1.9 DEONTOLOGÍA EN LA ODONTOLOGÍA

Trata de facilitar al cirujano dentista y su personal auxiliar en la toma de sus decisiones, bajo dos fundamentos principales, los cuales deberán orientar su quehacer médico- odontológico de la siguiente manera:

- Científico- Técnico.- base de toda actuación profesional
- Quehacer Profesional.- fundamentado en la ética médica

Lo importante será que la actitud del Cirujano Dentista no sólo se rija y enmarque en el acuerdo de códigos, juramentos y declaraciones si no también



en la práctica de sus acciones para demostrar dentro de un esquema de conciencia ético- moral su vocación médica con responsabilidad profesional.

Los problemas éticos y deontológicos, referidos a las profesiones han sido analizados sobre bases nuevas, lo que ha dado lugar a la aparición de una nueva deontología, tomando como base principios de universal aplicación como; el Principio de Autonomía, Principio de beneficencia, Principio de Justicia. Bases que han servido de fundamento a toda una nueva corriente ética y deontológica conocida actualmente como BIOÉTICA.¹⁹

1.10 BIOÉTICA

Considerada como, el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios éticos y valores morales, de lo anterior se comprende que la Bioética se encarga de los problemas éticos referidos a la Biología, incluidos aquellos que competen a los profesionales de la salud. El contenido práctico de la Bioética se agrupa de la siguiente manera:

1.11 BIOÉTICA GENERAL

Se ocupa del análisis de las normas aplicables, incluyendo las decisiones de ética y moral política, como las de población, medio ambiente e investigación.

1.12 BIOÉTICA ESPECIAL

Comprende la vida humana y en lo particular el análisis de los problemas éticos de genética, contracepción, códigos de conducta, así como la

¹⁹ Moya Puello Vicente. Roldán Garrido B. Odontología Legal y Forense. Editorial Masson Barcelona España 1994. p.133-139

concepción de la muerte y problemas derivados, eutanasia, aborto, prolongación de la vida y de experimentación clínica.

2. VIH

2.1 VIH SIGNIFICADO: Iniciales en idioma español, con lo que se nombra usualmente al Virus de la Inmunodeficiencia Humana.²⁰

- **Virus:** Compuesto de ácidos nucleares y proteínas que parasita células específicas vegetales o animales, incapaz de multiplicarse fuera del huésped
- **Inmunodeficiencia:** Disminución o deterioro de la capacidad del organismo para defenderse de los microorganismos que le atacan. Puede ser heredada o adquirida
- **Humana:** Propio del hombre²¹

2.2 PACIENTE VIH

Sé considera infectado por VIH a todos aquellos individuos a los que se les ha detectado, por diferentes métodos (Elisa, Western blot) el virus del VIH en el organismo, pero que no han desarrollado manifestaciones clínicas.²²

Las personas infectadas pueden permanecer asintomáticas por varios años, el período de incubación entre la infección por el VIH y el desarrollo del SIDA es largo y variable.²³

Ser VIH positivo o estar infectado con el VIH no es lo mismo que tener SIDA. Muchas personas VIH positivas no se enferman por muchos años: A medida que la enfermedad del VIH continúa, debilita al sistema inmune. Los virus parásitos, hongos y bacterias que normalmente no causan problemas,

²⁰ Diccionario del VIH/SIDA; <http://www.aids-sida.org/diccsida.htm> p. 1

²¹ Ib. p. 1

²² Conasida, *Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales*, 4ª. Edición 2000 p. 32

²³ Nelson, Op. cit. p. 14

pueden originar enfermedad si el sistema inmune se encuentra dañado. Estas enfermedades se llaman "Infecciones oportunistas".²⁴

Los virus poseen una gran diversidad de dimensiones, formas y estructuras; miden entre 20 y 300 nanómetros de diámetro y su material hereditario consta de tres a varios cientos de genes constituidos por ácido desoxirribonucleico (ADN), similares a los de las células de los organismos superiores, ya que el código genético es universal para todos los organismos vivos.²⁵

La información genética almacenada en los ADN virus y en los ARN virus puede ser fácilmente leída por las células parasitadas y convertida a productos con los cuales se sintetizan nuevos virus. La familia de retrovirus, en cambio, almacena su información genética en una forma especial de ARN no compatible con la estructura genética celular; por eso, debe transcribir dicha información a otra molécula capaz de ser leída por la célula parasitada y convertida a productos vírales. Esto se logra gracias a una enzima viral que tiene por función transcribir la información viral de formato ARN a formato ADN; debido a que la enzima se conoce como transcriptasa reversa (por convertir el ARN en ADN).²⁶

Los retrovirus se clasifican en tres subfamilias:

- Oncovirus
- Lentivirus
- Spumavirus

Sin embargo es posible que en un futuro sean reclasificados con base en los nuevos conocimientos.

²⁴ ¿Qué es el sida? <http://www.aidsinfonet.org/articles.htm> p. 1

²⁵ El odontólogo, Op. cit. p. 15

²⁶ Ib. p. 15

ONCOVIRUS capaces de inducir cáncer en las células que parasitan (**onco=tumor**); a esta subfamilia de retrovirus pertenecen dos variedades capaces de producir leucemia (HTLV-1) y linfoma de células T (HTLV-2) en el humano.

LENTIVIRUS se caracterizan por inducir infecciones con largos periodos de latencia sin dañar a las células y sin provocar enfermedad, de ahí su nombre (**lenti=lento**); después de un tiempo, por la acción de algún factor capaz de provocar su estimulación (cofactor), se activan y proliferan, induciendo con ello destrucción celular, lo que conduce al desarrollo tardío de la enfermedad. A esta subfamilia de retrovirus pertenece el VIH.

SPUMAVIRUS induce degeneración espumosa en el citoplasma de las células parasitadas de ahí su nombre (**spuma=espuma**); no se ha escrito enfermedad alguna en animales o humanos atribuible a esta subfamilia de retrovirus.²⁷

²⁷ Ib. p. 16

VÍAS DE TRANSMISION

VIAS DE TRASMISION	
Inoculación de sangre	Transfusión de sangre y productos Sanguíneos Compartir agujas intravenosa entre Drogadictos Exposición del personal de Salud (pinchazos con agujas, cortes) En este punto se considera que existe un 3% de posibilidad de transmisión
Sexual	Homosexual, entre hombres Heterosexual, de hombre a mujer y de mujer a hombre Entre mujeres sería rarísimo, pero podría darse vía inseminación artificial
Perinatal	Intrauterina. Post-parto (leche materna)

2.2 COMPONENTES ESTRUCTURALES DEL VIH

De acuerdo con el doctor Montagnier y colaboradores, el doctor Gerderblom y colaboradores y el doctor Haseltine y colaboradores, de los Institutos Pasteur de París, Robert Koch de Berlín y Dana Faber Cáncer de Estados Unidos respectivamente, los principales componentes estructurales del VIH son: Envoltura, núcleoocápside y enzimas.²⁸

ENVOLTURA: es esférica, está formada por 5 a 10% de componentes propios del virus (glucoproteínas: gP) y 90 a 95% por componentes de la membrana de la célula de donde se originaron. Las gP son producidas bajo la dirección de un mismo GEN ENV y se localiza en dos áreas, una exterior sobre la superficie de la envoltura del virus(gP externa) y que se conoce como gP 120 y otra dispuesta a través de todo el espesor de la envoltura conocida como gP41 teniendo ambas un origen común en el gP160. En el VIH 2 la gP externa se conoce como gP 140 y la gP transmembrana como gP36. Entonces los virus VIH 1 Y VIH 2 son idénticos exceptuando las espículas de

²⁸ Ib. p. 19

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

glucoproteínas, a nivel de secuencia de aminoácidos tienen un 40% de homología entre sí.²⁹

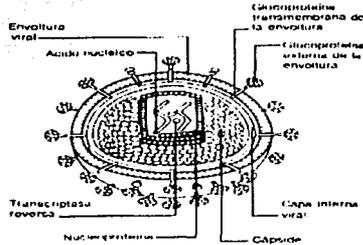
NÚCLEO CÁPSIDE: estructura tubular proteica en cuyo interior se aloja la información genética del virus dispuesta en dos cadenas idénticas de ARN recubiertas por diversas proteínas. La estructura genética del virus recibe el nombre de nucleóide central, el recubrimiento de proteínas se denomina cápside y el conjunto núcleo cápside.

ENZIMAS: Dentro del núcleo cápside viral junto al ARN que transporta la información genética del virus se encuentran tres enzimas virales: ADN polimerasa, ribonucleasa e integrasa. Las dos primeras se conocen conjuntamente como transcriptasa reversa. El ADN polimerasa elabora dos cadenas de ADN viral a partir de la información contenida en el ARN viral original y la integrasa permite que el ADN viral de doble cadena recién formado conocido como "Provirus" se integre a los cromosomas de la célula parasitada, estableciéndose de esta manera una infección permanente debido a que el provirus integrado se duplica junto con los genes de la célula cada vez que ésta se divide.

ESTRUCTURA GENÉTICA DEL VIH: La composición genética del VIH está contenida en dos cadenas idénticas de ARN. Ambos VIH poseen nueve genes: tres estructurales y el resto con función regularizadora, limitados a ambos flancos por una secuencia genética denominado LTR (del inglés Long Terminal Repeat) la cual es responsable de indicar el sitio donde se va a iniciar la lectura del genoma viral. Los genes estructurales poseen la información necesaria para la síntesis de los componentes virales y los genes reguladores almacenan la información relacionada con el control de la

²⁹ Nelson, Op. cit. p. 16

actividad de los genes estructurales, como indicar el momento en que deben iniciar o suspender su acción, y regular la velocidad de la síntesis.³⁰



Estructura general del VIH

CICLO DE VIDA

Como los virus del VIH poseen un solo tipo de ácido nucleico (ARN) y al carecer de citoplasma no producen su propia energía para elaborar sus propios componentes, sólo tienen la posibilidad de vivir y multiplicarse en el interior de las células, por eso se consideran "parásitos intracelulares obligados".

Para que el VIH penetre en las células y se multiplique en el interior de ella debe seguir los pasos siguientes:

- 1) Reconocimiento celular
- 2) Adhesión
- 3) Entrada
- 4) Formación de provirus

³⁰ Nelson, Op. cit. p. 16

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 5) Integración del provirus al genoma celular
- 6) Biosíntesis de los componentes vírales
- 7) Ensamblado
- 8) Salida³¹

Los primeros cinco pasos constituyen la primera mitad del ciclo de vida del VIH conduciendo al establecimiento de la infección, los siguientes pasos representan la segunda mitad del ciclo de vida del virus y establecen la enfermedad SIDA.³²

RECONOCIMIENTO Y ADHESIÓN: Es la infecta de aquellas células que poseen receptores de membrana CD4 que son específicos para el VIH. Como el virus posee, en su envoltura un sistema molecular glucoproteico, (gP 120 en el VIH1 y gP140 en el VIH2) le permiten rastrear la superficie de las células en todos los receptores nombrados; cuando los identifica la gP transmembrana se incrusta en la membrana de la célula lo que permite que se fusione la envoltura viral a la membrana de la célula atacada, recordemos que los receptores CD4 poseen células de función inmunológica y que les sirve para reconocer antígenos extraños y comunicarse con otras células. Desgraciadamente estas moléculas tan importantes para nuestra defensa, son las que utiliza el VIH para su propio provecho.

ENTRADA: Una vez que el VIH fusiona su envoltura a la membrana de la célula, inyecta su núcleo cápside al interior de ella.

FORMACIÓN E INTEGRACIÓN DEL PROVIRUS: El núcleo cápside está entonces en el interior de la célula con sus dos cadenas y sus enzimas que van a participar en los siguientes pasos del ciclo de vida del virus. El ADN polimerasa viral primero forma una cadena de ADN que tiene la copia exacta

³¹ Ib. p. 17

³² El odontólogo, Op. cit. p. 26

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de la información contenida en el ARN del virus; a continuación la ribonucleasa del VIH degrada al ARN del VIH, degrada al ARN viral original y la ADN polimerasa elabora una segunda copia a partir de la primera. De esta forma la información genética del VIH contenida en dos moléculas de ARN ha pasado a ADN de doble cadena. La composición de este ADN es similar al de las células y se conoce como "Provirus".

Parte del provirus permanece en el citoplasma parasitado mientras que el resto migra al interior del núcleo, donde se integra a los cromosomas por acción de la integrasa viral, de esta manera el provirus integrado al genoma de la célula, se duplica cada vez que ella se divide, estableciéndose así una infección permanente. Se desconoce el papel del provirus que permanece en el citoplasma.

BIOSÍNTESIS DE LOS COMPONENTES VIRALES: En su segundo ciclo de vida el VIH produce nuevas partículas virales infectadas (viriones) induciendo a la célula a producir ARN, que serán la base de la información genética de la nueva generación de virus.

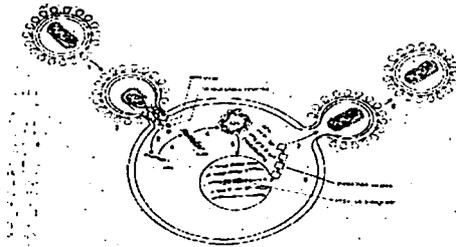
ENSAMBLADO: Primero se sintetiza una molécula pequeña que servirá de precursora del cápside y después otra molécula de mayor dimensión que funciona como precursora del cápside y de las diferentes enzimas del virus, ambas moléculas migran hacia la periferia de la célula para fusionarse a su interior y unirse unas con otras, formando una estructura esférica por debajo de la membrana que protruye hacia el exterior de la célula, durante este proceso ingresan dos segmentos de ARN al interior de este virus naciente.

La molécula de mayor tamaño libera a sus enzimas, una de las cuales corta a cada una de las dos moléculas en cuatro segmentos. Tres de éstos forman al cápside que envuelve al ARN y las enzimas; el cuarto segmento permanece adherido a la membrana celular. El cápside en su contenido (enzimas y dos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cadenas de ARN viral) es, posteriormente, empacado con una envoltura procedente de la membrana celular. Esta envoltura recibe por separado a las glucoproteínas externas y transmembrana que desempeñarán más tarde un papel importante en la capacidad infectante del VIH.³³

SALIDA: Una vez que los componentes genético y enzimático han quedado envueltos por el cápside y empacados en una envoltura procedente de la célula parasitada, a la que le han incrustado las gP externas y gP transmembrana, el virus sale de la célula por un proceso de gemación: al hacerlo puede quedar libre, provocando una virulencia, y de ahí parasitar otras células, o bien puede pasar en forma directa de una célula a otra, sin quedar libre. Se estima que por cada virus que ataca a una célula se producen y liberan cerca de 200 nuevos virus, todos ellos infectantes.³⁴



Ciclo de vida del VIH. Reconocimiento de la célula que va a atacar

- 1) Adherencia al receptor celular
- 2) Entrada del nucleocápside al citoplasma
- 3) Formación de ADN viral provirus)

³³ Nelson, Op. cit. p.17

³⁴ Ib. P. 18

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 4) Integración del provirus a los cromosomas de la célula
- 5) Biosíntesis de los diversos componentes del virus
- 6) Ensamblado y empaquetado de los componentes virales
- 7) Salida del virus por gemación³⁵

2.4 FACTORES RELACIONADOS CON LA TRANSMISION DEL VIH

Tanto el VIH1 como el VIH2 poseen una gran capacidad para mutar, particularmente en su gen envolvente, lo que permite que exista una gran diversidad en la estructura molecular de las glucoproteínas de la envoltura, debido a ello se detectan diferencias hasta del 30% entre virus obtenidos de diferentes personas y hasta del 10% de un mismo individuo con algunos meses de diferencia.³⁶

Ya que la envoltura del virus es la primera en ser reconocida y atacada por el sistema inmunológico del organismo, su cambio constante explica la dificultad que tiene el sistema inmune para rechazar a este "maestro del disfraz", así como las dificultades existentes para crear una vacuna.³⁷

El VIH puede vivir dentro de las células que parasita durante muchos años, sin embargo, fuera de ellas su vida se reduce notablemente, por ello la sangre y las secreciones corporales; que producen linfocitos, tales como el esperma y las secreciones cervicales y vaginales, son excelentes vectores del VIH. En los líquidos corporales como lágrimas, saliva, sudor y orina, el VIH se encuentra fundamentalmente en forma libre, siendo por ello poco infectante, su concentración en estos sitios es muy baja, por lo que estos líquidos corporales no actúan como vectores del virus. Fuera del organismo

³⁵ El odontólogo, Op. cit. p 26

³⁶ Nelson, Op. cit. p. 18

³⁷ Ib. p. 18

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en superficies inertes, tales como objetos de uso común, su vida se reduce aún más.³⁸

2.5 INACTIVACION DEL VIRUS

Por el hecho de que la envoltura del virus es sumamente rica en lípidos, puede degradarse fácilmente por diversos procedimientos de limpieza utilizados en forma rudimentaria como el agua y el jabón, los blanqueadores caseros (hipoclorito de sodio), el alcohol de 70° y el calor.³⁹

2.6 PATOGÉNESIS E HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

REPLICACIÓN VIRAL Y DESTRUCCIÓN LINFOSITARIA

La infección por VIH es un proceso crónico que implica una producción elevada y constante de nuevos viriones, acompañada de la consecuente destrucción de linfocitos T de tipo CD4 (efecto citopático). Esta destrucción celular es compensada con una producción aumentada de linfocitos CD4 durante varios años, hasta que las reservas se agotan, desembocando finalmente en una depleción de estos linfocitos, que origina una inmunodeficiencia adquirida, en vista de que estas células coordinan la respuesta inmune del organismo. El evento cardinal en la progresión a enfermedad es la replicación viral (VIH), mientras que el evento determinante del desarrollo de inmunodeficiencia es la destrucción celular linfocitaria (SIDA).⁴⁰

La replicación viral tiene como característica principal el ser imperfecta. La transcriptasa reversa, comete un error de copia en cada genoma que lee, de tal manera que a través de múltiples ciclos se generan poblaciones virales

³⁸ El odontólogo, Op. cit. p. 30

³⁹ Ib. p. 31

⁴⁰ Guía, Op. cit. p. 27

semejantes pero a su vez diferentes de sus ancestros. Las nuevas variables vírales pueden tener características distintas:

- A) Cambiar su tropismo (afinidad por grupos celulares específicos), diseminando la infección a otras poblaciones celulares.
- B) Cambiar su antigenicidad, escapando de la vigilancia y el control del sistema inmune.
- C) Originar variantes resistentes a medicamentos antirretrovirales.
- D) Ser no infectantes (defectuosas), de tal manera que desaparecen al no poder replicarse.⁴¹

A las diferentes variantes presentes en un individuo se les denomina **cuasiespecies** y son básicas para la producción de enfermedades. Las variantes presentes en la mayoría de los individuos al principio de la enfermedad tiene tropismo por los macrófagos, lo que les da la ventaja de permanecer por largo tiempo y de "escondese" del sistema inmune, mientras que cuando existe un cambio por tropismo a linfocitos T, se facilita la infección y destrucción del sistema linfocitario y se incrementan claramente los efectos citopáticos.

La respuesta inmune generada por el huésped es variada, pero se considera que la más importante es la citotóxica, mediada por linfocitos T de tipo CD8 (linfocitos T citotóxicos). La generación de una respuesta citotóxica adecuada depende de la presencia de células CD4, por lo que la disminución de estas células afecta también de manera importante la capacidad del organismo de luchar contra el virus.⁴²

⁴¹ Ib. p. 27

⁴² Ib. p. 28

HISTORIA NATURAL

- a) Transmisión viral
- b) Infección primaria
- c) Seroconversión
- d) Periodo estable inicial
- e) Infección sintomática
- f) Infección sintomática temprana
- g) SIDA
- h) Infección avanzada

La interacción de los mecanismos antes mencionados desencadena la evolución natural del proceso infeccioso por el VIH1. Se puede dividir en los siguientes estadios.

TRANSMISIÓN VIRAL: El modo de transmisión o adquisición del virus se refleja en la velocidad de progresión de la enfermedad; así, el tiempo promedio desde la seroconversión hasta el desarrollo del SIDA es de cerca de 7 años para aquellos que adquirieron la infección por transfusión y de 8 a 12 años para quienes se infectaron por relación sexual, CDC.⁴³

INFECCIÓN PRIMARIA: Implica no sólo la adquisición de la infección viral sino las manifestaciones asociadas al episodio de replicación viral inicial. La presencia de síntomas durante la infección primaria se asocia a una progresión rápida de la enfermedad. La sintomatología generalmente se presenta de 2 a 4 semanas después de la adquisición de la infección, pero a veces el periodo de incubación puede ser hasta de 10 meses. Las principales manifestaciones son: fiebre, crecimiento ganglionar, faringitis, erupción maculopapular en cara y tronco, ulceraciones mucosas, mialgias y

⁴³ Ib. p. 28

artralgias, así como linfopenia, especialmente de linfocitos CD4 y altos niveles de carga viral (CV).

SEROCONVERSIÓN: Desarrollo y detección de anticuerpos en contra del virus en suero o plasma (serología positiva). Ocurre generalmente de 3 a 12 semanas después del evento de transmisión, aunque más del 95% de los pacientes lo presentan dentro de los primeros 6 meses. Al periodo en que la serología es negativa en un paciente infectado se le conoce como periodo de ventana.

PERIODO ESTABLE INICIAL ("Setpoint"): Ocurre generalmente 6 meses después de la transmisión del VIH, implica la estabilización de la CV y de la cuenta de linfocitos CD4 como consecuencia de la respuesta inmune y de la virulencia de la cepa viral adquirida. Los niveles de CV principalmente y también los de células CD4 en este periodo, correlacionan fuertemente con pronóstico de desarrollo del SIDA en los siguientes 6 años⁴⁴

CV < 500 copias/ml	
CD4 > 750	1.7%
CD4 < 750	3.6%
CV 3,000-10,000 copias/ml	
CD4 > 750	4.2%
CD4 < 750	17.2%
CV 10,001-30,000 copias/ml	
CD4 > 750	36.7%
CD4 < 750	72.9%
CV > 30,000 copias/ml	
CD4 > 900	66.8%
CD4 < 200	97.9%

Porcentaje de progresión a SIDA a los seis años de acuerdo con la Carga viral y el conteo de células CD4 en el periodo estable inicial

INFECCIÓN SINTOMÁTICA: Es el periodo considerado antes de la latencia, en el cual se encuentra una constante actividad viral y un equilibrio entre

⁴⁴ Ib. p. 29

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

destrucción y producción celular (células CD4 por día). Puede haber linfadenopatía persistente generalizada, debido a que es en los ganglios linfáticos donde se establece el principal reservorio del virus.

INFECCIÓN SINTOMÁTICA TEMPRANA: Incluye manifestaciones clínicas que no sustentan la definición de SIDA (ver manifestaciones B, de la tabla), que se presentan como consecuencia de la destrucción de células CD4 y el inicio de la inmunodeficiencia.

SIDA: Es la consecuencia de la destrucción de linfocitos CD4 y la presencia de inmunodeficiencia adquirida manifestada por infecciones oportunistas y neoplasias secundarias.

INFECCIÓN AVANZADA: Se presenta en pacientes con <50 células CD4/ml, cuya expectativa de vida es de 12 a 18 meses y que generalmente fallecen como consecuencia de condiciones relacionadas al VIH.⁴⁵

2.7 MANIFESTACIONES BUCALES EN LA INFECCIÓN POR VIH

Desde el inicio de la epidemia del VIH, las manifestaciones bucales han sido una característica clínica importante de la infección, no sólo en los pacientes que se encuentran en la etapa avanzada (SIDA), sino también en la fase intermedia y con menor frecuencia, en la etapa temprana de la enfermedad, además de su alta prevalencia y gran morbilidad. La influencia de las manifestaciones bucales en la infección por VIH se debe a que algunas son indicadoras de la infección y pueden marcar el progreso de la enfermedad, como la candidiasis bucal y la leucoplaquia pilosa.⁴⁶

⁴⁵ Ib. p. 30

⁴⁶ Ponce, de León Samuel, **SIDA**, editorial Interamericana p.263

Aunque la candidiasis bucal y la leucoplaquia pilosa no son criterios de definición de casos de SIDA, según los CDC, ambas lesiones son criterios de clasificación de los pacientes infectados por VIH y se asocian con frecuencia a bajos niveles circulantes de células T CD4, en consecuencia, en la actualidad las lesiones bucales forman parte de los pocos datos clínicos que pueden utilizarse como marcadores de progreso de la enfermedad por VIH, y por lo tanto podrían ser indicadoras del inicio del tratamiento antirretroviral, en particular en países o regiones donde hay dificultades técnicas o económicas para cuantificar niveles circulantes de células t CD4.

Se han descrito más de 40 alteraciones diferentes relacionadas con la infección por VIH en la boca y la región submaxilar. Estas lesiones se agrupan en tres categorías, según el grado de asociación con la infección por VIH.

El grupo 1: Consiste en lesiones marcadamente asociadas.

El grupo 2: Incluye lesiones asociadas en forma moderada

El grupo 3: Lesiones tal vez asociadas a la infección por VIH.⁴⁷

Grupo 1. Lesiones marcadamente asociadas al VIH

Candidiasis
Esponemias
Leucoplaquia pilosa
Leucoplaquia hiperplásica
Síndrome de Kaposi
Linfoma no Hodgkin
Fistula bucal gingival
Compuesto ulceroso recurrente
Pericarditis subaguda recurrente

Grupo 2. Lesiones asociadas en forma moderada al VIH

Infecciones bacterianas
Difteria, tétanos, antrax, erisipela
Aftas recurrentes
Hiperpigmentación oral
Fibrosis quística
Fistulización de los glándulas salivales
Purpura trombocitopénica
Etiología desconocida
Infecciones venéreas (además de las del virus de Linseed Bax)
Virus del herpes simple
Virus de la caxera
Virus del papiloma humano

Grupo 3. Lesiones tal vez asociadas al VIH

Infecciones bacterianas
Actinomicetosis
Etiología desconocida
Enfermedad por arañazo de gato
Reacciones a fármacos (antibióticos, epinefrina, anestésicos, liquenoides, epidermólisis bullosa)
Angiomatosis harbar epitelial
Infecciones por hongos (excepto candidiasis)
Etiología desconocida
Gastritis hemorroidal
Histioplasmos capsulatum
Mucormicosis (mucormicosis/zygomycosis)
Aspergillus óseo
Alteraciones neurológicas
Etiología desconocida
Infecciones venéreas
Etiología desconocida
Mollicutes contagiosus

CLASIFICACIÓN DE LESIONES BUCALES ASOCIADAS A LA INFECCIÓN POR VIH

⁴⁷ Ponce, Op. cit. p. 264

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

bucal. La lengua puede adquirir una apariencia lisa, con áreas despapiladas. La variedad eritematosa puede ser la infección más temprana de la infección por VIH-1, así como el tipo más frecuente de candidiasis.⁴⁹



Candidiasis eritematosa en paladar duro

CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA: Ocurre con mayor frecuencia en pacientes con SIDA, se presenta como depósitos de aspecto cremoso de color blanco-amarillento sobre cualquier parte de la mucosa bucal, los cuales se despegan al rasparse, quedando como superficie eritematosa o sangrante.⁵⁰



Candidiasis pseudomembranosa en paladar duro, blando y lengua

⁴⁹ Ramírez, A. Velia A., *Prevención y control de infección en estomatología*, UAM- Xochimilco p. 9

CANDIDIASIS HIPERPLÁSICA: En pacientes seropositivos se localiza bilateralmente sobre la mucosa yugal, a diferencia de los pacientes seronegativos en quienes se observa principalmente en el área retrocomisural. Esta lesión se describe como una placa blanca asintomática que no se despegar al rasparse.⁵¹

QUEILITIS ANGULAR: Es el término utilizado para describir lesiones generalmente bilaterales a nivel del ángulo de la boca y comisuras, caracterizadas por un color rojo brillante acompañadas por fisuras y ulceraciones que suelen ser dolorosas. La mayoría de los casos está asociada con *Candida Albicans*.⁵²

El diagnóstico clínico de las candidiasis bucal se debe confirmar con frotis citológicos teñidos con hidróxido de potasio (KOH), ácido peryódico de Schiff (PAS) o tinción de Gram.⁵³

LEUCOPLAQUIA PILOSA: (leucoplasia vellosa) La leucoplaquia pilosa se ha observado en menor proporción en pacientes no infectados por VIH, en inmunocomprometidos e inmunocompetentes.

La leucoplaquia pilosa es un signo temprano de la infección por VIH y un marcador del progreso a SIDA. Su prevalencia varía en forma considerable, aunque en algunos estudios ha sido la manifestación bucal más frecuente.

Se ha sugerido que la leucoplaquia pilosa representa una infección epitelial oportunista asociada al virus de Epstein- Barr (VEB) en su forma replicativa.⁵⁴

⁵⁰ Ib. p. 9

⁵¹ Ib. p. 9

⁵² Ib. p. 10

⁵³ Ib. p. 10

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La leucoplaquia pilosa se caracteriza por lesiones de color blanco grisáceas, predominantemente bilaterales, localizadas en los bordes laterales de la lengua que puede extenderse hacia las regiones ventral y dorsal, donde en general adquieren una apariencia plana. Estas lesiones no se desprenden con el raspado y tienen un aspecto corrugado con pliegues finos. La predilección de esta lesión para desarrollarse en los bordes laterales de la lengua tal vez refleje la presencia de receptores de VEB en el epitelio paraqueratinizado, característico de esta área. En algunos casos se ha observado leucoplaquia pilosa en paladar blando, piso de boca, región amigdalina, área retromolar y en mucosa faríngea.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es importante porque las características clínicas y microscópicas de la lesión en los bordes laterales de la lengua pueden ser similares a otros tipos de lesiones bucales, como liquen plano, nevo blanco esponjoso, leucoplaquia idiopática o relacionada con el tabaco y principalmente candidiasis crónica hiperplásica.⁵⁵

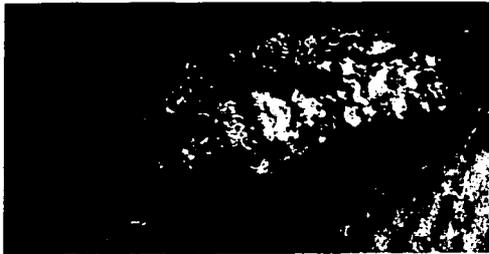
TRATAMIENTO

En general la leucoplaquia pilosa es asintomática y no requiere tratamiento, aunque se han descrito casos aislados de enfermos con este padecimiento que mejoran con aciclovir, desciclovir o zidovudina.⁵⁶

⁵⁴ Ponce, Op. cit. p. 268

⁵⁵ Ib. p. 269

⁵⁶ Ib. p. 270



Leucoplaquia pilosa

SARCOMA DE KAPOSI BUCAL

Es la neoplasia maligna más frecuente en pacientes con infección por VIH, aunque su incidencia ha disminuido de manera progresiva en los últimos años, este trastorno ocurre sobre todo en hombres homosexuales y bisexuales, es raro en mujeres.⁵⁷

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las lesiones bucales pueden ser solitarias o múltiples con una apariencia de mácula, pápula o nódulo, con o sin ulceración de color rojo azulado, violáceo o café pardusco, pueden ser únicas o en asociación con lesiones extraorales, ocasionalmente se presentan del mismo color de la mucosa bucal. La localización más frecuente es en el paladar a nivel del primer molar superior. El segundo sitio es en la encía, pudiendo aparecer también en la lengua y en la mucosa bucal, eventualmente puede localizarse en las glándulas salivales mayores.⁵⁸

⁵⁷ Ib. p. 271

⁵⁸ Ramírez, Op. cit. p. 13

DIAGNÓSTICO

Es necesario el estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico clínico.

En el diagnóstico diferencial deben considerarse las lesiones de tipo vascular como hematomas, equimosis, hemangioma, linfangioma, tumores vasculares y lesiones reactivas como el granuloma piógeno y el granuloma periférico de células gigantes. Es importante descartar a la angiomasosis epiteloide.⁵⁹

TRATAMIENTO

El tratamiento paliativo de las lesiones bucales de sarcoma de Kaposi, sólo es necesario en caso de dolor, sangrado disfagia o por razones cosméticas. El primer paso en el tratamiento consiste en mejorar la higiene bucal y tratar toda infección secundaria como puede ser la candidiasis. El tratamiento local puede incluir radiación regional y/o vinblastina intralesional. La cirugía es útil en casos de lesiones exofíticas y puede complementar a la quimio y radioterapia en el manejo global de esta neoplasia.⁶⁰



Sarcoma de Kaposi

⁵⁹ Ib. p. 14

⁶⁰ Ib. p. 13

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LINFOMA NO HODGKIN (LNH)

Es la segunda neoplasia más frecuente en el SIDA y se ha observado en todos los grupos de riesgo. En los pacientes pediátricos infectados por VIH, LNH es la tumoración que se observa con mayor frecuencia.⁶¹

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Se puede presentar como una masa exofítica pedunculada o como un aumento de volumen firme, asintomático del mismo color de la mucosa bucal o bien rojo púrpura. La lesión puede estar ulcerada y ser de rápido crecimiento. Sí bien muestra una predilección por el paladar y el proceso alveolar, también se ha observado en la encía, en la lengua y en las glándulas salivales mayores.

Cuando la lesión es única puede mostrar la apariencia de una infección de origen dentario. En caso de estar ulcerada se debe pensar en el diagnóstico diferencial a las úlceras infecciosas de origen infecciosos o atípicas; si tienen un color violáceo se debe considerar al sarcoma de Kaposi bucal. El diagnóstico debe confirmarse siempre con una biopsia.

TRATAMIENTO

Generalmente los Linfomas no Hodgkin en la boca son de alto grado de malignidad, muy agresivos y con respuesta incompleta a la quimio y radioterapia.⁶²

⁶¹ Ponce, Op. cit. p. 273

⁶² Ramírez, Op. cit. p. 15



Linfoma no-Hodgkin. Lesión ulcerada en surco bucal superior

ENFERMEDAD PERIODONTAL RELACIONADA CON EL VIH

La enfermedad periodontal en el paciente infectado por VIH tiene tres presentaciones clínicas: El eritema lineal gingival (**ELG**), la gingivitis ulceronecrosante (**GUN**) y la periodontitis ulceronecrosante (**PUN**). La periodontitis en pacientes con VIH tiene un curso más rápido, progresivo y destructivo que la periodontitis convencional de la población general. Estas características deben alertar al especialista para el tratamiento temprano y, más importante aún, para la prevención de este trastorno.⁶³

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La gingivitis relacionada al VIH-1 se presenta como una banda de color rojo brillante a lo largo de la encía marginal que puede estar acompañada de un eritema difuso o puntiforme de la encía insertada y alveolar. Si bien muestra tendencia al sangrado, no existe ulceración, bolsas parodontales o pérdida de la unión periodontal. La periodontitis relacionada al VIH-1 se caracteriza por la pérdida de tejidos blandos y de la unión periodontal, así

⁶³ Ponce, Op. cit. p. 274

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

como por la destrucción ósea. El dolor suele ser intenso y hay sangrado espontáneo pero no hay formación de bolsas parodontales profundas. La gingivitis ulceronecrosante relacionada al VIH-1 presenta ulceración, necrosis y destrucción de las papilas interdetales de forma localizada o generalizada y cubiertas por una membrana de fibrina gris-amarillenta. Puede haber dolor, hemorragia gingival y también halitosis.⁶⁴

La enfermedad periodontal difiere de la convencional en que no responde adecuadamente al tratamiento de rutina y su presentación clínica es súbita y severa.

TRATAMIENTO

El tratamiento idóneo es acompañar el raspado y alisado radicular convencional con la irrigación de una solución yodada como la yodopolividona al 8-10%. Asimismo se deben incluir enjuagues con gluconato de clorhexidina al 0.12% dos veces al día. En casos severos de gingivitis ulceronecrosante se recomienda metronidazol (250 mg) cada 6 horas durante 4-5 días. Como terapia de sostén el paciente deberá mantener una buena higiene oral utilizando una técnica de cepillado apropiada.⁶⁵



Enfermedad periodontal relacionada al VIH-1

⁶⁴ Ramírez, Op. cit. p. 13

GRUPO 2 LESIONES ASOCIADAS EN FORMA MODERADA AL VIH

INFECCIONES BACTERIANAS

Se han descrito casos aislados de lesiones ulceradas localizada en boca y esófago asociadas al complejo *Mycobacterium avium-intracellulare*, aunque la infección por este complejo y por *Mycobacterium tuberculosis* sean frecuentes en pacientes infectados por el VIH.

HIPERPIGMENTACIÓN MELÁNICA

La prevalencia de hiperpigmentación melánica en pacientes con VIH varía de 2 a 6%.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La hiperpigmentación melánica en mucosa bucal presenta una apariencia de máculas únicas o múltiples, café-negruzcas, localizadas en la lengua, en la mucosa bucal, en el paladar duro o blando, o en la mucosa labial. Probablemente esta alteración esté asociada a la administración prolongada al AZT y/o Ketoconazol.⁶⁵

Además de considerar la pigmentación étnica en el diagnóstico diferencial, se deben considerar al Síndrome de Peutz-Jeghers, la enfermedad de Addison, el tatuaje por amalgama, el léntigo labial, el nevo pigmentado, el melanoma y a las pigmentaciones pos-trauma, las relacionadas con el tabaquismo o con la exposición a metales pesados.⁶⁷

⁶⁵ Ib. p. 13

⁶⁶ Ponce, Op. cit. p. 276

⁶⁷ Ramírez, Op. cit. p. 21

TRATAMIENTO

La hiperpigmentación puede corregirse con la suspensión del fármaco respectivo. En la hiperpigmentación melánica que resulta de insuficiencia suprarrenal por infecciones oportunistas puede ser suficiente el tratamiento de la infección y el sustitutivo con esteroides para corregirla.⁶⁸

ENFERMEDAD DE GLÁNDULAS SALIVALES

La enfermedad de glándulas salivales asociada al VIH como la que se observa en el síndrome de Sjögren, se caracteriza por aumento de tamaño de las glándulas salivales mayores, xerostomía.⁶⁹

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El término alteración de glándulas salivales por VIH-1 describe el agrandamiento de glándulas salivales mayores y/o xerostomía en pacientes infectados por este virus, que presentan características clínicas e histológicas similares al síndrome de Sjögren. La xerostomía se manifiesta como sequedad de las mucosas, las cuales pueden observarse eritomatosas y atróficas. El agrandamiento de glándulas salivales, bilateral o unilateral, generalmente afecta a la parótida y ocasionalmente a la submaxilar.⁷⁰

El aumento de volumen parotídeo en pacientes seropositivos puede ser un signo clínico de diferentes procesos patológicos tales como el Linfoma no Hodgkin, el sarcoma de kaposi, los tumores de glándulas salivales, los tumores metastásicos la tuberculosis, la lesión linfoepitelial benigna y el síndrome similar al de Sjogren. Por lo tanto es necesario realizar una biopsia por aspiración y abierta, así como la de glándulas salivales labiales.

⁶⁸ Ponce, Op. cit. p. 276

⁶⁹ Ib. p. 277

⁷⁰ Ramírez, Op. cit p. 19

TRATAMIENTO

Para la xerostomía se aconseja un sustituto de la saliva, solución acuosa de carboximetilcelulosa, o enseñar técnica de masticación para favorecer el aumento de flujo salival.⁷¹

INFECCIONES VIRALES

VIRUS DEL HERPES SIMPLE (VHS)

El VHS puede infectar la mucosa bucal y los tejidos peribucales del paciente con VIH, por lo regular en etapa tardía (VIH) y avanzada de la enfermedad (SIDA).

En los pacientes con VIH son frecuentes las lesiones por VHS; con episodios de mayor duración y lesiones más agresivas y progresivamente destructivas que en individuos inmunocompetentes. Las lesiones bucales con duración mayor de tres semanas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El herpes labial recurrente se manifiesta en el borde bermellón de los labios como vesículas que se rompen y forman costras. Las lesiones dentro de la cavidad bucal, que inicialmente fueron pequeñas vesículas, se observan como úlceras recurrentes en forma de cráter con bordes elevados. Algunas pueden estar cubiertas por una pseudomembrana de color blanco grisáceo y otras se observan con un área central roja denudada. Las lesiones por VHS son muy dolorosas y se localizan especialmente en paladar, mucosa labial y lengua.

⁷¹ Ib. p. 20

DIAGNÓSTICO

En el diagnóstico diferencial es importante considerar otras úlceras bucales. Un método sencillo y confiable para confirmar el diagnóstico clínico de estas lesiones es el frotis citológico teñido por la técnica de Papanicolaou.⁷²

TRATAMIENTO

En los casos leves puede ser suficiente con aciclovir tópico en crema, tres veces al día, de preferencia durante la fase prodrómica, lo que acorta y puede interrumpir la recurrencia. En los casos moderados o graves (úlceras intraorales) debe indicarse aciclovir sistémico (vía oral), 200 mg cuatro veces al día, por cinco días. En caso de resistencia del VHS al aciclovir, el tratamiento de elección es con foscarnet. Como tratamiento adjunto en los episodios recurrentes de úlceras por VHS pueden ser benéficos los enjuagues con gluconato de clorhexidina a 0.12%, tres veces al día.⁷³

INFECCIÓN POR EL VIRUS DE VARICELA ZOSTER (VVZ)

La importancia del herpes zoster en individuos seropositivos reside en que puede ser un signo predictor del desarrollo de SIDA. Las lesiones orales generalmente están asociadas a lesiones cutáneas, ocurren en forma unilateral, en el área inervada por el nervio sensorial afectado. Tienden a presentarse como vesículas que se unen y forman úlceras dolorosas. Para el tratamiento se recomienda aciclovir en dosis altas, 800 mg cinco veces al día, por 5-10 días.

⁷² Ponce, Op. cit. p. 279

⁷³ Ib. p. 280

INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

En pacientes infectados por el VIH, el virus del papiloma humano se encuentra asociado a lesiones mucocutáneas como la verruga vulgar, el condiloma acuminado y la hiperplasia epitelial focal.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La verruga vulgar y el condiloma acuminado son lesiones exofíticas de superficie papilomatosa en forma de coliflor, bien circunscritas y generalmente sésiles. La hiperplasia epitelial focal se presenta como múltiples pápulas del mismo color de la mucosa bucal, bien circunscritas y que desaparecen al distender la mucosa.⁷⁴

DIAGNÓSTICO

Para establecer el diagnóstico definitivo es necesario tomar una biopsia.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es la remoción por el método quirúrgico convencional o por crioterapia.⁷⁵

GRUPO 3. LESIONES TAL VEZ ASOCIADAS AL VIH

INFECCIONES BACTERIANAS

⁷⁴ Ramirez, Op.cit. p. 19

⁷⁵ Ponce, Op.cit. p. 280

Se han descrito casos aislados de lesiones bucales asociadas a enterobacterias (*Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*) y a *Actinomyces israelii*.

Reacciones a fármacos (ulcerativas, eritema multiforme, liquenoide, epidermólisis bulosa).

Varios de los medicamentos que se utilizan con frecuencia en el tratamiento de los pacientes infectados por VIH pueden producir alteraciones en la mucosa bucal y en la piel. Foscarnet, zalcitabina (ddC) e IFN-alfa se asocian al desarrollo de erosiones y ulceraciones bucales, faríngeas y esofágicas. En pacientes con tratamiento prolongado con AZT se han observado lesiones liquenoides de aspecto reticular y atrófico en la mucosa bucal y el dorso de la lengua.

ANGIOMATOSIS BACILAR EPITELOIDE Y ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

La enfermedad por arañazo de gato y la angiomatosis bacilar epiteloide (**ABE**) son infecciones causadas por microorganismos gramnegativos, especies de *Rochalimaea*.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La ABE afecta la piel y también las mucosas bucal, anal, bronquial y gastrointestinal. Las lesiones se presentan clínicamente como pápulas o nódulos únicos o múltiples y placas de color rojo mate.

DIAGNÓSTICO

Debido al aspecto vascular de las lesiones de la angiomatosis bacilar epiteloide, el diagnóstico diferencial debe considerar principalmente al sarcoma de kaposi y el granuloma piógeno.

TRATAMIENTO

Se ha informado de involución espontánea de estas lesiones. Sin embargo, el tratamiento de elección es eritromicina, 250 a 500 mg cuatro veces al día. En casos recidivantes, el tratamiento debe ser por toda la vida.⁷⁶

INFECCIÓN POR HONGOS (EXCEPTO CANDIDIASIS)

Son pocos los reportes que describen las manifestaciones bucales relacionadas con criptococosis (*Cryptococcus neoformans*) e histoplasmosis (*Histoplasma capsulatum*) diseminadas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La presentación clínica es como úlceras persistentes de bordes elevados, en algunos casos dolorosas, localizadas en el paladar, la lengua, la región maxilar y el piso de la boca.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico diferencial se debe considerar, tanto para otro tipo de úlceras bucales como para el carcinoma epidermoide.⁷⁷

⁷⁶ Ponce, Op. cit. p. 281

⁷⁷ Ib. p. 282

TRATAMIENTO

La terapia recomendada para estas infecciones, consiste en anfotericina B por vía intravenosa en una dosis de 2.0 a 2.5 gm, seguida por una terapia de mantenimiento con ketoconazol o itraconazol para histoplasmosis y fluconazol en el caso de criptococosis.⁷⁸

ESTOMATITIS RECURRENTE AFTOSA (AFTAS)

La etiología de las úlceras (aftas) bucales recurrentes (UBR) aún se desconoce. Hasta ahora no se ha asociado a agentes infecciosos o neoplásicos. No obstante está claro que ocurren alteraciones locales de la respuesta inmunológica mediada por células, por anticuerpos, o por ambos. Es muy probable que los trastornos inmunológicos que caracterizan a la infección por VIH amplifiquen las alteraciones propias de las UBR, y en consecuencia les confieren mayor gravedad.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las úlceras bucales recurrentes son lesiones bien circunscritas, con halo eritematoso, que en ocasiones muestran gran tamaño (más de 10 mm. de diámetro), su aspecto es de necrosis y son extremadamente dolorosas. Pueden ser únicas o múltiples de (1 a 10) y se localizan en mucosa labial o bucal, lengua, paladar blando y fauces. Pueden persistir por meses y en general dejan cicatriz. También se presentan como pequeñas úlceras, de 1 a 3 mm de diámetro, cuya cantidad varía de 1 a 100. Suelen afectar al esófago, la apariencia clínica es parecida en las úlceras recurrentes menores, mayores y herpéticos. En los pacientes con VIH adquieren características de mayor

⁷⁸ Ramírez, Op. cit. p. 23

gravedad que en sujetos sin la infección, tanto en tamaño y frecuencia como en duración e intensidad del dolor.⁷⁹

DIAGNÓSTICO

Debe considerarse la posibilidad de que una úlcera bucal sea signo clínico de neoplasia, como sarcoma de Kaposi o linfoma no Hodgkin. Las úlceras bucales también pueden asociarse a fármacos como zalcitabina (ddC), foscarnet, zidovudina, ketoconazol, fluconazol y a la aplicación intralesional de vinblastina.

TRATAMIENTO

En las úlceras pequeñas y únicas se indican esteroides tópicos como fluocinonida (cuatro a seis veces al día), propionato de clobetasol (dos veces al día) o dexametasona (enjuagues que mantengan contacto durante 2 a 4 minutos tres o cuatro veces al día). En algunos casos, las úlceras mejoran con la aplicación local de tetraciclina impregnada en una gasa o mediante enjuagues (125 mg/5ml), cuatro veces al día seguidos de un esteroide tópico. Para los casos de úlceras mayores crónicas es necesario un esteroide sistémico (prednisona, 40 a 74 mg) por siete a diez días.

Por su localización en paladar blando, región amigdalina y lengua, y por la intensidad de los síntomas (ej, dolor), estas lesiones pueden impedir funciones básicas como comer, lo que conduce a mayor deterioro clínico, pérdida de peso y, en consecuencia, menor calidad de vida.⁸⁰

⁷⁹ Ponce, Op. cit. p. 282

⁸⁰ Ib. p. 283

INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS (CMV)

A pesar que la infección por citomegalovirus (CMV) es frecuente en pacientes con la enfermedad por VIH, los informes en relación a las manifestaciones bucales asociadas al CMV son escasos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La descripción clínica más frecuente de la infección por CMV en la mucosa de individuos infectados por VIH es en la forma de úlceras crónicas bien circunscritas o crateriformes y de bordes no indurados en faringe, encías, mucosa labial, lengua y paladar.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico diferencial es importante y deben considerar otros tipos de úlceras bucales, pues las características clínicas de las úlceras asociadas a CMV no son patognomónicas. El diagnóstico definitivo requiere biopsia de la lesión.⁸¹

TRATAMIENTO

Es conveniente considerar la referencia de estos pacientes con el especialista para establecer el tratamiento adecuado que consiste en antivirales como ganciclovir o foscarnet. La fase intensiva del tratamiento es de dos semanas con 5mg/kg cada 12 horas, seguida por una fase de mantenimiento de 5 mg/kg/día.⁸²

⁸¹ Ib. p. 284

⁸² Ramirez, Op. cit. p. 19

MOLUSCO CONTAGIOSO

Las manifestaciones cutáneas ocasionadas por el virus molusco contagioso de la familia Poxviridae son frecuentes en los pacientes con VIH en etapas avanzadas de la enfermedad; sin embargo, la afección peribucal es poco común y los informes de lesiones en la cavidad bucal son excepcionales.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las lesiones por molusco contagioso en la cavidad bucal, semejantes a las de la piel, se observan como pápulas umbilicadas.

TRATAMIENTO

La remoción de las lesiones se realiza por diferentes técnicas, como la crioterapia, el láser con CO2 raspado, cirugía, electrocirugía, aplicación tópica de retinoides o ácido tricloroacético. Sin embargo, son frecuentes la recurrencia y la diseminación de las lesiones.

OTRAS ALTERACIONES

En cuanto a la posible relación de carcinoma bucal con SIDA, hasta ahora no hay pruebas de una asociación de esta neoplasia con la infección de VIH.⁸³

SALIVA EN LA INFECCIÓN POR VIH

Se ha informado la presencia de partículas libres del VIH en la saliva en menos de 1% de los casos. También se han detectado otros virus, como CMV, sin embargo en la actualidad no hay demostración epidemiológica que compruebe que la saliva actúa como vehículo para la transmisión del VIH. En

⁸³ Ponce, Op. cit. p. 285

numerosos estudios se ha demostrado la presencia de factores en la saliva que inhiben la infectividad del VIH, como las mucinas, las cistatinas, las proteínas antimicrobianas como lisozima, lactoferrina, histamina, peroxidasa salivales e inmunoglobulinas del tipo IgA, IgG e IgM.

La detección de anticuerpos mediante Elisa o Western blot en el líquido crevicular gingival pueden utilizarse como pruebas diagnósticas de infección por VIH, las cuales posee un alto grado de sensibilidad (98%) y especificidad (99%), además de presentar un bajo costo. Por ser un procedimiento no cruento (sangrante), reduce el riesgo de transmisión ocupacional.⁸⁴

2.8 MANEJO E INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH.

El diagnóstico de la infección por VIH se basa en las pruebas que detectan anticuerpos contra el VIH.

Clasificación de las pruebas:

a) Pruebas iniciales de detección o tamizaje

Las pruebas de tamizaje son las de ELISA, aglutinación, y las rápidas con formato de inmunodot con mínima extracción de sangre.

b) Pruebas suplementarias o confirmatorias

Entre las pruebas suplementarias o confirmatorias la más usada es la inmunoelectrotransferencia o Western blot (Wb).

⁸⁴ Ponce, Op. cit. p. 286

Las pruebas de tamizaje para la detección del VIH, siempre deben interpretarse de acuerdo a la historia clínica del paciente y a pruebas auxiliares de laboratorio, como biometría hemática, cuenta de linfocitos, química sanguínea, etc...

En pacientes sin manifestaciones clínicas ni otras pruebas disponibles, las pruebas de tamizaje siempre deben ser confirmadas.

Sin embargo dado que el Western blot requiere de un laboratorio con cierta tecnología, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto otros esquemas, combinando dos o tres pruebas diferentes (ELISA, simples o rápidas), que utilizadas en poblaciones con prevalencia de infección por VIH superior a 10%, son equivalentes al Wb, con un costo menor y los resultados pueden obtenerse con mayor rapidez.⁸⁵

⁸⁵ Guta, Op. cit. p. 19

3. SIDA

3.1 SIDA SIGNIFICADO

SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

- Síndrome.- Grupo de problemas de salud que componen una enfermedad
- Inmuno Deficiencia.- Significa que se debilita el sistema inmune, que combate enfermedades
- Adquirida.- Obtención de algo. Hablando de SIDA significa que la infección se transmite de una persona a otra⁸⁶

3.2 PACIENTE SIDA

Se considera paciente SIDA a quien se le ha demostrado la presencia del VIH por cualquier método y que además presenta manifestaciones clínicas e inmunológicas específicas del SIDA.⁸⁷

El SIDA es una enfermedad causada por un virus llamado VIH que destruye el sistema inmunitario y deja a nuestro organismo indefenso ante infecciones graves y ciertos cánceres.⁸⁸

La clasificación de infección por VIH propuesta por el CDC no incluye una identidad que reciba el nombre de SIDA; Sin embargo, se acepta de manera general que los siguientes rubros de la clasificación del CDC comprenden al SIDA: Enfermedad constitucional, encefalopatía por VIH, infecciones oportunistas y neoplasias asociadas con infección por el VIH. Cerca de 70% de los individuos infectados por el VIH presentan alguna forma

⁸⁶ http://www.aidsinfonet.org/articulos.htm_p.1

⁸⁷ Curso monográfico "prevención del Sida en Estomatología"2003

de trastorno neuropsiquiátrico; alrededor de 60% desarrolla infecciones oportunistas, un 30% cursa con neoplasias y menos de 10% presenta tanto infecciones oportunistas como neoplasias.⁸⁹

3.3 ENFERMEDAD CONSTITUCIONAL

La enfermedad constitucional que se presenta por infección por VIH se caracteriza por:

- 1) Pérdida involuntaria de peso mayor a 10% del peso habitual del individuo;
- 2) Fiebre documentada (38.5°) en forma intermitente o constante durante 30 días o más.
- 3) Cualquiera de las siguientes manifestaciones:
 - a.- astenia y adinamia crónica.
 - b.- diarrea presente durante 30 días o más (definida como tres o más evacuaciones líquidas al día).

Encefalopatía por VIH. Pertenecen a este grupo aquellos individuos infectados por el VIH que cursan con daño neurológico en ausencia de otro padecimiento que lo provoque; los trastornos neurológicos del sistema nervioso inducidos por el VIH se clasifican en:

- 1) Demencia asociada con el SIDA
- 2) Meningoencefalitis aguda aséptica
- 3) Meningitis crónica
- 4) Trastorno del sistema nerviosos periférico⁹⁰

⁸⁸ Diccionario del VIH/SIDA <http://www.aids-sida.org/diccsida.htm>

⁸⁹ El odontólogo, Op. cit. p.77

⁹⁰ Ib. p. 77

La demencia asociada con el SIDA es la complicación más común y se presenta en 50 a 70% de los pacientes con SIDA. Cierta número de casos se detecta en forma subclínica en cualquier momento de la evolución de la infección:

La mayoría de los casos aparece en la última etapa de la enfermedad. El cuadro se caracteriza por cursar trastornos en las funciones cognitivas, motoras y del comportamiento. En un principio a los pacientes se les dificulta enfrentarse a los problemas cotidianos y pierden interés en el trabajo y en las actividades recreativas, las manifestaciones motoras aparecen más tarde y consisten en temblores finos e inseguridad en la marcha. A medida que avanza la enfermedad, se agudiza la apatía, se incrementa la dificultad para hablar y el deterioro mental puede llegar hasta la demencia severa, aparece hipoquinesia general e incontinencia.

La presencia e intensidad de las manifestaciones varía en los distintos pacientes; algunos desarrollan estados de agitación, mientras en otros domina el cuadro motor, muy similar al del Parkinson.

La meningoencefalitis aséptica puede presentarse desde las etapas iniciales de la infección por VIH, aunque también puede aparecer en cualquiera de las etapas posteriores. El principal síntoma consiste en cefalea y el cuadro es indistinguible de otras encefalopatías víricas o posinfecciosas.⁹¹

Las complicaciones del sistema nervioso periférico se presentan entre un 15 a 50% de los individuos infectados por el VIH. Pueden iniciarse en las etapas previas al SIDA o en la etapa del SIDA, que es lo más común, y consiste en polirradiculitis, polineuritis y polineuropatía. Estos cambios pueden afectar también a los pares craneales,⁹² especialmente el trigémino y el

⁹¹ Ib. p. 78

⁹² El odontólogo, Op. cit. p. 79

auditivo, ocasionando en algunos casos pérdida de la sensibilidad facial y sordera.⁹³

Existen algunas particularidades en la definición del SIDA; para la clínica, la clasificación de los CDC ampliada en 1993 (MMWR 1992;41: RR-17), se maneja frecuentemente. Ésta incluye la relación de la cuenta de linfocitos T CD4 con las manifestaciones clínicas.⁹⁴

El sistema se basa en tres rangos de cuentas de CD4 y tres categorías clínicas, dando una matriz de nueve categorías exclusivas.⁹⁵

Categorías Clínicas		
A	B	C
<ul style="list-style-type: none"> - Infección por VIH asintomática. - Linfadenopatía generalizada persistente (GLP) (diámetro en 2 o más lugares extraxilares de 1 cm. de diámetro por 3 meses o más). - Esplenomegalia aguda (transitoria) por VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones sistémicas, no específicas, de ser A o de C y que: <ol style="list-style-type: none"> a) Son atribuibles a infección por VIH o a un infección en la inmunidad celular o b) Tienen una asociación única o mano a mano, respaldado por estar correlacionado por el VIH-1 en suero o en tejido, pero no en linfa o - Angiopatías isquémicas - Carcinomas vulvovaginal persistentes (> 1 mes), con mala respuesta al tratamiento - Candidiasis orofaríngea - Difteria crónica, leve o crónica en uso - Síndrome constricción, ejemplo, Bursitis (B3) o caries > 1 mes. - Leucodistrofia toxica focal - Espesamiento crónico en más de una arteriolaria - Enferma de Orfanos idiopática. - Linfomas. - Neuropatía periférica - Enfermedad pulmonar intersticial - Esplenomegalia o está complicada por abscesos (sub-oculares) 	<ul style="list-style-type: none"> - Candidiasis orofaríngea, crónica o invasiva - Leucodistrofia crónica - Carcinoma cervical in situ - Carcinoma metastásico - Criptococosis cerebral crónica (> 1 mes) - Herpes por CD4+ con reacción infecciosa por CMV que no sea en útero, nariz o ganglios linfáticos - Encefalopatía por VIH - Adenitis aguda con úlcera mucocutánea > 1 mes, linfopática o neurótica - Interoftalmos observados, asintomáticos - Síndrome de Kaposi de 1º mes - Sarcoidosis Kaposi - Linfoma Burkitt, linfoma no Hodgkiniano, linfoma primario del cerebro - Mieloma múltiple metastásico - Mieloma múltiple metastásico - Mieloma múltiple primario o metastásico - Mieloma múltiple primario o metastásico, otros estadios, observados o sintomáticos - Neumonía por Pneumocystis carinii - Neumonía recurrente (2 o más episodios en 1 año) - Infección por Toxoplasma gondii - Infección por Salmonella recurrente - Toxoplasmosis cerebral - Síndrome de diagnóstico clínico al VIH

Sistema de clasificación para la infección por VIH/SIDA

Los casos clasificados como A3, B3, C1, C2 y C3 se consideran casos de SIDA, ver tabla de "Categorías Clínicas".⁹⁶

⁹³ Ramírez, Op.cit. p. 21

⁹⁴ Guía, Op. cit. p.33

⁹⁵ Ib. p. 34

⁹⁶ Ib. p. 35

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.4 TRATAMIENTO ESPECIFICO DE VIH/SIDA

El tratamiento antirretroviral ofrece claros beneficios a los pacientes infectados por el VIH que lo reciben. Cuando se utiliza una combinación potente denominada terapia antirretroviral altamente activa (TARAA), que implica generalmente dos análogos nucleósidos y un inhibidor de proteasa (IP), se ha logrado mejorar la calidad y cantidad de vida, así como disminuir la frecuencia de algunas infecciones oportunistas y el número de hospitalizaciones. Con este tipo de terapia (TARAA), los objetivos ideales son mantener la CV en niveles no detectables con incremento progresivo de las cuentas de linfocitos CD4, por el mayor tiempo posible.⁹⁷

El tratamiento doble, con dos inhibidores de la transcriptasa reversa análogos a nucleósidos (ITRAN), logra los objetivos ideales sólo en un número limitado de pacientes y por un tiempo mucho más corto (promedio de 12 a 18 meses) que lo demostrado hasta la fecha para triples combinaciones. Sin embargo los tratamientos dobles han demostrado algunos beneficios (aun con enfermedad avanzada), prolongando la vida y mejorando su calidad, no obstante, su uso limita de forma importante las opciones de tratamiento futuro, debido al desarrollo de resistencia. Es por esta razón que la terapia antirretroviral debe de individualizarse siempre con una perspectiva futura. En algunos casos será mejor esperar que dar un tratamiento no altamente activo y en ocasiones una terapia doble podría considerarse la única opción para el paciente.⁹⁸

INDICACIONES PARA INICIAR EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Depende básicamente del estadio clínico del paciente evaluado de acuerdo a la presencia de manifestaciones asociadas al VIH o SIDA, a las cifras de

⁹⁷ Ib. p. 42

⁹⁸ Ib. p. 43

linfocitos CD4, así como a la determinación de CV. Se recomienda iniciar tratamiento en:

- Pacientes con infección primaria sintomática.
- Pacientes sintomáticos (chechar manifestaciones de "Categorías Clínicas" B ó C de acuerdo a la clasificación de los CDC)
- Individuos asintomáticos con cuentas de linfocitos CD4 <500/ml o con cifras de CV > 10,000 copias/ml.⁹⁹

3.6 ESQUEMA INICIAL DE TRATAMIENTO

Para seleccionar el tipo de tratamiento a ser usado es fundamental que el médico conozca las características principales de los medicamentos involucrados, incluyendo sus interacciones medicamentosas tal y como se describen en las siguientes tablas.¹⁰⁰

Características de los Inhibidores de la Transcriptasa
Reverse Análogos a Nucleósidos (ITRAN)

Nombre Común	Zidovudina (AZT, ZDV)	Didanosina (ddI)	Zalcitabina (ddC)	Stavudina (d4T)	Lamivudina (3TC)	Abacavir (ABC)
Forma Comercial	Retrovir	Videx	Hytrin	Zenit	JTC	Zegeral
Presentación	Cápsulas 100 y 250 mg	Tabletas 120 mg	Cápsulas 0.75 mg	Cápsulas de 1 y 2 mg	Tabletas 150 mg	Tabletas 300 mg
Dosis	300 mg 2 veces/día o 250 mg 2 veces/día	> 60kg → 200 mg 2 veces/día < 60 kg → 125 mg 2 veces/día	0.75 mg 2 veces/día	> 60 kg → 42 mg 2 veces/día < 60 kg → 30 mg 2 veces/día	150 mg 2 veces/día	300 mg 2 veces/día
Bioequivalencia por día (%)	67%	Tabletas 67% Pólv. 30%	85%	86%	95%	75%
Interacción	Inhibidores de Glucosilasa en el Intestino (GIZT) Elevan el nivel de GAZT	Eliminación renal 50%	Eliminación renal 70%	Eliminación renal 30%	Eliminación renal 80%	Eliminación renal 75%
Efectos secundarios	Sopores de fob. inducida, fiebre, erupción y/o neuropatía. Interacción gastro intestinal, cefalea, nerviosismo, acidez, ictericia con erupción	Neuropatía, neuropatía periférica, diarrea, náusea, dolor de cabeza, ictericia con erupción y/o neuropatía	Neuropatía periférica, ictericia, náusea, dolor de cabeza, ictericia	Neuropatía periférica, náusea, ictericia con erupción y/o neuropatía	Oprrina, cefalea, ictericia, acidez, náusea, dolor de cabeza, ictericia con erupción y/o neuropatía	Náusea, ictericia, cefalea, dolor abdominal, nerviosismo, acidez, náusea, dolor de cabeza, ictericia con erupción y/o neuropatía

Características de los Inhibidores de la transcriptasa
Reverse Análogos a nucleósidos (ITRAN)

⁹⁹ Ib. p. 44
¹⁰⁰ Ib. p. 44

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Inhibidores de la Transcriptasa Reversa No Nucleósidos (ITRNN)

Nombre Genérico	Nevirapina	Delavirdina	Efavirenz
Nombre Comercial	Viramina	Ruviclor	Socra
Presentación	Tabletas de 200 mg	Tabletas de 100 mg	Tabletas de 200 mg
Dosis	200 mg VO una vez al día por 14 días, después 200 mg VO dos veces a día	400 mg VO tres veces al día	600 mg VO una vez al día antes de dormir
Bio disponibilidad por vía Bucal	> 90%	85%	42% (aumenta con alimentos con alto contenido de grasa)
Eliminación	Metabolizada por el hígado como p450 80% se elimina en orina, 10% en heces fecales	Metabolizada por el hígado como p450, 51% se elimina en orina, 44% en heces fecales	Metabolizada por el hígado como p450, 14-34% se elimina en orina, 16-6.3% en heces fecales
Efectos Secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Eritema • Hepatitis • Dolor de transaminasas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza • Síndromes neurológicos con elevación de transaminasas

Inhibidores de la Transcriptasa Reversa No Nucleósidos

Características de los Inhibidores de Proteasa (IP)

Nombre Genérico	Indinavir		Zalcitabina		Nelfinavir	Ampropridil
	Crivatin	Nayir	Indinavir	Fortovase	Viacopt	Agense
Presentación	Cápsulas 400 mg	Cápsulas 100 mg Sol. lido- BC 400 mg	Cápsulas 200 mg	Cápsulas 200 mg	Tabletas 250 mg Póvulo VO 50 mg	Cápsulas 150 mg
Dosis	800 mg c/12 hr Tomar 1 hr antes o 2 hr después de los alimentos	400 mg c/12 hr Tomar con alimentos	Solo uno en combinación con Nelfinavir o Zalcitabina 400 mg 2 veces al día Tomar con alimentos	1200 mg c/12 hr 3 veces al día Tomar con alimentos abundantes	750 mg 3 veces al día Tomar con alimentos	1200 mg 2 veces al día
Bio disponibilidad por vía Bucal	65%	No determinada	Cápsulas en gel dura, 4% soluble	Cápsulas en gel dura, 4% soluble	30-80%	70%
Almacenamiento	Temperatura Ambiente	Refrigerar las cápsulas La solución no requiere refrigeración si se consume en 20 días	Temperatura ambiente	Refrigerar o almacenar a temperatura ambiente (hasta 3 meses)	Temperatura ambiente	Temperatura ambiente
Efectos Secundarios	Nefropatía Interferencia gastrointestinales (GI), Insuficiencia renal, cefalea, náusea, diarrea	Interferencia GI, pesadez, náusea, diarrea, alteración del gusto, neuropatía	Interferencia GI, cefalea, Trastornos renales, neuropatía	Interferencia GI, dolor abdominal, cefalea, Trastornos renales, neuropatía	Dolor de cabeza, Interferencia en el gusto, diarrea, náusea, todos los días	Náusea, diarrea, neuropatía, cefalea, todos los días

Características de los Inhibidores de Proteasa (IP)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otros Medicamentos con Actividad Antirretroviral

Nombre Genérico	I-Hidroxiurina
Nombre Comercial	Hydra
Presentación	Tabletas 500 mg
Dosis	500 mg 2 veces/día
Biodisponibilidad Bucal/Eliminación	60% / Renal
Mecanismo Acción	Depleta el reservorio celular de nucleósidos bloqueando la síntesis de ADN
Efectos Secundarios	Supresión de médula ósea: anemia y/o neutropenia

Otros Medicamentos con Recomendación Antirretroviral

La elección del esquema de tratamiento debe tomar en cuenta las posibilidades futuras del mismo, una vez que el primero seleccionado falle.¹⁰¹

Los agentes antirretrovirales recomendados para el tratamiento de la infección por VIH y las recomendaciones para el tipo de tratamiento se especifican en las siguientes tablas.¹⁰²

Agentes Antirretrovirales Recomendados para el Tratamiento Combinado de la Infección Establecida por VIH-1

Grupo A	Grupo B	Grupo C
<ul style="list-style-type: none"> • AZT + ddI • d4T - ddI • d4T - 3TC • AZT - 3TC 	<ul style="list-style-type: none"> • INDINAVIR • NELFINAVIR • RITONAVIR • SAQUINAVIR (FORTOVASE) • RITONAVIR + SAQUINAVIR 	<ul style="list-style-type: none"> • EFAVIRENZ • NEVIRAPINA • DELAVIRDINA

Agentes Antirretrovirales recomendados para el tratamiento Combinado de la Infección Establecida por VIH-1

¹⁰¹ Ib. p. 44

¹⁰² Ib. p. 47

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Selección del Tratamiento Antirretroviral de Acuerdo a Cuentas de Linfocitos CD4 y/o Carga Viral (Grupos A, B y C de Acuerdo a la Tabla 13)

Cuenta de CD4	Carga Viral (Copias/ml) RT-PCR	Primera Opción	Segunda Opción
500 - 350	≤ 20.000	A	A + C
> 200	> 20.000	A + C	A - B
< 200	> 20.000	A - B	A + C

Selección del tratamiento Antirretroviral de Acuerdo a la Cuenta de Linfocitos CD4 y a la Carga Viral (Grupos A, B, y C)

Actualmente se encuentra en periodo de experimentación a través del Laboratorio Roche, un medicamento llamado T20 del que se espera en un futuro, dé la pauta para la elaboración de la vacuna contra el VIH.¹⁰³

3.7 PREVENCIÓN DE INFECCIÓN EN LA PRÁCTICA ESTOMATOLÓGICA

El primer paso para la prevención y control de enfermedades infecciosas es su identificación por medio de la historia clínica.¹⁰⁴

Sin embargo, cabe señalar que no todos los pacientes con enfermedades infecciosas pueden ser identificados por medio de su historia clínica, examen físico o pruebas de laboratorio, por lo que todos los pacientes en general deben considerarse como potencialmente infecciosos y ser sometidos a los mismos procedimientos de control de infección.

En consecuencia, la utilización de precauciones universales reducirá significativamente el riesgo de exposición a los agentes infecciosos tanto para el operador como para el paciente.¹⁰⁵

¹⁰³ Curso, Op. cit.

¹⁰⁴ Ramirez, Op. cit. p.23

¹⁰⁵ Ib. p 23

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.8 VACUNACIÓN

Además de contar con las vacunas de la infancia, es importante que el personal odontológico esté vacunado contra el virus de la hepatitis B, ya que el riesgo de adquirirlo, para el dentista de práctica general es tres veces mayor que para la población en general y hasta seis veces mayor para el especialista en cirugía bucal o en parodontia.¹⁰⁶

3.9 TÉCNICAS DE BARRERA

Son los elementos y procedimientos para evitar la exposición del individuo a los microorganismos patógenos, que pueden darse a través de su inhalación, ingestión, inoculación y contacto directo con las membranas mucosas.¹⁰⁷

- a) Uso de guantes desechables durante la exploración y en actos operatorios¹⁰⁸.
- b) Cambio de guantes entre pacientes¹⁰⁹
- c) Todo el personal dental debe utilizar diariamente batas o uniformes protectores para evitar la contaminación de la piel y ropa de calle.
- d) Se debe usar gorra desechable durante procedimientos invasivos para evitar salpicaduras de sangre u otros líquidos orgánicos.
- e) Se debe usar máscaras, cubrebocas, pantallas de acrílico y lentes para proteger la piel facial y mucosas de salpicaduras de sangre y saliva, para evitar la inhalación de aerosol contaminado.¹¹⁰
- f) Es necesario emplear un dique de hule para reducir al máximo la contaminación de aerosoles con sangre y saliva, por lo tanto, del campo operatorio.

¹⁰⁶ Ib. p. 24

¹⁰⁷ Ib. p. 25

¹⁰⁸ Ib. p. 25

¹⁰⁹ Ib. p. 26

¹¹⁰ Ib. p. 26

TEBIS CON
FALLA DE ORIGEN

- g) Para evitar el contacto con sangre, saliva o cualquier otra sustancia contaminada, se recomienda cubrir con papel aluminio o plástico las superficies de trabajo. Cambiar las cubiertas usadas entre cada paciente y al finalizar la jornada de trabajo.¹¹¹

3.10 MÉTODOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN CRUZADA.

El personal dental debe concientizar el riesgo de producir contaminación cruzada. Ésta puede ocurrir cuando un agente infeccioso pasa a través de un objeto, instrumento o material contaminado de una persona a otra.¹¹²

- a) Reducción del campo de contaminación.

Todos los procedimientos deben llevarse a cabo de modo que se minimice la dispersión de aerosoles, gotas y salpicaduras, esto se logra colocando al paciente en posición correcta, utilizando succión y dique de hule cuando sea necesario.

- b) Lavado de manos.

Se deben lavar con sustancias antisépticas, antes y después de la colocación de los guantes.

- c) Preferentemente utilizar instrumental y material desechable.

- d) Se debe manejar adecuada y cuidadosamente todo el material e instrumental punzocortante.

- e) Se deben efectuar los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización adecuados a las características del equipo e instrumental contaminado.¹¹³

¹¹¹ Ib. p. 27

¹¹² Ib. p. 27

¹¹³ Ib. p. 28

3.11 ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN

La esterilización y desinfección se deben realizar bajo dos principios básicos:

No se debe desinfectar cuando se pueda esterilizar.

Antes de esterilizar o desinfectar se deben remover las partículas orgánicas.

Esterilización.- Es el proceso por el cual se destruye toda forma de vida microblana incluyendo virus, bacterias, hongos y esporas.

Desinfección.- Se entiende por esta, la eliminación de los microorganismos patógenos, lo cual puede llevarse a cabo a diferentes niveles de actividad biocida.¹¹⁴

Esto último significa que existen sustancias desinfectantes que solamente son capaces de eliminar las formas vegetativas de ciertos patógenos ambientales o superficiales comunes, pero que no tienen efecto sobre virus o gérmenes resistentes como el virus de la hepatitis B o las micobacterias, y se clasifican de la siguiente manera:

- a) Bajo nivel biocida. Como los compuestos de amonio cuaternario.
- b) Nivel intermedio. Sustancias de mayor poder desinfectante, son capaces de inactivar al virus de la hepatitis B o a las micobacterias (p.e.compuestos clorados, yodoformos y fenoles)
- c) Alto nivel. Inactiva a los microorganismos antes mencionados y a las esporas bacterianas (glutaraldehído al 2% por 6 a 10 horas).

Es importante considerar la clasificación del instrumental de acuerdo al grado de contaminación que sufre y a su uso, para establecer que objetos se deben

¹¹⁴ Ib. p. 28

esterilizar y en cuales se puede utilizar un desinfectante de nivel alto o intermedio.¹¹⁵

AGENTES QUIMICOS PARA DESINFECCION Y/O ESTERILIZACION

Producto	Clasificación Química	Desinfectante	Esterilizante	Vida media
Blanqueador casero	Hipoclorito de sodio	Diluido 1:5 a 1:100, 10-30 min.	--	1 día
Yodine	Yodóforo (Yodopovidinilpirrolidona)	Diluido 1:213, 10-30 min.	--	?
Sporicidin	Glutaraldehido al 2 % alcalino con buffer fenólico	Diluido 1:16, 10 min.	Señ diluir 6 hrs 45 min	15 días
Glutax	Glutaraldehido 2% neutral	a/diluir, 10 min	a/diluir, 10 hrs	?
Gaflex	Glutaraldehido 2% con bicarbonato de sodio	a/diluir, 10 min.	a/diluir, 10 hrs	?
Cidex 7	Glutaraldehido 2% alcalina	a/diluir, 90 min	a/diluir, 10 hrs	?

NOTA: Los compuestos de amonio cuaternario, como el cloruro de benzalcón, no son aceptados como desinfectantes de alto nivel por la Asociación Dental Americana desde 1978.

Agentes químicos para desinfección y/o esterilización

3.12 MANEJO DE MATERIAL PUNZOCORTANTE

Todo material punzocortante (agujas, hojas de bisturí) puede considerarse como potencialmente infectante, por lo que debe ser manejado con gran cuidado para reducir al mínimo la posibilidad de punciones accidentales. Las agujas no deben ser dobladas rotas o colocadas nuevamente en su protector.¹¹⁶

Todo material punzocortante se debe guardar en recipientes ros (cristal, metal o cartón grueso), localizados en el sitio en donde se utilicen.¹¹⁷

¹¹⁵ Ib. p. 29

¹¹⁶ Ib. p. 33

¹¹⁷ Ib. p. 36

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se recomienda desinfectar previamente estos materiales con una solución colocada en sus contenedores (p. ej. hipoclorito de sodio), antes de mandarlos a incinerar o esterilizar.¹¹⁸

3.13 MATERIAL DE DESECHO

Se retirarán los campos sucios desechables de la mesa de trabajo. Todos los desperdicios como guantes, cubrebocas, gasas, algodones, etc, contaminados con sangre y/o saliva se colocarán en bolsas de plástico dobles perfectamente selladas para posteriormente desecharlas. Cuando se sabe que este material fue usado en pacientes infectantes, se etiquetará previamente con la leyenda "Potencialmente Infectante" seguida del diagnóstico presuntivo (SIDA, hepatitis, etc.), para mandarlo a incinerar.¹¹⁹

¹¹⁸ Ib. p. 36

¹¹⁹ Ib. p. 36

4. RELACIÓN ESTOMATOLÓGICA CON EL PACIENTE VIH/SIDA

4.1 INTRODUCCIÓN

La salud del enfermo es para el profesional de la salud un bien a conseguir, y en eso empeña su actividad. En la relación estomatólogo-paciente se espera alcanzar una interacción, en la que cada parte aporte un ingrediente en beneficio de la relación.

El paciente aporta su vivencia por medio de palabras o gestos, e interpreta su sufrimiento y dolencia de acuerdo a su realidad personal. A su vez el estomatólogo presenta su articulación científico-técnica del cuadro clínico, explica el sufrimiento en términos del dolor y la dolencia en términos de un diagnóstico.

La relación ha de ser personal, en virtud de que el vínculo generado supone la intervención del intelecto, la voluntad y la afectividad. El estomatólogo debe tener el discernimiento necesario en beneficio del paciente así como la mejor elección del plan de tratamiento. El estomatólogo es un profesionista solicitado y escogido libremente por el paciente y aceptado por éste para prevenir o curar la enfermedad. El paciente sigue siendo el actor principal en el cuidado de la salud, el estomatólogo participa colaborando con el sujeto principal para alcanzar un propósito determinado.

4.2 CUALIDADES NECESARIAS DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

- Ser auténtico amigo de la humanidad, con una gran capacidad compasión para y una disposición pronta para servir.
- Debe ser un hombre de ciencia constantemente renovada.¹²⁰

¹²⁰ Hernández Padilla Ma. Del C. Monterrubio Torales M. Mancio de la Relación Odontólogo Paciente. Tesis profesional. México, D.F: 2001

- Necesita poseer una adecuada habilidad profesional, es decir, aplicar los conocimientos que posee a los casos particulares que se le presenten.
- Cuidadoso de la dignidad profesional, que implica, en primer lugar un verdadero respeto de sí mismo.
- Poseer un buen espíritu de observación.
- Por las características de la profesión, en las que se presentan situaciones imprevistas y de urgencia, el profesional debe gozar de buena salud.

4.3 CARACTERÍSTICAS DEL ENFERMO

La enfermedad es una perturbación más o menos grave, de la dinámica vital de un ser humano. El acto médico, a través de la relación estomatólogo-paciente, penetra en la vida de esa persona tan profundamente que exige del estomatólogo toda su dedicación y entrega.

El paciente representa a la humanidad enferma, y ante ella se debe adoptar una actitud de amor y comprensión. De ahí la preferencia que muestra con aquel profesional de la salud, en quien puede confiar, al que se siente seguro de llamar cuando lo necesita, por considerarlo servicial, honesto y eficiente. A un enfermo nada le atemoriza más que ver a un profesional distante, evasivo, vacilante o despreocupado por su salud.

Actualmente una gran mayoría de enfermos encuentra una barrera en la relación con el médico (estomatólogo, etc.). La necesaria socialización de la medicina a puesto al enfermo en la situación de aceptar al profesional de la salud que le ofrecen y que él no conoce. Eso perturba la relación normal entre ambos, pero la actitud del profesional debe hacer favorable el medio, a fin de que la asistencia transcurra aceptablemente.¹²¹

¹²¹ Ib. P.64-66

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es sin duda la pandemia más importante que ha padecido la humanidad, En México hasta noviembre de 2002 se tenían registrados 57,640 casos pero por estimaciones se ha determinado que la cifra real asciende a cerca de 64,000. Por lo que es de suma importancia que los profesionales de la salud se encuentren adecuadamente preparados para su comprensión, manejo y tratamiento.¹²²

En el caso de la profesión odontológica, existen opiniones encontradas sobre sus riesgos, capacidad de infección a los pacientes, medidas de prevención y su responsabilidad profesional, por lo que es imprescindible el conocimiento y observancia de los ordenamientos científico-legales y humanos que a efecto se han publicado.

Los Estomatólogos deben estar preparados científica, técnica y humanísticamente en la atención de pacientes infectados por el VIH, quienes por desconocimiento o para evitar el rechazo, en ocasiones no informan su condición al personal estomatológico.

Para uniformar los principios y criterios en la atención de los pacientes, se han creado diferentes instrumentos de observancia obligatoria entre los cuales se encuentran el SECRETO PROFESIONAL Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.¹²³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹²² Curso, Op. cit.

¹²³ Dentista y Paciente. Vol.5 No.60 Junio 1997

4.4 SECRETO PROFESIONAL

IMPORTANCIA ÉTICA Y JURÍDICA DEL SECRETO PROFESIONAL

INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes, en la medicina se le ha dado un énfasis especial al "Secreto Médico" como a la figura del consentimiento bajo información en las diversas disciplinas del área médica.

Hipócrates, en su conocido juramento, manifiesta que si el médico, en el ejercicio de su profesión, llegará a saber algo que no deba divulgarse, debe guardar silencio.

La Asociación Mundial de Médicos, en la declaración de Ginebra 1948, recomienda que el médico debe respetar los secretos que le sean confiados. El código de la Asociación Americana, declara "la confidencia nunca debe ser revelada, a no ser que la ley lo exija o sea necesario para proteger el bienestar de los individuos o de las comunidades" Al mismo tiempo el Código de Nurember de 1947 y la Declaración de Helsinki de 1964, hacen énfasis del consentimiento voluntario.

En 1957 en el Estado de California E.U. de Salgo contra Leland Stanford y de Nathanson contra Kline, se llegó al acuerdo, que el médico no debe decidir por el paciente, ni tratar de manejar los intereses de éste, por el contrario debe proporcionar información suficiente, para efectuar un juicio y determinar su decisión a ser tratado. A partir de 1970 comienzan a surgir códigos de derechos y deberes del paciente, considerando al derecho informado un derecho del paciente y un deber del médico.¹²⁴

¹²⁴ Rodán Julio. *Ética Médica*. Editorial librería parroquial 1990. p.87-93

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El proceso de información en la relación cirujano dentista-paciente deber ser libre y comprensible, debe existir la confianza suficiente y se deberán dar alternativas de solución adecuadas. En ocasiones el paciente, necesitará tiempo para poder aceptar una información desagradable, poder asimilarla, expresar sus dudas y formular sus preguntas.

SECRETO

Todo compromiso moral que adquiere una persona de no manifestar a nadie algo oculto, que ha llegado a conocer por la vía de la confidencia o de la observación, deberá tratarse de algo que no conoce nadie, que se ha pedido que guarde secreto, pero si advierte que ese algo es generalmente conocido, ya no existirá la obligación de guardarlo, que la principal condición para la guarda de un secreto es que, lo que se confía, sea realmente secreto, es decir no conocido.

4.5 SECRETO MÉDICO

Es el resultado de las confidencias, que el médico recibe de sus pacientes con vistas a obtener cualquier servicio de los que corresponda a su actividad profesional.¹²⁵

OBJETIVOS:

- Proteger la esfera íntima de la persona
- Proteger su ámbito social
- Proteger sus intereses personales
- Beneficiar o evitar daños a la sociedad¹²⁶

¹²⁵ Ib.p 87-93

¹²⁶ Ib.p 87-93

LIMITES:

1. Que exista consentimiento expreso y escrito con libre voluntad
2. Cuando afecte a un bien común
3. Por daño grave a terceros
4. Presencia de enfermedad infecto-contagiosa
5. Cuando se cumpla con una función oficial como perito
6. En caso de niños o menores de edad, en relación con sus padres y tutores
7. En el caso de servicio domestico, por enfermedad infecto-contagiosa, maltrato ó abuso sexual
8. En el caso de personas que se encuentran bajo un régimen de internado.

REVELACIÓN POR ERROR

- Conservación inadecuada del expediente clínico
- Entrega de certificaciones u otros documentos clínicos, que no pertenezcan al paciente
- Facilitar información a terceros sin el consentimiento del paciente
- Entrega de presupuestos y minutos de honorarios a terceros sin consentimiento del paciente.¹²⁷

MARCO JURÍDICO EN MÉXICO

En la ley de profesiones; Legislación en materia de Educación y Profesiones, Capitulo IV del Ejercicio Profesional; Artículo 34 (consideraciones para emitir un dictamen pericial), Artículo 36 (obligación de guardar estrictamente el secreto profesional).¹²⁸

¹²⁷ Moya, Op. cit. p.133-139

¹²⁸ Lev de Profesiones. Legislación en materia de educación y profesiones

NORMAS OFICIALES MEXICANAS:

NOM-013-SSA2-1994 numeral (enfermedades bucales) 5.2-5.7-8.2

NOM-168-SSA1-1998 numeral (expediente clínico) 5.3-5.4-5.5-5.6

Código Penal;

Artículo 210-211-211Bis-228

4.6 CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Es el acto mediante el cual se informa detalladamente al paciente, sobre el procedimiento, procesos de diagnóstico, terapias, posibles complicaciones, secuelas y riesgos inherentes a ellos, a efecto de que se decidan los procedimientos médicos en forma consciente, libre, responsable y sin coacción.

JURDÍCAMENTE

Es el acuerdo por escrito, mediante usuario, o en su caso el representante legal, consciente, de manera libre, sin coacción alguna, en pleno uso de sus facultades y derechos, en la realización, de un determinado procedimiento de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento médico, quirúrgico o de rehabilitación, después de recibir una explicación clara y completa por parte del prestador de servicios de salud.¹²⁹

4.7 CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Documento escrito, de común acuerdo entre el profesional-paciente ó representante legal, mediante el cual acepta, bajo la debida información los

¹²⁹ Conamed estado de México. Consentimiento Bajo Información Bases para su Comprensión. Conamed julio 2000

riesgos y beneficios esperados bajo un procedimiento médico ó quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación.¹³⁰

4.8 CARTA DE AUTORIZACIÓN

Documento mediante el cual se faculta al médico ó Institución de realizar procedimientos de diagnóstico, terapéuticos, quirúrgico, de necropsia, ingreso ó egreso hospitalario, investigación e incineración por parte del paciente, representante legal ó familiares.

MARCO JURÍDICO

Conforme a la Norma Oficial Mexicana, NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico en su numeral 4.2

Código Civil en su artículo 1803 y 1812.

En la ley General de Salud en su artículo 100,101,102 y 103. El profesional de la salud en la atención médica que ofrece a un paciente, enfermo, derechohabiente o usuario en sus diversas áreas de la medicina, deberá ejercer su actividad de forma ética y jurídica, en el ámbito privado, público e institucional en el que se encuentre.¹³¹

¹³⁰ Ib. p.3

¹³¹ Ley General de Salud

5. MARCO JURÍDICO

5.1 INTRODUCCIÓN:

La practica Odontológica es un trabajo profesional de muy alto nivel de exigencia, tanto por parte del cirujano dentista como de sus pacientes, por lo que ha sido la practica privada con mayor número de quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Medico.

El punto de referencia para analizar la adecuación de los diagnósticos y los tratamientos son las leyes, reglamentos y normas, que tienen como propósito coordinar, sistematizar y unificar los criterios en las disciplinas y técnicas que intervienen en la atención.

En la elaboración de las leyes, reglamentos y normas se convoca a instituciones gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con la salud, de manera que en estos documentos se viertan los estudios, experiencias y opiniones de una gran cantidad de prestadores de servicios de todos los sectores, incluyendo a los dentistas de practica privada.¹³²

En la elaboración de la Norma Oficial Mexicana participan las unidades administrativas e institucionales siguientes:

SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

SECRETARÍA DE MARINA

SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

¹³²Gómez, García Roberto. Vol.6, No.67 Leyes y Normas en la Odontología. Dentista y paciente.

**PETROLEOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN**

Las leyes, reglamentos y normas se consideran como los puntos de referencia sobre las acciones que están bien realizadas o las que no cumplen con los estándares aprobados, por lo que su conocimiento puede aprovecharse en mejorar la calidad de atención a los pacientes.

5.2 ANTECEDENTES

El derecho a la Protección de la Salud se formalizó el 3 de febrero de 1983 con la adición de un párrafo al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que señala "toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud"...

Para hacer efectivo este derecho, en febrero de 1984 se promulgó la Ley General de Salud, y a partir de ella los Reglamentos, Normas Técnicas y recientemente las Normas Oficiales Mexicanas.

Los máximos ordenamientos para la prestación de servicios de salud son la Constitución Política y la Ley General de Salud, los aspectos particulares se detallan en los Reglamentos y las especificidades en las Normas.

5.3 PRINCIPALES PRECEPTOS NORMATIVOS

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley General de Salud
- Ley de Profesiones (Secreto Profesional)¹³³

¹³³ Ib.16-19

5.4 REGLAMENTOS

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

CÓDIGO CIVIL (Consentimiento Informado)

CÓDIGO PENAL (Secreto Profesional y Consentimiento Informado)

5.5 NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994 para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del expediente clínico.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica.¹³⁴

¹³⁴ Ib.16-19

6.DESARROLLO METODOLÓGICO

6.1 METODOLOGÍA:

La población de estudio en esta investigación está constituida de la siguiente manera:

30 pacientes de género masculino y femenino, infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana, adscritos al Hospital General de Zona No. 27 del IMSS, ubicado en eje Central Lázaro Cárdenas Unidad Habitacional Tlatelolco, delegación Cuauhtémoc a quienes se les solicitó su colaboración en el llenado de un cuestionario.

30 estomatólogos de práctica institucional y privada ubicados en distintas zonas del centro de la Ciudad de México, quienes accedieron a llenar un cuestionario.

6.2 MATERIALES USADOS:

Para la recolección de datos se diseñó un formato, que se anexa para su conocimiento.

RECURSOS HUMANOS:

- 1 Encuestador (Pasante de Cirujano Dentista)
- 1 Asesor experto en Deontología
- 1 Asesor experto en VIH/SIDA
- 1 Asesora experta en metodología y estadística

RECURSOS MATERIALES:

Goma
Sacapuntas
Lápices
Bolígrafos
Engrapadora
Grapas
Hojas blancas tamaño carta
Calculadora
Computadora (Marca ACER)
Impresora
Fotocopiadora
Scanner
Disketts de 3 $\frac{1}{2}$
60 formatos de cuestionario

6.3 TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

6.4 UNIVERSO:

30 pacientes infectados por el VIH/SIDA, derechohabientes del Hospital de zona No. 27.

30 estomatólogos de práctica institucional y privada.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Adultos derechohabientes del Hospital de Zona No. 27 a los cuales se les haya confirmado la presencia del VIH en el organismo por algún método y que quieran participar en el estudio.

Estomatólogos que quieran participar en el estudio.

6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes no derechohabientes del Hospital de Zona No. 27.

Pacientes que no están infectados por el virus del VIH.

Pacientes que no les interesa participar en el estudio.

Estomatólogos que no les interesa participar en el estudio.

6.7 VARIABLES**VARIABLES INDEPENDIENTE:**

Infección por el virus del VIH/SIDA

VARIABLES DEPENDIENTE:

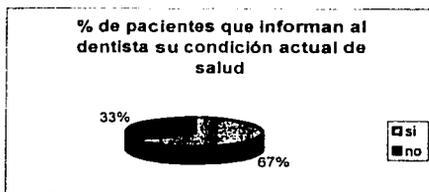
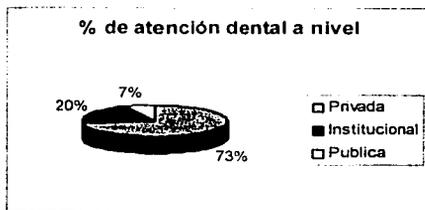
Concepción social de la enfermedad

Trato del paciente

Desconocimiento de la enfermedad

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

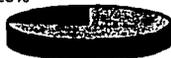
**PORCENTAJE DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO APLICADO AL
PACIENTE VIH/SIDA**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

% de pacientes que consideran que la atención recibida tiene la suficiente calidez y calidad

23%



□ si
■ no

77%

% de pacientes que saben que la información proporcionada en la Historia Clínica, debe ser verdadera para su protección y beneficio

7%



□ si
■ no

93%

% que sabe que existe el secreto de confidencialidad Dentista-Paciente

43%



□ si
■ no

57%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

% de pacientes a los que se le ha notificado acerca de la Carta de Conocimiento Informado



% que sabe que existe una Carta de los Derechos de los pacientes en General



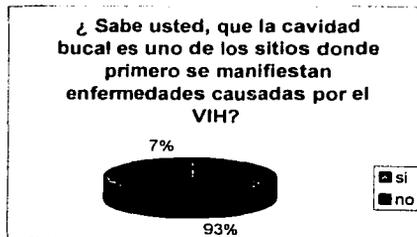
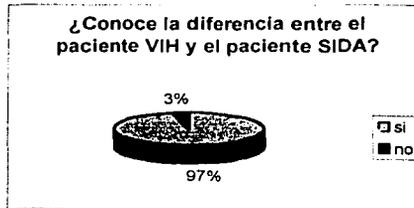
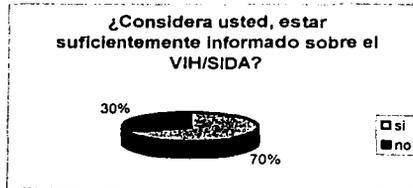
% que conoce si la atención dental se encuentra legalmente reglamentada



% que considera, que debería ser sancionado, el negar el derecho a la atención dental



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

RESULTADO DE PORCENTAJE DEL CUESTIONARIO APLICADO A LOS ESTOMATÓLOGOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¿Conoce las características y manejo de las lesiones bucales más comunes?

27%



73%

□ si
■ no

¿Conoce el porcentaje de riesgo ocupacional de transmisión del VIH?

23%



77%

□ si
■ no

¿Considera usted, que la atención dental del paciente VIH/SIDA. Se proporcionaría con mejor calidez y calidad a nivel?

4%



58%

38%

■ privado
■ institucional
□ público

¿Considera usted, que es un deber o una obligación dar atención al paciente VIH/SIDA?

4%



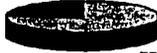
96%

■ deber
■ obligación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Conoce usted, hasta que punto deberá llevarse a cabo la confidencialidad en la atención del paciente VIH/SIDA?

23%



77%



¿Conoce usted, la normativa que orienta la atención del paciente VIH/SIDA?

47%



53%



¿Considera usted, que debería participar en la toma de decisiones el paciente VIH/SIDA sobre su atención estomatologica?

5%



95%



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

6.8 Resultados:

De los pacientes encuestados infectados por VIH, 53% ha utilizado recientemente el servicio dental, 73% prefieren la atención estomatológica a nivel privado. El 67% informa su condición actual de salud al profesional. 77% considera que la atención recibida tiene la suficiente calidez y calidad. El 93% considera que la información proporcionada en la Historia Clínica deberá ser verdadera para su protección y beneficio. 53% sabe que existe el secreto de confidencialidad, al 90% no le han notificado acerca de la carta de consentimiento informado, el 70% no tiene conocimiento de la existencia de la carta de los derechos de los pacientes en general. El 80% señala desconocer si la atención dental se encuentra legalmente reglamentada y el 83% considera que debería ser sancionado el negar el derecho a la atención dental.

De manera simultanea el 70% de los estomatólogos considera estar suficientemente informado sobre el VIH/SIDA. El 97% conoce la diferencia entre el paciente VIH y el paciente SIDA. El 93% sabe que la cavidad bucal es el sitio donde se presentan las primeras manifestaciones de la infección. Un 73% conoce las características y manejo de las lesiones bucales más comunes. 77% conoce el porcentaje de riesgo ocupacional de transmisión por VIH. El 64% considera que la atención proporcionada al paciente VIH/SIDA se podría realizar con mejor calidez y calidad a nivel institucional. 97% considera que es un deber dar atención a estos pacientes. El 77% conoce hasta que punto se debe llevar a cabo la confidencialidad en la atención del paciente. El 53% conoce la normativa que orienta la atención del paciente VIH/SIDA. Mientras que el 97% considera importante la participación del paciente, en la toma de decisiones sobre su atención estomatologica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES:

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Deficiencia Adquirida es sin duda la pandemia más importante de Salud Pública que padece actualmente la humanidad. En México hasta noviembre del 2002 se estimaba que existieran cerca de 64,000 infectados, habrá que recordar que esta cifra crece día con día, tomando en cuenta que no todos los pacientes se registran, no reconocen su padecimiento o lo ignoran.

A pesar que el estomatólogo está tomando una actitud más comprometida en la adquisición de conocimientos para la atención del paciente VIH/SIDA, la discriminación y el rechazo siguen siendo una realidad, el temor al infectado por VIH se ha creado en la sociedad como consecuencia de la ignorancia del padecimiento.

El estomatólogo tiene la obligación de modificar ésta conducta y por ningún motivo justificar el rechazo o la discriminación, sin descuidar que la atención a todo paciente deberá ser con toda la precaución posible y tomando a éste en todos los casos como potencialmente infectante.

El enfermo con VIH/SIDA necesita sentir el calor humano, que alivie sus sufrimientos y que le devuelva la dignidad como persona que puede comunicarse con sus semejantes, no debemos olvidar que este paciente es muy receptivo a todo lo relacionado con su enfermedad, y se encuentra dispuesto a cooperar en su protección y beneficio y en el de los demás.

6.10 PROPUESTAS:

Implementar un programa de capacitación Técnica y Humanística en la atención del paciente VIH/SIDA a nivel de institución profesional de pregrado y posgrado.

Tratar de crear conciencia moral y la responsabilidad profesional en la elaboración, integración y uso del expediente clínico, carta de autorización, la carta del consentimiento informado y el secreto de confidencialidad. En la relación en la atención del paciente VIH/SIDA.

GLOSARIO

Ácido desoxirribonucleico (ADN). Polinucleótido en el que el residuo de azúcar es desoxirribosa; es el material genético primario de todas las células.

Ácido ribonucleico. Polinucleótido en el que el residuo de azúcar es ribosa y que además contiene uracilo en lugar de la timina presente en el ADN. De acuerdo a su estructura y función puede ser de tres grandes tipos: ribosomal (rARN), mensajero (mARN) y de transferencia (tARN).

Anamnesis. También llamada memoria inmunológica. Respuesta intensificada a la segunda administración de un mismo antígeno.

Anticuerpo. Proteína producida por los linfocitos B como resultado de la exposición a algún antígeno y que tiene la especificidad para combinarse con el antígeno que estimuló su producción.

Antígeno. Molécula extraña al organismo capaz de inducir una respuesta de rechazo inmunológico mediante la producción de anticuerpos (inmunidad humoral) y de linfocitos T (inmunidad celular).

Antiséptico. Sustancia empleada para destruir microorganismos en los tejidos vivos.

Antiviral. Sustancia capaz de destruir o inhibir la multiplicación viral.

Autonomía. Persona que tiene derecho en principio de acuerdo con sus propios valores y prioridades, a determinar aquello que debe suceder con su cuerpo o salud.

Atención Médica. Conjunto de servicios que se proporciona al individuo con el fin de promover, proteger y restaurar la salud.

Bioética. Es una metodología filosófica para encontrar la verdad sobre cuestiones del actuar de la vida del hombre, relacionadas con la ciencia de la salud.

Biosíntesis. Producción de moléculas por células viables.

Bisexual. Individuo que tiene actividad sexual tanto con personas del sexo puesto como con personas de un mismo sexo.

Cápside. Capa proteica que rodea los ácidos nucleicos de los virus. Está formado por un número determinado de subunidades denominadas capsómeras cuyo número es constante para cada familia de virus.

Carta de Consentimiento Informado. Son los documentos escritos, asignados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitadores.

Código. Es una recopilación de las leyes y estatutos de un país.

Cofactor. Factor capaz de incrementar la susceptibilidad de adquirir o de favorecer la progresión de un padecimiento. La interacción de estos cofactores podría obedecer, por un lado, a que cuando existen infecciones múltiples, el virus se multiplica más activamente, y por el otro; a que estas infecciones producen lesiones genitales que facilitan la entrada del virus.

Conciencia. Es un saber compartido y quien comparte con otro un conocimiento puede ser, según el caso, testigo, confidente o cómplice, funciones que pueden ser desempeñadas por la conciencia moral. La dignidad de la persona, es la autenticidad más profunda del hombre, debe ser formada y educada.

Confidencia. Revelación de un secreto.

Ciclo viral. Ciclo del crecimiento de lo virus. Consta de dos partes, una dependiente del virus (reconocimiento, adhesión, penetración y control de la célula parasitada) y otra dependiente de la célula parasitada.

Clona. Grupo de células que forman la progenie (descendencia) de una sola célula.

Desinfección. Procedimiento para inactivar a todos los microorganismos en una superficie, excepto las esporas.

Diagnóstico. Conocer a los pacientes por virtud de lo que dicen acerca de su enfermedad, las manifestaciones y los medios auxiliares.

Elisa. Estudio inmunoenzimático de laboratorio que permite el diagnóstico de diversos microorganismos (por ejemplo; virus y protozoarios); mediante la

detección de anticuerpos específicos contra ellos, o de la presencia de sus antígenos. En el caso de la infección por el VIH, permite detectar a los individuos infectados asintomáticos y confirmar la infección en individuos con enfermedades "indicadoras" de SIDA:

Enfermedad Oportunista. Enfermedad causada por microorganismos habitualmente presentes en los individuos y que producen enfermedad grave o mortalidad en aquellos que cursan con deficiencia inmunológica, como en el caso del SIDA:

Env. Gen. Que codifica la síntesis de glucoproteínas de la envoltura del VIH: gp 120 y gp 41 en el VIH-1 y gp 140 y gp 40 en el VIH-2.

Endémico. Que prevalece en una región comunidad específica.

Epidemiología. Rama de la medicina que estudia la distribución y casualidad del proceso salud-enfermedad y la población.

Esterilización. Procedimiento mediante el cual se inactivan virus, bacterias, hongos y esporas.

Gp. Abreviatura de glucoproteína (proteína rica en carbohidratos). En el caso del VIH son dos y se localiza en la envoltura: gp: externa (gp 120 en el VIH-1 y gp 140 en el VIH-2) y gp transmembrana (gp 41 en el VIH-1 y gp40 en el VIH-2). La función de la gp externa es reconocer y atacar la superficie de las células con receptores para el virus (moléculas CD₄), mientras que la gp transmembrana participa en el mecanismo de destrucción

Celular. La primera estructura viral reconocida y atacada por el sistema inmunológico es la gp externa.

Gen. Secuencia de nucleótidos a los que se les puede asignar una función específica. Los virus poseen de 3 a 300 genes; el humano, alrededor de cien mil. El VIH posee nueve genes, tres estructurales y seis reguladores.

Gen estructural. Gen que codifica un polipéptido cuya función puede ser la de una enzima. Hormona, molécula estructural o receptor de membrana. En ingeniería genética estos genes se conocen como intrones.

Genoma. Contenido genético de una célula o de un microorganismo

Germen oportunista. En condiciones habituales no ocasiona infección o ésta difícilmente conduce a la muerte del individuo debido a la existencia de una adecuada respuesta inmune; sin embargo, ante un estado de inmunodeficiencia dicho microorganismo aprovecha la oportunidad para su desarrollo con lo cual provoca una enfermedad grave.

Heterosexual. Individuo que tiene relaciones sexuales con personas del sexo opuesto.

Incidencia. Frecuencia con que ocurre una enfermedad, en un lapso y lugar determinados.

Infección oportunista. Es aquella que generalmente resulta de una reinfección a partir de un microorganismo previamente adquirido por el individuo durante su vida, pero que no había tenido la oportunidad de proliferar debido a un buen estado inmunológico y que ahora por una inmunodeficiencia encuentra el terreno propicio.

Inmunidad celular. Respuesta del sistema inmunológico que depende de la actividad de los linfocitos T para brindar protección contra antígenos proteicos intracelulares.

Inmunidad humoral. Respuesta del sistema inmunológico que depende de la actividad de los linfocitos B para brindar protección contra antígenos de localización extracelular.

Inmunodeficiencia. Padecimiento de origen primario (hereditario) o secundario (adquirido), en el cual el sistema inmunológico es incapaz de actuar adecuadamente ante estímulos antigénicos adecuados.

Inmunoglobulina. Glucoproteína compuesta de cadenas H (pesadas) y L (ligeras) que funciona como anticuerpo. Todos los anticuerpos son inmunoglobulinas, pero no toda la inmunoglobulina tiene función de anticuerpo.

Interferón. Grupo heterogéneo de proteínas de bajo peso molecular elaborado por células infectadas que protegen a las células no infectadas por virus.

Latencia. Periodo durante el cual un germen se encuentra dentro del organismo en forma inactiva, sin producir enfermedad. El tiempo de latencia del VIH fluctúa entre 6 meses y 11 años.

Lentivirus. Subfamilia de los retrovirus caracterizada por provocar infección con largos periodos de latencia, sin dañar a la célula y sin provocar enfermedad.

Linfocito. Célula capaz de ser estimulada por un antígeno y producir una respuesta inmune específica dirigida contra dicho antígeno (anticuerpos y células) y de proliferar para amplificar la población de células (clona) a fin de producir memoria inmunológica e intensificar el grado de respuesta.

Linfocito B. Una de las poblaciones de células del sistema inmunológico, la cual se origina y madura en la médula ósea, cuya función es la de producir anticuerpos.

Linfocito T. Una de las poblaciones de células del sistema inmunológico, la cual se origina en la médula ósea y se diferencia en el timo, constituida por tres subpoblaciones: citotóxica, colaboradora y supresora.

Linfoma. Proceso neoplásico maligno del tejido linfoide, por lo tanto del tejido responsable de la respuesta inmune.

Macrófago. Célula del SFM derivada de los monocitos de la médula ósea la cual desempeña un papel accesorio en la respuesta inmune: 1) capta, procesa y presenta a los antígenos a los linfocitos T y B, y 2) actúa conjuntamente con los linfocitos T citotóxicos contra antígenos intracelulares (células infectadas, células tumorales, y células trasplantadas).

Memoria inmunológica. Ver anamnesis.

Nucleocápside. Parte central del VIH constituido por los ácidos nucleicos y el cápside. Porción del virus que penetra a la célula que será parasitada, mientras que la envoltura permanece fuera adherida a la membrana celular.

Oncovirus. Subfamilia de los retrovirus capaces de inducir cáncer en las células que parasitan.

Perinatal. Periodo alrededor del parto que comprende desde un tiempo antes del nacimiento hasta el momento posterior al parto.

Periodo de incubación. Tiempo que transcurre entre la entrada al organismo de un germen, y la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad.

Portador asintomático. Persona poseedora de un trastorno o un microorganismo, sin presentar síntomas o manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Prevalencia. Número de personas enfermas en una población y en un momento dado, generalmente se expresa como porcentaje.

Prueba de Elisa. Ver Elisa.

Prueba de Western blot. Prueba de laboratorio para confirmar el resultado de una prueba de Elisa. Las proteínas virales, separadas en bandas por medio de electroforesis, se transfieren a papel de nitrocelulosa y se realiza una reacción inmunoenzimática al poner en contacto dichas proteínas con los anticuerpos presentes en el suero problema, utilizando para ello las proteínas virales como antígenos. La reacción en evidencia por medio de una antiglobulina y un sustrato. Se considera positiva la prueba cuando existen bandas contra los antígenos codificados por los genes "env", "pol" y "gag", se considera negativa la prueba ante la ausencia de bandas.

Receptor CD4. Molécula presente en la superficie de los linfocitos T colaboradores, así como en la de las células del sistema fagocítico mononuclear y de un 10% de los linfocitos B. Molécula reconocida y atacada por la glucoproteína externa del VIH (gp 120 para el VIH-1 y gp 140 para el VIH-2).

Receptor CD8. Molécula presente en la superficie de los linfocitos T citotóxicos y de los linfocitos T supresores.

Replicación. Proceso de duplicación o reproducción. Proceso mediante el cual los cromosomas forman copias exactas de sí mismos.

Respuesta inmune celular. Ver inmunidad celular.

Respuesta inmune humoral. Ver inmunidad humoral.

Retrovirus. Constituyen una subclase de ARN- virus cuya característica fundamental es convertir su ARN en ADN, lo que se conoce como transcripción reversa, de donde les viene el nombre de retrovirus. El ARN de

estos virus posee toda la información genética necesaria para la síntesis de los diversos componentes virales; sin embargo, para lograrlo deben primero transcribir dicha información a ácido, a fin de integrarla al núcleo de la célula parasitada, desde donde dirige la formación de nuevos virus, utilizando para ello los componentes del citoplasma de la célula.

Seroconversión. Cuando un microorganismo penetra al organismo induce la formación de anticuerpos los cuales pueden ser detectados mediante el análisis de la sangre. El momento en que son detectables estos anticuerpos recibe el nombre de seroconversión. En el caso de la infección por el VIH la seroconversión se presenta entre la segunda y la décima semana a partir del contagio, pudiendo en algunos casos llegar a seis meses y un año; durante este tiempo, conocido como "ventana", las pruebas de laboratorio para la detección de anticuerpos son negativas.

SIDA. Siglas de síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Enfermedad infecto-contagiosa, debida a un retrovirus conocido como virus de la inmunodeficiencia humana el cual ataca y destruye diversas células provocando con ello una amplia gama de problemas clínicos que van desde una infección asintomática hasta el SIDA mismo.

Transcriptasa reversa. Enzima presente en los retrovirus que les permite convertir el ARN en ADN viral (provirus), a fin de integrarlo al genoma de la célula parasitada.

Transmisión. Mecanismo mediante el cual un microorganismo pasa de un individuo a otro contagiándolo. En el caso de la infección por el VIH y el SIDA se aceptan actualmente tres mecanismos de transmisión: sexual, sanguíneo y perinatal.

Transmisión vertical. Término propuesto para sustituir al de transmisión perinatal (intrauterina, durante el parto y por medio de la leche materna).

VIH. Siglas de virus de la inmunodeficiencia humana.

Virus de la Inmunodeficiencia humana. Nombre propuesto por el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus para denominar al agente

responsable del SIDA, abandonándose con ello los otros nombres (LAV, HTLV-III, ARV).

Western-blot. Ver prueba de Western-blot.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ABC	Abacavir
ARN	Ácido Ribonucleico
AZT	Zidovudina
CDC	Siglas en Inglés de los centros de Control y Prevención
CD4	Linfocitos (algunos autores lo utilizan como CD4+, aunque en realidad es sólo un equivalente de CD4)
CMV	Citomegalovirus
CV	Carga Viral
IP	Inhibidor de proteasa
ITRAN	Inhibidores de la transcriptasa Reversa Análogos a Nucleósidos
ITRNN	Inhibidores de la transcriptasa Reversa. No Nucleósidos
ITS	Infecciones de transmisión Sexual
LG	Linfadenopatía Generalizada
LGP	Linfadenopatía Generalizada Persistente
LNH	Linfoma No Hodgkin
OMS	Organización Mundial de la Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TARAA	Terapia Antirretroviral Altamente Activa
TMP/SMX	Trimetoprim/Sulfametoxazol o Co-Trimoxazol
VHS	Virus del Herpes simple
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus de Papiroma Humano
Wb	Western blot
ZDV	Zidovudina

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

BIBLIOGRAFÍA

Agenda de salud 2003. Editorial. Ediciones Fiscales 2003

Barragán Riverón J. Deontología y Responsabilidad Profesional. Práctica Odontológica, Vol.19, No.11

Comisión Nacional de Bioética. Temas de Bioética.1997

CONAMED. Consentimiento Bajo Información Bases para su Comprensión. CONAMED Estado de México. 2000.

Conasida. El Odontólogo Frente al SIDA. 1° edición.

Conasida. Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa Y Hospitales. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. 4° edición. 2000.

Curso Monográfico "PREVENCIÓN DEL SIDA EN ESTOMATOLOGÍA". Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Febrero 2003.

Dobler López Irving. Responsabilidad del Ejercicio Médico. Editorial Manual Moderno. México 1999.

García Sainz M. La Ética en la Toma de Decisiones Médicas. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica. Vol.5, No.3. Julio-Septiembre,1994.

Garza Garza R. Bioética Toma de Decisiones en Situaciones Difíciles. Editorial Trillas, México 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gómez García R. Infección por VIH. Dentista y Paciente. Vol.6 No. 62 Agosto 1997.

Gómez García Roberto. Lara Navarro R. Las Leyes y Normas en Odontología. Vol.6, No. 67

<http://www.aidsinfonet.org/articles.htm>

<http://www.minuqur.quate.net/derhum.htm>

<http://www.ssa.gob.mx/nomsociales.htm> .

Hernández Padilla Ma. Del C. Monterrubio Torales M. Manejo de la Relación Odontólogo-Paciente. Tesis Profesional. México, D.F. 2001.

Kuthy Porter E. Introducción a la Bioética. Editorial Méndez 2000.

Laín Entralgo Pedro. Historia de la Medicina. Editorial Masson. Barcelona España 1994.

Lobos Jaimes Nelson. Sida y Odontología. Ediciones Avances Médico-Dentales, S.L.

Moya Pueyo Vicente. Roldán Garrido B. Odontología Legal y Forense. Editorial Masson Barcelona España.

Ponce de León Samuel, Rangel Frausto S, SIDA. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill.

Ramírez A. Vella. Gonzalez G. M. Prevención y Control de Infección en Estomatología. UAM-Xochimilco. México 1°. Edición

Roldán González Julio. Ética Médica. Editorial Parroquial de Clavería. México 1990.

Runes Dagobert. D. Diccionario de Filosofía. Editorial Grijalbo, México 1981.

SSA. CONAMED. Carta de los Derechos Generales de los Médicos

SSA. CONAMED. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes

Urdiales Ramos Julia. Manejo del Paciente con VIH en el Consultorio. Dentista y Paciente. Vol.5 No.60.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



SEMINARIO DE ODONTOLOGIA COMUNITARIA

- Este cuestionario es confidencial
- Los datos aportados en él son solo para estadísticas
- Marcar solo una respuesta
- Agradecemos su participación y veracidad

Para ser contestado solo por el paciente

1- ¿Ha utilizado recientemente el servicio dental?

si no

porqué _____

2- ¿Su atención dental generalmente es?

Privada Institucional Pública

3- ¿Informa usted al dentista su estado de salud actual?

si no

porqué _____

4- ¿Considera usted, que la atención recibida tiene la suficiente calidez y calidad?

si no

porqué _____

5- ¿Sabe usted, que la información proporcionada en la Historia Clínica, debe ser verdadera para su protección y beneficio?

si no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6- ¿Sabe usted, que existe el secreto de confidencialidad en la relación Dentista-Paciente?

si no

7- ¿Le han notificado a cerca de la Carta de Consentimiento Informado?

si no

8- ¿Sabe usted, que existe una carta de los derechos de los pacientes en general?

si no

9-¿Conoce usted, si la atención dental se encuentra legalmente reglamentada?

si no

10- ¿Considera usted, que debería ser sancionado, el negar el derecho a la atención dental?

si no

porqué _____

Comentarios _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



SEMINARIO DE ODONTOLOGIA COMUNITARIA

- Este cuestionario es confidencial
- Los datos aportados en él son solo para estadísticas
- Marcar solo una respuesta
- Agradecemos su participación y veracidad.

Para ser contestado solo por el Estomatólogo

1- ¿Considera usted, estar suficientemente informado sobre el VIH/SIDA?

si no

2- ¿Conoce la diferencia entre el paciente VIH y el paciente SIDA?

si no

3- ¿Sabe usted, que la cavidad bucal es uno de los sitios donde primero se manifiestan enfermedades causadas por el VIH?

si no

4- ¿Conoce las características y manejo de las lesiones bucales más comunes?

si no

5- ¿Conoce el porcentaje de riesgo ocupacional de transmisión del VIH?

si no

6- ¿Considera usted, que la atención dental del paciente VIH/SIDA. Se proporcionaría en mejores condiciones de calidez y calidad a nivel?

privado institucional público

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7- ¿Considera usted, que es un deber (ética-moral) o una obligación (mandato-jurídico) dar atención al paciente VIH/SIDA?

deber obligación

8- ¿Conoce usted, los límites de confidencialidad en la atención del paciente VIH/SIDA?

si no

porqué _____

9- ¿Conoce usted, la normativa que orienta al personal estomatológico en la atención del paciente VIH/SIDA?

si no

10- ¿Considera usted, que debería participar el paciente VIH/SIDA en la toma de decisiones en su atención estomatológica?

si no

porqué _____

Comentarios _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN