



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**ACTITUD DEL ODONTÓLOGO FRENTE AL  
PACIENTE CON VIH. F.O. UNAM. 2008.**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

MONTSERRAT BRISEÑO FABELA

TUTOR: C. D. MANUEL GARCÍA LUNA Y GONZÁLEZ RUBIO

MÉXICO, D. F.

2008



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.

Dios eres el alimento de mi vida, se que todo lo que he logrado ha sido solo con tu ayuda y también sé que me has puesto en este lugar aunque (me resista), pues tienes un propósito profético en mi vida y lo creo alabado seas.

Mamita (pkña) sabes eres la principal en esto tan importante en mi vida, y a ti antes que otra cosa o persona tengo tanto que agradecerte, pues siempre has estado a mi lado y nunca me has dejado, hemos pasado de todo; momentos felices, tristes, enojos (perdón por eso), siempre me motivas y me dices que si, a todo lo que creo imposible, eres fundamental, gracias por esos desvelos y esfuerzos emocionales, físicos, etc. en muchas veces extrahumanos y todo sea por suplir todo lo que necesito. Eternamente agradecida con Dios por darme a una mamá como tú, emprendedora, con espíritu victorioso, eres única no tengo palabras que puedan describirte, y por supuesto que creo en ti. Estoy muy orgullosa de ti, te amo.

Abue Rufina nunca te olvido, mucha de la educación que tengo te la debo a ti, pues gran parte de mi niñez estuve contigo y recuerdo el agrado y el amor de tus cuidados, nunca olvidare todo lo que vivimos juntas, gracias a Dios por que permite que estés con nosotros te quiero.

Gerardo, hermanito no sabes cuánto has fortalecido mi vida con tu ejemplo responsable y trabajador, a pesar de ser menor que yo, he aprendido tanto de ti, gracias por apoyarme en todos los aspectos, no sabes cuánto te quiero y extraño cuando no estás en casa. Estoy orgullosa de ti.

A mis hermanas Blanca y Liz, en todo el tiempo apoyándome aún en los momentos más difíciles de nuestra vida, nunca olvidaré que ustedes fueron mis primeras pacientes, gracias. Aunque el tiempo nos llevo por diferentes caminos saben que cuentan conmigo, yo se que las tengo siempre y ustedes a mí, para seguir fortaleciendo a la familia. Las quiero mucho

Israel y Santiago...son unos ángeles hermosos que vinieron a bendecir mi vida y a la familia tremendamente. Los adoro pequeños, gracias por estar con nosotros.

Papá, te agradezco tu apoyo en este momento de mi vida, el tiempo y Dios han podido restaurar muchas cosas. Te quiero

A toda mi familia: mis primas, primos y sobrinos, en verdad muchas gracias por siempre darme ánimos y palabras que me hace fortalecer. Los quiero mucho.

Mis tíos Ernesto, Víctor, Enrique, gracias por darme el apoyo y el cariño como el de un padre hoy y siempre. Doy gracias a Dios por sus vidas. Estoy muy orgullosa de cada uno de ustedes. Gracias por su ejemplo.

A mis tías Flor, Ana y Ángeluz, gracias por abrirme las puertas de sus hogares y antes que ser mis tías, ser mis amigas. Las quiero mucho, todo lo que he vivido con ustedes no tiene precio. Gracias por sus apapachos realmente me hacen sentir en casa.

A todos mis amigos Faby, Jovita, Bere, Yola, Yetzi, Iván, Erika, ustedes marcaron esta etapa muy especial, gracias por su tiempo, confianza, ayuda, amistad y por todos los momentos vividos con cada uno de ustedes, no terminaría de contar cada anécdota vivida..., en fin. Los quiero mucho, mucho...

Dr. Fernando Granados gracias por su apoyo y su confianza, no sabe cuánto me ha servido platicar con usted, en todo momento, motivándome. Gracias

Dra. Arcelia Meléndez mil gracias, en este proyecto recibí mucho de usted, gracias por todo, en un momento sentí que no lo iba a lograr y usted siempre me daba ánimos y sabía que podía continuar. Me enorgullece que la Facultad cuente con personas tan dedicadas como usted.

Dr. Manuel García Luna es un placer haberlo conocido y trabajar con usted, le agradezco por apoyarme en este proyecto.

Pertenecer a la Facultad de Odontología es algo wow!!! fue muy emocionante cuando supe que me había quedado en ella, aquí pase tiempos inolvidables y momentos que se quedarán para siempre en mi mente y corazón cada éxito me hacía saber que tenía que seguir adelante, cada momento de dificultad me decía que necesitaba esforzarme más... y ahí estaba yo empezando de nuevo, triste, pero en el nuevo comienzo me daba cuenta que aprendía algo nuevo y diferente que me hacía ser mejor que la vez pasada, y madure, así es como hoy me encuentro en este momento soñado, gracias al Señor que me dio fortaleza y deseo de superación.

Universidad Nacional Autónoma de México como me enorgullece pertenecer a esta máxima casa de estudios, es lo mejor que me pudo haber pasado en la vida...ha sido algo único y sé que muchas cosas jamás se volverán a repetir...orgullosamente UNAM.

Al honorable jurado...

A todas las personas que se vieron involucradas en esta etapa de mi vida, y muchos otros que no mencione, saben, les agradezco y no saben cuánto, todos y cada uno tienen un lugar especial en mi corazón, doy gracias a Dios por sus vidas son de gran bendición en ella.

Montse

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	6
2. ANTECEDENTES.....	9
2.1 Razones que explican los problemas en la atención de Personas con VIH.....	10
2.2 Antecedentes Histórico-Religiosos y Filosóficos.....	10
2.3 Actitud de rechazo en el ejercicio odontológico.....	16
2.4 Actitud del odontólogo responsable.....	18
2.5 Medidas especializadas en el control de infecciones en el consultorio dental.....	19
2.6 Virus de Inmuno Deficiencia (VIH).....	21
2.7 Condiciones de transmisión .....	22
2.8 Modos de transmisión.....	23
2.9 Control infeccioso en odontología.....	23
2.10 Procedimientos dentales que pueden causar contaminación e infección.....	24
2.11 Objetivos de un programa de control infeccioso.....	26
2.12 Estrategias profesionales odontológicas.....	26
2.13 Protocolo para manejo de pacientes infecto-contagiosos.....	27
2.14 Medidas antes de la intervención dental.....	27
2.15 Medidas después de la intervención dental.....	28
2.16 Manifestaciones después del contacto inicial.....	28
2.17 Manifestaciones bucales.....	29
2.18 Derecho a la Salud.....	31
2.19 Ética y moral en la relación odontólogo-paciente.....	31
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	34
4. JUSTIFICACIÓN.....	35

5. OBJETIVOS .....	36
5.1 Objetivo general.....	36
5.2 Objetivos específicos.....	36
6. METODOLOGÍA.....	37
6.1 Material y método.....	37
6.2 Tipo de estudio.....	39
6.3 Población de estudio.....	39
6.4 Muestra.....	40
6.5 Criterios de inclusión.....	41
6.6 Criterios de exclusión.....	41
6.7 Variables de estudio .....	41
6.8 Variable independiente.....	41
6.9 Variable dependiente.....	41
6.10 Conceptualización y operacionalización de las variables.....	42
7. RESULTADOS.....	43
8. CONCLUSIONES.....	52
9. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	53
10. ANEXOS.....	56



# 1. INTRODUCCIÓN

---

El objeto principal de este estudio es mostrar las deficiencias de conocimientos y los sentimientos negativos que se originan por cuestiones culturales, sociales, religiosas en los pacientes con VIH por parte del Odontólogo y cuales son las causas que lo originan.

Realmente hablar sobre VIH es un tema polémico debido a las múltiples opiniones a favor y en contra de ello. Para ninguno de nosotros es desconocido que hemos enfrentado grandes problemas en todos los ambientes de salud a la hora de atender personas que se conoce tienen el virus del SIDA o que presentan la enfermedad.

Es interesante saber que el virus empezó a circular hace ya algunos años, si miramos retrospectivamente nos podemos dar cuenta de muchas personas que murieron en los hospitales por causas desconocidas, entonces encontramos que las autopsias realizadas en esos cadáveres perfectamente ajustan con las características del SIDA, para ese momento no había problema pues el desconocimiento era total. El problema empezó cuando empezó a conocerse la enfermedad. El primer grupo de pacientes fueron los hemofílicos que recibieron factores de la coagulación contaminados y aquí tampoco había problema. Más o menos en los años 83 y 84 los hematólogos del hospital México, ya sabían que estaban manejando casos de SIDA y no había ninguna alarma entre el personal.

El problema empezó a generarse cuando la epidemia del VIH que inicio en los hemofílicos, se agrego la epidemia en el grupo homosexual, está epidemia se complico por toda esta carga social que derivó de esta población afectada hasta la fecha en forma predominante, entonces ahí empezaron realmente los problemas.



Luego esto se relaciona con drogadictos, con poblaciones marginales. Y empezamos a tener actitudes y prácticas bastantes esperadas desde el punto de vista de ser una enfermedad mortal, desconocida y novedosa, también encontramos actitudes anormales, irracionales. Realmente la historia sobre este comportamiento es larga y de mucho problema, ya que es un tema de discusión interminable.

En años recientes se ha desarrollado una gran preocupación por parte del gremio dental y sus pacientes por la prevención de enfermedades infecto-contagiosas.

La salud bucal es muy importante en todos los casos pero en pacientes VIH es aún más, en virtud a que en la actualidad existe el temor de contagio por VIH en la práctica odontológica debido al ascenso considerable de personas infectadas con el virus entre la población sobre dicha situación. Ante esto muchos profesionales del área médica, tienen una actitud de rechazo y por lo tanto de discriminación, en este tiempo se tiene que poner mayor énfasis en la preparación de los futuros profesionistas en el área de la salud, y todo aquel personal que labore en el área médica, pues esta situación no puede continuar creciendo, es eso, lo que nos coloca como países de tercer mundo, pues no se tiene la preparación, ni la firme convicción de llevar a la práctica los conocimientos adquiridos.

Los mismos pacientes temen al rechazo y esta es la razón por la que mienten o definitivamente se resignan a no ir al dentista, para evitar malos tratos o situaciones incómodas, sencillamente no tener problemas.

El trato humano, conciente y conocimiento del odontólogo hacia el paciente VIH son de vital importancia ya que algunos signos o síntomas pueden





servir para dar un diagnóstico presuntivo e inclusive preciso sobre dicha enfermedad ya que la salud bucal también se reviste de gran importancia en personas portadoras de VIH/SIDA que debido a su condición se encuentran vulnerables a infecciones oportunistas que causan serios y graves problemas al paciente. La identificación oportuna, una actitud humanista y de servicio por parte del odontólogo, técnicas de protección para paciente y odontólogo aunado a una correcta enseñanza hacia el paciente sobre el cuidado ideal de su higiene bucal, y la visita periódica al odontólogo son de los aspectos más importantes en la prevención y calidad de vida en pacientes inmunodeprimidos.

El enfermo tiene una infinidad de derechos, pero lo que espera del médico es que él haga lo mejor, es decir que de brinde una atención concienzuda, diligente y conforme al estado de los conocimientos médicos.

El SIDA plantea también el problema agudo del enfrentamiento entre dos derechos y dos intereses, los del portador del virus que cuenta con el respeto al secreto ético-médico, y los de la pareja amenazada o incluso los de la comunidad si por su ocupación, por ejemplo: prostitución, el enfermo constituye un peligro generalizado.

El médico-odontólogo esta en primera fila, torturado por las necesidades y los derechos de las distintas partes, y una elección determinada por su misión individual de brindar atención en el interés de las sociedad.

El paciente es el agente principal, responsable de salvaguardar su propia vida y promover su salud; el médico es el profesional que colabora con el agente principal para ayudarlo a prevenir la enfermedad, a curarla, rehabilitarle sus capacidades o asistir al enfermo no importa en la etapa que se encuentre.



## 2. ANTECEDENTES

---

La actitud positiva es la actitud mental adecuada en cualquier situación ayudándonos a resolver los problemas que puedan aparecer en nuestro camino. Una actitud positiva ante la vida nos ayudará a tener siempre una visión mucho más optimista de la vida.

Puede considerarse a la actitud como el vínculo existente entre el conocimiento adquirido por un individuo y la acción que realizará en el presente y en el futuro.

En su memoria, cada individuo lleva depositada la influencia del pasado. También la acción que de él provenga vendrá “influenciada por el futuro”, ya que la información depositada nos inducirá proyectos, ambiciones y objetivos a realizar.

La actitud frente a la vida está relacionada con la visión que tengamos del mundo que nos rodea. De ahí aquello de que “lo que influye en cada uno de nosotros depende de la opinión que tengamos de los hechos antes que de los hechos mismos”.

La actitud proviene esencialmente de la información que llevamos grabada en nuestra mente. De ahí que nuestra actitud cambiará si también lo hacen nuestras opiniones y nuestras creencias.

Ya que es posible hablar del conocimiento o de las creencias dominantes en un grupo social, es posible también considerar la existencia de una actitud asociada al grupo. <sup>1</sup>

Todos tenemos derecho a recibir una buena atención de salud cuando la necesitamos: mujeres, hombres; profesionales, obreros etc. El motivo que



nos lleva a pedir consulta en el consultorio dental puede ser diverso, pero en este caso el énfasis es para el paciente con SIDA (VIH), pues precisamente la atención de las personas que viven con VIH es la que ha producido más situaciones difíciles en los establecimientos del sector salud, ya sea público o privado.

## **2.1 Razones que explican los problemas en la atención de personas con VIH**

1. El personal de salud tiene una sobrecarga de trabajo que en algunos casos perjudica su disposición para ofrecer una atención de calidad a los pacientes.
2. En el caso de personas con SIDA, este problema se agrava por el temor al contagio; por que no han sido bien informados acerca del bajo riesgo de transmisión del virus al personal hospitalario, ni conocen las medidas de bio-seguridad que disminuyen este pequeño riesgo. <sup>2</sup>

## **2.2 Antecedentes histórico-religiosos y filosóficos**

Tenemos una naturaleza que nos permite tener sensaciones y emociones, el ser humano como tal posee una naturaleza pecaminosa, desde que fuimos desterrados del huerto del edén, se dijo al hombre que padecería dolor y eso hasta este momento es a lo que le tememos, puede ser un dolor espiritual, emocional una pena que nos hace sufrir y por supuesto el dolor físico. <sup>3</sup>

El ser humano se encuentra naturalmente a la defensiva su instinto de autoprotección hace que tenga actitudes como temor, miedo y se ven manifiestas en diversas actitudes y comportamientos, que pueden ser buenos



Arthur Schopenhauer (1788-1860), el filósofo alemán más pesimista de Occidente, decía que el mismo mundo estaba hecho de voluntades que eran fuerzas y que hasta la voluntad de vivir era guerra, lucha, conflicto y siempre dolor. La única salvación está, para los espíritus elevados, continúa el filósofo alemán, en la contemplación estética y la más profunda y completa en el sacrificio y la “extinción del yo”. La insatisfacción natural de la “voluntad” hace que el estado natural y positivo sea el dolor. <sup>4</sup>

En la definición De Sanctus: “El dolor es la percepción de un estímulo desfavorable o nocivo que provoca graves trastornos de la sensibilidad y el desencadenamiento de los reflejos de defensa que se intensifican en todos los sentidos”, es por ello que el dolor es una experiencia subjetiva que implica la fusión de la mente y el cuerpo. El dolor en la enfermedad no puede ser ignorado y por eso siempre ha sido objeto de reflexión por parte de los filósofos en todos los tiempos, en el área cultural, aunque también en la ciencia, se trabaja arduamente día con día para encontrar una cura parcial o definitiva de este en sus diferentes áreas.

Y así ha surgido, por extensión el dolor en psicología, se llama dolor a una aguda pena, sentimiento y congoja del ánimo, o al pesar y el arrepentimiento profundo por una mala acción contra los demás o por un pecado contra Dios. Considerado una maldición bíblica por unos y un elemento de fuerza anímica por otros, a través de los siglos la humanidad ha rodeado al dolor de mito, misticismo y tabúes en todas las culturas. Y las leyendas metafísicas se han llenado de un gran contenido de dolor y su papel es clave en los rituales de muchas creencias religiosas.

Dice el Génesis (3:16), al anunciar el castigo por el pecado cometido al comer de los frutos del árbol del bien y del mal, cuando se abrieron los ojos del primer hombre y de la primer mujer. “Multiplicare en gran manera los dolores en tus preñeces; con dolor darás a luz a los hijos.” Y Eclesiastés



(1:18): “Por que en la mucha sabiduría hay mucha molestia; y quien añade ciencia, añade dolor”.

Platón veía el dolor como una cosa natural, efecto de la falta de armonía entre los elementos que ponen en peligro la vida. Para Aristóteles, el dolor era lo que se oponía a la felicidad.

Para el estoicismo, el dolor era la actitud a las cosas que no dependen de los seres humanos, de donde nace el imperativo estoico de soportar el dolor mediante la indiferencia. Esta manera revolucionaria de pensamiento se desarrollo plenamente con la llegada del Imperio Romano.

En el Cristianismo se adquiere un pensamiento nuevo, en cuanto se caracteriza no sólo como mal físico, consiguiente a la contra versión de las normas sagradas, y mal moral ligado a la libertad del hombre, sino también como vía privilegiada y fuerza anímica de purificación cuando se vive cristianamente. No se trata simplemente de soportar el dolor, sino de una verdadera y autentica aceptación, de una búsqueda del dolor como medio de expiación y elevación. Esto explica porqué la imagen dominante en el mundo occidental haya sido la de la crucifixión.<sup>5</sup>

El pensamiento actual , en la línea de su proceso de secularización, y con él, la medicina, han tendido a desacralizar el dolor, al que consideran no como una realidad que redime sino como una realidad de la que hay que liberarse. El dolor ha pasado a ser una función biológica, vital, natural, y se ha logrado sustituir la dimensión metafísica del dolor con la dimensión empírica de los dolores, con base en los análisis de las ciencias naturales y humanas, y de la reflexión del carácter bioético, hasta el punto de que, como dice el profesor J. Antonio Aldrete, en su importante Tratado de algilogía, “ningún paciente debe morir hoy en día con dolor”



De todos los síntomas a los que se enfrentan los médicos, el dolor crónico es probablemente el más difícil de valorar y tratar eficazmente. La razón principal radica en que se trata de un fenómeno complejo que consiste en una respuesta física-lógica a un estímulo seguida de una respuesta afectiva a la percepción de este estímulo. Esta respuesta afectiva es lo que se observa, y nuestra tendencia es enfocarnos sobre el evento fisiológico que desencadena el dolor.

Hasta la mitad del siglo XX, la fisiología se ha contentado con describir estructuras anatómicas y las rutas nerviosas que conducen las impresiones dolorosas y en ver en esas estructuras y en esas rutas los segmentos de un vasto sistema adaptativo de alarma y de defensa. Pero un VIH se desarrolla sin dolor durante meses e inclusive años y el más mínimo ataque de una gripe arranca a gritos desesperados. Hay enfermedades sin dolor y dolores sin enfermedad. Esta fisiología parece no tener ningún fundamento objetivo. Como decía P. Bayle: “La salud se extiende durante muchos años y, sin embargo, solo contiene poco bien. La enfermedad solo se extiende algunos días y, sin embargo, encierra mucho mal.”

El enfoque al paciente con dolor crónico tiene que incluir por tanto un análisis cuidadoso de los factores fisiológicos y conductuales que pueden desempeñar un papel importante en la interpretación por parte del paciente del estímulo doloroso.<sup>6</sup>

Desde la aparición del SIDA en 1981, esta enfermedad se ha convertido en la pandemia del siglo XX y lo que va del XXI; aún no existen esperanzas de tenerla bajo control, y aunque se han desarrollado tratamientos que prolongan la vida del paciente, aún no existe cura para la misma, y cobra miles de vidas diariamente en el todo el mundo.



En 1990, el temor al contagio del VIH en la práctica odontológica se vio alterado, al publicarse la posible transmisión de este virus en el consultorio dental, a través de un dentista con SIDA. En el reporte del caso ocurrido en Florida, se asumió el contagio del VIH a través del cirujano dentista hacia seis de sus pacientes. A pesar de exhaustivos estudios, jamás se logró la reproducibilidad de estos hallazgos, por lo que se concluyó una ausencia de evidencia fidedigna, que apoyara la transmisión del VIH hacia el paciente en la práctica dental, a través de un dentista con SIDA.

Independientemente de los acontecimientos antes mencionados, la incertidumbre sobre las potenciales vías de transmisión del VIH por la vía bucal y de los factores inhibitorios de la infectividad del virus involucrado en esta localización durante la práctica clínica dental, influyeron en el dentista de manera negativa, ocasionando el rechazo de pacientes con esta infección en un porcentaje considerable.<sup>7</sup>

El Virus de Inmunodeficiencia Humana es una enfermedad producida por el virus VIH. El agente causal pertenece a la familia de los retrovirus, destruye el sistema inmunológico lo que facilita la aparición de enfermedades oportunistas. Sus vías de transmisión son: sangre, líquidos biológicos y secreciones genitales.

El personal de la salud en muchos de los casos argumenta que es principalmente, el temor a ser infectados es el motivo principal para no atender pacientes con VIH. Se ha mencionado también que el temor de la población en general, a infectarse por el VIH dentro de las áreas de atención a la salud y específicamente dentro del consultorio dental, esto aunando a el poco conocimiento básico sobre VIH sobre podría estar influyendo en el rechazo de la atención del paciente VIH por parte del odontólogo. Esta



actitud negativa es claramente el motivo principal de discriminación hacia el paciente VIH, infectarse.<sup>8</sup>

Algunos estudios que revelan algunos aspectos sobre la actitud de los odontólogos y estudiantes de odontología para atender pacientes con SIDA o portadores reportan que esta disposición se hace más evidente a medida que el estudiante de odontología avanza en estudios.

Con relación a los años de ejercicio, por ejemplo, se dice que a mayor tiempo de graduado menor es el interés de tener contacto con pacientes portadores; así como sobreestimación del riesgo de transmisión y falta de motivación para el uso correcto de los procedimientos de rutina sobre control y prevención de la enfermedad. Se ha demostrado también que los odontólogos con mejor disposición para utilizar las medidas de control de infección, son los del género femenino y los jóvenes. Otros sencillamente se "niegan atender a personas infectadas por no tener disponible un equipo de esterilización adecuado".

El incremento del número de personas portadoras de VIH/SIDA de todas las edades y clases sociales y la importancia de tratamiento de lesiones bucales en estas personas, ha motivado la realización de una investigación que permita determinar el nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos sobre la enfermedad, para poder prestar una atención adecuada en los servicios públicos.

En Venezuela se han realizado estudios en pacientes inmunocomprometidos y se ha comprobado la importancia del Odontólogo en el diagnóstico de la enfermedad, por las manifestaciones bucales tempranas





que genera en los tejidos bucales, para la pronta y oportuna atención y con ello dar buena calidad de vida al paciente VIH.<sup>9</sup>

Con relación a los años de ejercicio del odontólogo podemos deducir que por los conocimientos antiguos, obsoletos e inclusive olvidados; así como sobreestimación del riesgo de transmisión y falta de motivación para el uso correcto de los procedimientos de rutina sobre control y prevención de la enfermedad, es que tenemos en nuestra sociedad, este tipo de situaciones sobre discriminación.<sup>10</sup>

Algunas investigaciones reportan que el conocimiento del dentista sobre las medidas de control de infección, difiere de sus actitudes y conducta mostradas con relación a estas precauciones, no sólo en la práctica dental general cotidiana, sino también en la práctica especializada de las diversas ramas odontológicas. Inclusive en el ámbito del sector educativo odontológico, se ha descrito ampliamente la inconsistencia del dentista para efectuar las medidas de control de infección durante el ejercicio de la odontología.

Existe una tremenda necesidad de reflexión profunda acerca de planes, programas, y estrategias que se deben implementar para modificar de forma positiva, humana y justa; las actitudes, creencias, mitos y deficiente conocimiento de los profesionales de la odontología en relación con el VIH/SIDA.

### **2.3 Actitud de rechazo en el ejercicio odontológico**

A pesar del bajo riesgo ocupacional de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre el personal de salud, el gremio odontológico ha mostrado un rechazo hacia el paciente con infección por el



VIH, debido principalmente a un temor de contagio del VIH durante los procedimientos dentales.

En este estudio se describen brevemente los aspectos involucrados con la indisponibilidad del cirujano dentista para brindar atención odontológica al paciente con VIH; entre los cuales predominan los conceptos erróneos sobre los riesgos de transmisión del VIH y el temor por un uso inadecuado de medidas de control de las infecciones en el consultorio dental.

La epidemia producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha ocasionado en los últimos años, diversos cambios en la atención odontológica, principalmente debido a la percepción de un riesgo ocupacional adicional de contagio dentro del consultorio dental.

El riesgo de transmisión del VIH entre los trabajadores de la salud es muy bajo. En nuestro país, exclusivamente ocho de 36,150 casos de transmisión de la infección por VIH, registrados en los reportes epidemiológicos hasta julio de 1998, han sido atribuidos a exposición ocupacional.<sup>8</sup>

A pesar de que el riesgo es mínimo de transmisión del VIH entre los trabajadores de la salud, existen negativas en la atención odontológica hacia el paciente con VIH, esto es debido en parte al alto índice de mortalidad de esta infección y a la ausencia hasta el momento, de una cura para la enfermedad. El aumento gradual de los sujetos infectados por el VIH reportado en la actualidad, eleva los requerimientos dentales de dichos pacientes desde un punto de vista odontológico.<sup>11</sup>

Las publicaciones concernientes a la indisposición del gremio odontológico para brindar atención a los pacientes "0" positivos al VIH son escasas en nuestro país, es una de las preocupantes principales y por lo tanto en este trabajo se pretende a través de una revisión selectiva sobre este problema,



destacar las posturas de atención dental hacia el paciente con VIH más relevantes descritas en la literatura odontológica.<sup>12</sup>

En los últimos años se publicó en algunos artículos en la ADM que el 54.8% de los dentistas de la Ciudad de México, consideran que el riesgo de contagio por el VIH durante el tratamiento dental es alto o desconocen la magnitud del mismo. El 25.8% abiertamente no está en disposición de atender sujetos con VIH en el consultorio dental; de los cuales, el 73.7% teme perder pacientes si en su consulta odontológica se atendieran individuos infectados por el VIH. En otros países, desde un 20% hasta el 84.4% de los dentistas se niegan a atender al paciente con VIH.<sup>13</sup>

Asimismo, se ha observado que los odontólogos cuya especialidad se vincula más frecuentemente con sangre y aquellos con antecedente de contacto previo con otro paciente +0 al VIH, tienen una postura más favorable para brindar un manejo dental al sujeto con VIH.<sup>13</sup>

Algunos cirujanos dentistas consideran que el aceptar atender al paciente con VIH, incrementaría los costos de la atención odontológica, pues a final de cuentas es un riesgo el que se está tomando y por lo tanto es lógico que se genere un aumento en los costos y las medidas de control de infección en el consultorio dental, sencillamente implica un mayor riesgo.

La asociación entre la disposición de atender pacientes +0 al VIH o con SIDA y el uso de ciertas medidas de control de infección en el consultorio dental, como son los guantes y los anteojos protectores; observándose que aquéllos con mejor disposición para utilizar las medidas de control de infección, son los dentistas del sexo femenino y los jóvenes. Se ha descrito incluso, que ciertos dentistas se niegan a atender sujetos infectados por el VIH por no tener disponible un equipo de esterilización adecuado.<sup>14</sup>



El conocimiento del dentista sobre las medidas de control de infección, es diferente de la actitud y conducta mostrada con relación a estas precauciones, no sólo en la práctica dental general, sino también en la práctica especializada de las diversas especialidades odontológicas. En el mismo sector educativo odontológico, es conocida la inconsistencia del dentista para efectuar las medidas de control de infección durante el ejercicio de la odontología.

Es muy común observar entre colegas que primordialmente las medidas de barrera empleadas generalmente por el odontólogo están enfocadas principalmente a evitar la transmisión de infecciones del paciente hacia el dentista, pero en muy pocas o casi nunca para proteger al paciente.<sup>15</sup>

El temor y la negativa de atención al paciente infectado por el VIH aún existen, debido a la ausencia de medidas adecuadas de control de infección dentro del consultorio dental.

## **2.4 Actitud del Odontólogo responsable.**

- Buscar información sobre VIH y sus formas de transmisión.
- Conocer y cumplir las medidas de bioseguridad para el control de las infecciones en el consultorio dental.
- Recordar siempre que su misión principal es atender bien al paciente sin juzgar su conducta, ni estado o condición física.
- Tener presente la importancia de su trabajo para dar bienestar a los pacientes.

Por otro lado las personas que viven con VIH tienen derecho a recibir una atención de calidad en los establecimientos de salud, aunque sabemos que en muchas ocasiones este derecho no es respetado.



Que puede hacer la persona a la que se le niega la atención dental. <sup>16</sup>

- Tomar nota del día, hora y nombre del personal de salud que le esta negando la atención.
- Solicitar apoyo al coordinador del establecimiento de salud.
- Si continúa el problema, hablar con el director del establecimiento de salud.
- Si no se obtiene resultado favorable, presentar la queja por escrito ante el director del establecimiento de salud.
- En casos graves se formulará la denuncia ante el ministerio de salud.

## **2.5 Medidas especializadas en el control de infección en el consultorio dental.**

Los mitos acerca del paciente con VIH han contribuido en gran manera a las conductas discriminatorias por parte del personal de salud. Aunque se conocen las medidas de control de las infecciones en las áreas clínicas, algunos odontólogos únicamente ante la sospecha de encontrarse frente a un paciente con VIH, aplican estas precauciones o bien tal vez, las incrementan.

Se sabe que ciertas personas conocen su estado de infección con VIH y ocultan al dentista su estado, con el fin de evitar su rechazo. Por otra parte, si tomamos en cuenta que un gran número de pacientes infectados por el VIH son asintomáticos por largos períodos y que las pruebas de anticuerpos para detectar el VIH no son positivas hasta un lapso de 2 a 6 meses después del contagio, es poco probable la identificación de personas portadoras del VIH en el consultorio dental.

La mayoría de los odontólogos para tener un control más estricto ante esta situación de no saber si un paciente tiene SIDA o es portador de VIH, ha



intentado identificar al paciente, siendo más estratégico y específico en sus historias clínicas a fin de determinar alguna sintomatología que parezca anormal para el paciente e incluso para el mismo odontólogo detectar factores de riesgo en el interrogatorio directo que pueda ayudar en este diagnóstico presuntivo.<sup>17</sup>

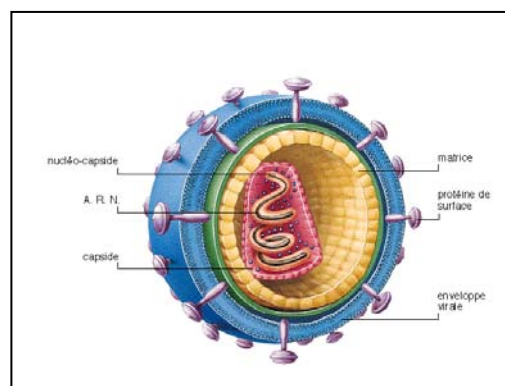
Dentro de las múltiples razones para la negación de la atención odontológica hacia el paciente infectado por el VIH, sobresalen aquellas que se relacionan principalmente con deficiencias en el conocimiento y aplicación de las medidas de control de infecciones en el consultorio dental.<sup>17</sup>

Es muy importante tomar en cuenta la elaboración de programas o medidas dirigidas para cambiar esta actitud, se tienen que enfocar en eliminar la inseguridad en el control de las infecciones dentro del consultorio dental, reforzando la enseñanza sobre el tema, para llegar a un control rutinario en la aplicación de las medidas que eviten la infección cruzada en odontología; así como a una difusión de los conocimientos sobre los diversos aspectos relativos a la enfermedad ocasionada por el VIH, que eliminen los estereotipos, el estigma y la discriminación de estos pacientes.

## **2.6 Virus de Inmuno Deficiencia Humana.**

El VIH es el virus que provoca el SIDA y sus siglas significan: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se caracteriza por una marcada disminución del sistema inmunológico, teniendo como consecuencia una mayor susceptibilidad a enfermedades oportunistas, pasando por varios





<http://library.thinkquest.org/26644/media/vir>

El SIDA es una enfermedad que anula la capacidad del sistema inmunológico para defender al organismo de múltiples microorganismos, produciéndose graves infecciones.

Dentro de las enfermedades oportunistas características del síndrome, existen varias transmitidas por saliva: hepatitis B, tuberculosis, herpes zoster, herpes simple, citomegalovirus y mononucleosis.<sup>18</sup>

La evidencia ocupacional, familiar y prácticas sexuales establecen que el SIDA no se transmite por vía oral (saliva), muchos individuos continúan expresando miedo acerca de contagio de VIH por esta vía. Para tratar de esclarecer y conocer los aspectos actuales acerca de este rubro, el principal objetivo de este trabajo, es conocer y discutir la relación que guarda la saliva con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Como los demás virus, el VIH no puede sobrevivir de forma independiente, sólo puede hacerlo en el interior de una célula, y ataca preferentemente a los linfocitos T4, principales responsables del sistema inmunitario. De esta manera, paraliza progresivamente el sistema antes de que éste haya tenido la posibilidad de organizar sus defensas. Ataca además a otra variedad de glóbulos blancos, los macrófagos, responsables de la fagocitosis.

El VIH se incorpora al genoma del linfocito T4 insertando su código genético compuesto por ARN en el ADN de los linfocitos T4. Como ADN y ARN son



incompatibles, el virus transforma su código ARN en un código ADN, gracias a la encima llamada transcriptasa inversa.

Cuando el VIH ha implantado su código genético en el de los linfocitos T4, se multiplica a expensas de estos linfocitos y, finalmente, los destruye. De esta forma el sistema inmunitario se ve progresivamente comprometido. La infección por VIH es una infección transmisible, pero solamente por medios bien identificados: la sangre y las secreciones sexuales.

## **2.7 Condiciones de transmisión**

El VIH es frágil, sobrevive muy mal y muy poco tiempo fuera de un organismo. Es un virus muy sensible al calor (no soporta más de 60° C). Por este motivo, para infectar el organismo, el virus debe penetrar en su interior y entrar en contacto con la sangre del individuo expuesto.



Por debajo de ese umbral, el organismo consigue librarse del virus y le impide instalarse en él.

- El virus se ha encontrado principalmente en la sangre, el esperma, flujo vaginal, leche materna y otras secreciones sexuales de las personas infectadas. También se ha encontrado en otros fluidos corporales, aunque no supera el umbral necesario para la infección. <sup>19</sup>

## **2.8 Modos de transmisión**

- Transmisión sexual (vía sexual).
- Uso compartido de agujas, de jeringuillas y de instrumentos contaminados.
- Transfusión sanguínea e







## **2.9 Control infeccioso en odontología**

En años recientes se ha desarrollado una gran preocupación por parte del gremio dental y sus pacientes por la prevención de enfermedades infecto contagiosas, en vista de la gran difusión que ha tenido en los medios informativos la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La posibilidad infecciosa a través de saliva, fluido gingival y sangre hace que tanto el odontólogo como sus pacientes presentes o futuros, consideren al consultorio dental como un lugar en el que potencialmente pudieran estar expuestos a contagios.

Sin embargo no deben ser situaciones extremas como el SIDA, las que obliguen al odontólogo a tratar de establecer un programa de control infeccioso en su propio consultorio. La principal razón debería ser el hecho de que está proporcionando servicios de salud, y éstos deben ofrecerse bajo condiciones higiénicas adecuadas. Sin soslayarla responsabilidad y riesgo que tiene el atender pacientes con SIDA, éstos representan cuantitativamente un riesgo bajo; la mayoría de ellos cuando su enfermedad ha sido declarada o cursan estadios avanzados, son atendidos en centros especializados.<sup>20</sup>



El control de riesgos de infección postoperatoria facilitaría la curación subsecuente a procedimientos quirúrgicos. Finalmente, los procedimientos para el control infeccioso, deben ser eficientes para el control del SIDA y de enfermedades de alto potencial infeccioso, ya que éstos deben estructurarse como procedimientos universales de prevención y control infeccioso.

La imagen profesional es otra razón muy importante para establecer programas de prevención contra la infección cruzada, ya que el consumidor de servicios dentales lo demanda y supervisa cada día con mayor frecuencia. El establecimiento de procedimientos de control infeccioso, además de ser una obligación legal y moral, se convertirá muy corto plazo, en un criterio de selección de servicios profesionales.

El control de la infección cruzada (diseminación infecciosa o contaminante de una fuente -animada o no- a otra, para contaminarla o infectarla), evitar ser contagiado o ser contagiante. Los contagios no sólo se dan del contacto directo con una persona con infección aguda (saliva, sangre, partículas del aire), es también posible que ocurra a través de vehículos como mobiliario, aditamentos e instrumental dental, ropa, piel, instalaciones físicas, aire, drenaje, sistema hidráulico, etc.<sup>20</sup>

## **2.10 Procedimientos dentales que pueden causar contaminación ó infección**

Son múltiples, estas son algunas tareas y procedimientos en donde ocurre exposición ocupacional infecciosa directa.

- Examen bucal
- Toma de registros
- Colocar y remover retractores de mejillas



- Fotografía intraoral. Colocar y remover separadores y espejos para fotografía
- Colocar y remover cucharillas para impresión
- Instrucción higiénica
- Colocar, fijar o remover rollos de algodón o gasa. Dique de hule.
- Colocar, ajustar o remover: aparatología removible, aparatología fija, guardas oclusales, mordidas en cera, brackets y alambres.
- Colocación de amalgamas, resinas, carillas
- Cementación/adhesión de resinas, coronas y puentes
- Ajuste oclusal
- Utilización de piezas de mano para cualquier uso
- Limpiar reas operatorias expuestas
- Eliminación de elementos punzo- cortantes
- Manejo de batas, filipinas, campos, toallas, desperdicios
- Colocar y remover aditamentos radiográficos
- Separación dental: colocación y remoción de alambre
- Cualquier procedimiento que ponga en contacto con fluido gingival, saliva o sangre

Por otro lado, particularmente en México, el SIDA sigue patrones distintos a otras regiones del planeta; pues mientras en algunas reas se presentan como grupos de riesgo los drogadictos que usan la vía venosa, los pacientes que reciben transfusiones (por razones como complicaciones quirúrgicas, alteraciones sanguíneas o accidentes) y los grupos homosexuales; en México el SIDA se presenta en mujeres y descendencia de varones promiscuos.<sup>21</sup>

No se requiere una práctica quirúrgica para estar expuesto a elementos infecciosos. Los vectores contaminantes de cualquier práctica dental son



varios: sangre, saliva, fluido gingival, spray producido intraoralmente, piel. Se causa muchas veces sangrados al manipular o atender a los tejidos blandos.

No todos los problemas que en odontología se causan son reconocidos por el paciente o el profesional como originados en el consultorio dental. Particularmente los problemas infecciosos pueden tener periodos de incubación largos y su origen no ser identificable. En una consulta donde existan contaminantes, el personal profesional y auxiliar pudieran crear resistencia microbiana, sin embargo el no ser susceptible, no exenta de la posibilidad y responsabilidad de ser un vector contaminante o infeccioso; el profesional, su personal auxiliar y su consultorio pueden ser fuentes contaminantes.

### **2.11 Objetivos de un programa de control infeccioso**

Los objetivos más evidentes de un programa de control infeccioso pudieran ser los siguientes:

- Brindar una práctica dental segura a pacientes y personal
- Evitar la diseminación, encubrimiento y preservación de enfermedades infecciosas dentro del consultorio dental
- Disminuir los riesgos de contaminación e insemínación de agentes infecciosos
- Cumplir con requisitos morales y legales del ejercicio profesional; y con leyes y reglamentos nacionales e internacionales

### **2.12 Estrategias profesionales odontológicas**

- Todos los pacientes deben ser atendidos como si fueran infecciosos.
- Todos los pacientes y el personal pueden adquirir enfermedades infecciosas en el consultorio dental.



- Los patógenos a controlar, más que aquellos que representan enfermedades severas, deben ser los de contacto cotidiano, como los patógenos y comensales bucales, así como, los contaminantes exteriores traídos por persona, agua y/o aire.
- Prevenga, no cure.
- Prevenga, no enfrente las consecuencias.
- No desinfecte cuando pueda esterilizar.
- No limpie cuando pueda desinfectar.
- Desinfecte, limpie, esterilice.
- Introduzca en su práctica el mayor volumen de material desechable.
- Introduzca el mayor volumen de técnicas de barrera<sup>22</sup>

### **2.13 Protocolo para manejo de pacientes infectocontagiosos**

Para pacientes sospechosos que requieren atención inmediata, en quien no ha sido posible esclarecer su condición real. Para pacientes contagiosos con diagnóstico confirmado por historia clínica e ínter consulta médica, examen físico y/o pruebas de laboratorio.

### **2.14 Medidas antes de la intervención dental**

1. Es preferible estar inmunizado y utilizar ropa de tipo quirúrgico desechable
2. Elegir horario de poca actividad en su consultorio.
3. Restringir el área de acción preparando todo lo que se vaya a necesitar para el acto operatorio: a) instrumental, material y equipo, b) elementos para limpieza, desinfección y barrera.
4. Extremar las técnicas de barrera en: a) paciente, b) operadores, c) área operatoria, incluyendo: pisos, sillón, mangueras, lámpara, unidad dental.



5. Realizar el mayor número de procedimientos posibles. Restringir al menor número posible las citas de tratamiento.
6. Usar succión quirúrgica y dique de hule
7. Mantener gasas y toallas húmedas con desinfectante, para la limpieza y eliminación de instrumental y materiales.
8. Evitar punciones y daño tisular. En tal caso desinfectar y/o aplicar suero.

### **2.15 Medidas después de la intervención dental**

- 1.- Colocar en una bolsa identificable (doble bolsa) todo el material desechable. Usar un contenedor rígido para desechar instrumentos punzo cortantes.
- 2.- Entregar dicha bolsa a algún hospital de la localidad para su incineración, previo convenio. Esterilizar el contenedor rígido en autoclave preferentemente; posteriormente, disponga de él en la forma acostumbrada.
- 3.- Sumergir el instrumental en desinfectante concentrado (preferentemente cloro o en su defecto glutaraldehído). Posterior al tiempo suficiente de desinfección: limpie y esterilice.
- 4.- Desinfecte el área operatoria: piso y mobiliario.
- 5.- Las manos deben seguir protegidas por guantes preferentemente nuevos para la ejecución de los actos anteriores. Finalmente desinfecte sus manos (jabón en base a clorhexidina).

### **2.16 Manifestaciones después del contacto inicial**

Después del contacto inicial con VIH, hay un retraso de 2 a 6 semanas antes de que los anticuerpos al virus sean detectables en la sangre. La mayoría de los pacientes desconocen su estado durante este tiempo. Algunos pacientes experimentarán un periodo inicial evidente de letargía, elevación leve de la



temperatura, cefalea, artralgias, mialgias, tos crónica y, a veces, erupción cutánea. Estos síntomas son análogos a los del resfriado gripal o a una forma leve de mononucleosis infecciosa. Esto suele ir seguido por un periodo de latencia que puede durar 6 meses en lactantes y uno o más años en adultos. Durante este periodo algunos pacientes no tienen más síntomas que los del desarrollo gradual de una linfadenopatía.

A lo largo de los 3 a 5 años siguientes, aparecen gradualmente algunos o todos los siguientes síntomas insidiosos de PRE-SIDA:

- Sudores nocturnos/malestar/fiebre.
- Pérdida de peso.
- Pérdida de memoria/demencia leve.
- Infecciones crónicas
- Linfadenopatía generalizada.
- Diarrea

## **2.17 Manifestaciones bucales**

Las manifestaciones orales en los pacientes infectados por el VIH son múltiples y variadas y a veces constituyen el primer síntoma de que los pacientes albergan el virus. Las lesiones que se desarrollan se deben a un sistema de vigilancia inmunológica insuficiente y corresponden a infecciones oportunistas o neoplasias.

Las principales manifestaciones son: caries, cálculo dental, gingivitis, y graves problemas periodontales. Las patologías orales más frecuentes son: candidiasis, aftas, leucoplasia vellosa, y herpes simple. Entonces con estos datos nos podemos dar cuenta de la gran importancia que es esto, no podemos descartar la posibilidad de que llegue un paciente a nuestra consulta privada y ni siquiera sepa que es portador del virus.<sup>18</sup>



## Lesiones orales en pacientes VIH-positivos en estadio Clínico previo al SIDA

- Leucoplasia “vellosa”
- Candidiasis seudo membranosa aguda
- Gingivoestomatitis difusa por herpes simple
- Gingivitis/ periodontitis
- Úlceras agudas inespecíficas
- Lesiones difusas por varicela-zoster

### Manifestaciones Bucales

#### Lesiones orales comunes en pacientes con SIDA

Candidiasis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• intraoral</li> <li>• esofágica</li> </ul>	Gingivitis/periodontitis por VIH
Leucoplasia “vellosa”	Úlceras agudas inespecíficas
Gingivoestomatitis difusa por herpes simple	Úlceras crónicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cryptococcus neoformans</li> <li>• Histoplasma capsulatum</li> <li>• Citomegalovirus</li> <li>• Herpes simple</li> </ul>
Lesiones difusas por varicela-zoster	
Sarcoma de Kaposi	

### Trastornos orales raros en pacientes con SIDA

#### Trastornos orales raros hallados en pacientes con SIDA





Tuberculosis atípica
Coccidio micosis
Infección por molusco contagioso
Toxoplasmosis
Angiomatosis bacilar
Condiloma acuminado
Glándulas parótidas aumentadas de tamaño
Xerostomía
Carcinoma de células planas

### **2.18 Derecho a la salud.**

El ejercicio de la medicina ha generado siempre diversos y variados problemas, conflictos éticos en la práctica clínica cotidiana, lo cual importa que la decisión médica que se adopte sea a la vez y en su contexto propio, una decisión ética. Actualmente, estas cuestiones conflictivas se han acrecentado y tornado notoriamente más complejas, lo cual ha obligado a cambiar en rigor los procedimientos de toma de decisión en la práctica dental.

“el medico debe respetar el derecho autónomo del paciente a controlar su propia salud y a rechazar el tratamiento (incluso si de ello resulta la muerte), y a exigir el derecho a dar consentimiento informado; el paciente, por otro lado, debe respetar el derecho del médico como profesional a insistir sobre las normas deontológicas y a ejercer cierto grado de paternalismo justificado, siempre que el paciente no pueda asumir responsabilidades sobre sus propias decisiones relativas a la asistencia sanitaria”.<sup>23</sup>



## **2.19 Ética y moral en la relación odontólogo-paciente.**

El bienestar y el mejor interés del paciente deben ser prioridad para el odontólogo. Este debe tratar y curar cuando sea posible y además ayudar a los pacientes a sobrellevar la enfermedad, la invalidez y la muerte, en todas las circunstancias, el odontólogo debe ayudar a mantener la dignidad de la persona y respetar la individualidad de cada persona. La obligación del facultativo hacia el paciente permanece inalterable, aunque la relación odontólogo-paciente pueda ser afectada por el sistema de atención o el estado del paciente.

Cualquiera que sea la ambientación del tratamiento, al comienzo de una relación el odontólogo debe comprender todas las quejas, los sentimientos subyacentes expectativas del paciente. Después de ponerse de acuerdo sobre el problema que tienen que enfrentar, el odontólogo presenta una o varias posibilidades de acción. Si ambas partes se ponen de acuerdo. El paciente podría autorizar al medico a iniciar un curso de acción y el medico aceptar esta responsabilidad.

La relación tiene mutuas obligaciones. El odontólogo debe ser profesionalmente competente, actuar con responsabilidad y tratar al paciente con compasión, humanismo y respeto. El paciente debe atender y consentir el tratamiento y debe participar con responsabilidad en la atención. Aunque el medico merece una compensación justa por los servicios prestados, la profesionalidad y el sentido del deber hacia el paciente y la sociedad, deben tener prioridad sobre la preocupación por la compensación; la obligación primordial del odontólogo es para con el paciente. El odontólogo debe ser flexible y abierto a las preocupaciones de paciente. Hay ocasiones en que las creencias religiosas, culturales u otras del paciente indican decisiones que van en contra del consejo medico. El odontólogo esta obligado a tratar de entender claramente las creencias y puntos de vista de su paciente. Luego



de tratar seriamente de resolver las diferencias, si el odontólogo no puede seguir los deseos del paciente, debe retirarse y ceder el cuidado del paciente a otro colega.

Aquí tenemos presentado en sociedad lo que podríamos denominar el ideal del médico: para ser un “buen médico”, este debe identificarse a la imagen ideal que se prescribe desde estas prioridades y objetivos, debe respetar estos principios, promover estas actitudes, dejar de lado otros intereses, aceptar estas obligaciones, comprender, acordar y responsabilizarse. Apela el sentido del deber y a la comprensión de los deseos del paciente, dentro de los límites de una escala de valores personales, de Standard científicos y principios legales.

El odontólogo contaría entonces con este parámetro para medir su ética, de acuerdo a la mayor o menor proximidad de la percepción de la realidad de su práctica, respecto al ideal que prescribe.

Estamos evidentemente en el terreno de los ideales, la imagen, la identificación, la ideología. Es importante regular nuestra práctica médica y darnos cuenta de la posición que más conviene a nuestra ética.<sup>23, 24</sup>



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

Si bien es cierto que lo que ha sido catalogado la epidemia del siglo continúa su progresivo avance en el mundo, a pesar de los esfuerzos de muchas [organizaciones](#) en reducir la incidencia del VIH/SIDA en la población sexualmente activa, en especial, los adolescentes y jóvenes quienes son los más propensos de contraer este mal como consecuencia de prácticas sexuales donde prevalece la promiscuidad e inestabilidad en dichas relaciones también lo es que el desconocimiento de algunos aspectos sobre el manejo del paciente con VIH o con SIDA es un serio limitante para que estos pacientes puedan rehabilitarse y conservar la salud buco dental.

La actitud que muestra el odontólogo hacia pacientes VIH, no es del todo conocida ya que son pocos los estudios que revelan los motivos que tiene el profesional para rehabilitar a estos pacientes por lo tanto es vital conocer en una muestra de profesionales ¿Cuáles son los motivos que perfilan la actitud que tienen al manejo del paciente con VIH o SIDA?

Determinando los motivos actuales, se puede establecer un programa que se enfoque en poner más atención en las deficiencias, para poder brindar una mejor atención odontológica y se pueda aportar a las nuevas generaciones de estudiantes.



## 4. JUSTIFICACIÓN

Realizar un estudio como el presente permitirá conocer algunas de las razones por las cuales los profesionales en odontología si o no atenderían pacientes en práctica privada con VIH SIDA, y cuales son los motivos; así mismo contar con información realizada en una institución confiable y actual como es la FO-UNAM, para promover a partir de información impresa, la atención de estos pacientes entre los estudiantes y profesionales del gremio odontológico.



Fuente: <http://www.udp.cl/comunicados/reportajes/0507/clinica4.jpg>





## 5. OBJETIVOS

---

### 5.1 Objetivo general

- Determinar la actitud de odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA y el conocimiento que tienen sobre este aspecto

### 5.2 Objetivos específicos

- Determinar que grado de conocimientos poseen los profesionistas de la salud bucal sobre cuidados en el paciente y barreras de protección por especialidad y género.
- Determinar que proporción de los encuestados utiliza correctamente sus conocimientos sobre barreras de protección e información actualizada sobre VIH/SIDA
- Determinar el nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA según edad y género.
- Determinar el nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA según años de ejercicio.
- Determinar el nivel de conocimiento según riesgo de morir por VIH, aislamiento de las personas con SIDA y medidas de esterilización.
- Determinar la actitud de los odontólogos hacia el paciente portador según existencia de consultas especiales, atención a personas VIH/SIDA y reglamentación de la prueba para VIH.



## 6. METODOLOGÍA

---

### 6.1 Material y método

Estudio se realizó con la participación de 50 cirujanos dentistas y profesores que imparten clases en la facultad de odontología de la UNAM, mediante un cuestionario de auto aplicación, formulando las preguntas confidencial y estratégicamente para obtener la mayor cantidad de respuestas veraces.

El cuestionario se aplico a los profesionales que quisieron contestar y se les explico que la información se manejaría de forma anónima por lo que no se les requirió su nombre, el cuestionario contiene información socio demográfica como edad, sexo, años de ejercicio profesional y de graduado, si se cuenta con especialidad y cual. El formato de encuesta también recabó información sobre la actitud del odontólogo frente al paciente con VIH en el consultorio.





La información obtenida se capturo en una base de datos utilizando el programa Excel y los resultados se presentan en términos de distribución porcentual promedios y para los resultados que se generen a partir del análisis del la escala de likert, se utilizara la metodología propuesta por el autor, en donde teniendo en cuenta que las respuestas tienen una calificación diferente cuando son certeras o cuando son equivocadas asignándosele el valor de 3 a la respuesta correcta y el valor de 1 a la respuesta incorrecta debido a que solo se consideraron tres opciones de respuesta para este de estudio.

Las opciones ofrecidas al encuestado fueron de acuerdo, ni acuerdo, ni en desacuerdo. Es una escala para medir las actitudes y consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos.







Para obtener las puntuaciones de la escala de Likert, se suman los valores obtenidos respecto de cada frase.

## 6.2 Tipo de estudio

Transversal.

## 6.3 Población de estudio

Odontólogos de práctica privada e institucional, turno matutino y vespertino.



<http://images1.justlanded.com/es/jobs/Trabajo/Odontologo-UNAM-1-30150>



## 6.4 Muestra

Profesores y alumnos de Posgrado de la Facultad de odontología en la UNAM turno



matu

*Fuente: Directa*



## 6.5 Crterios de inclusión

- Cirujanos Dentistas con mínimo 2 años de experiencia.
- Odontólogos de práctica privada e institucional.
- Tener práctica privada.
- Trabajar Odontología Integral
- Profesionales de ambos sexos que deseen contestar
- Tengan o no especialidad.

## 6.6 Crterios de exclusión

- Formatos de encuesta que estén contestados deficientemente.

## 6.7 Variables de estudio

- Edad



- Género
- Actitud
- Años en la práctica odontológica
- Pacientes atendidos con VIH desde que termino la licenciatura hasta este momento.
- Como ha sido la preparación profesional de los odontólogos.

### 6.8 Variable independiente

- Escala de likert
- Conocimiento sobre VIH y SIDA

### 6.9 Variable dependiente

- Actitud y práctica

### 6.10 Variables (definición conceptual)

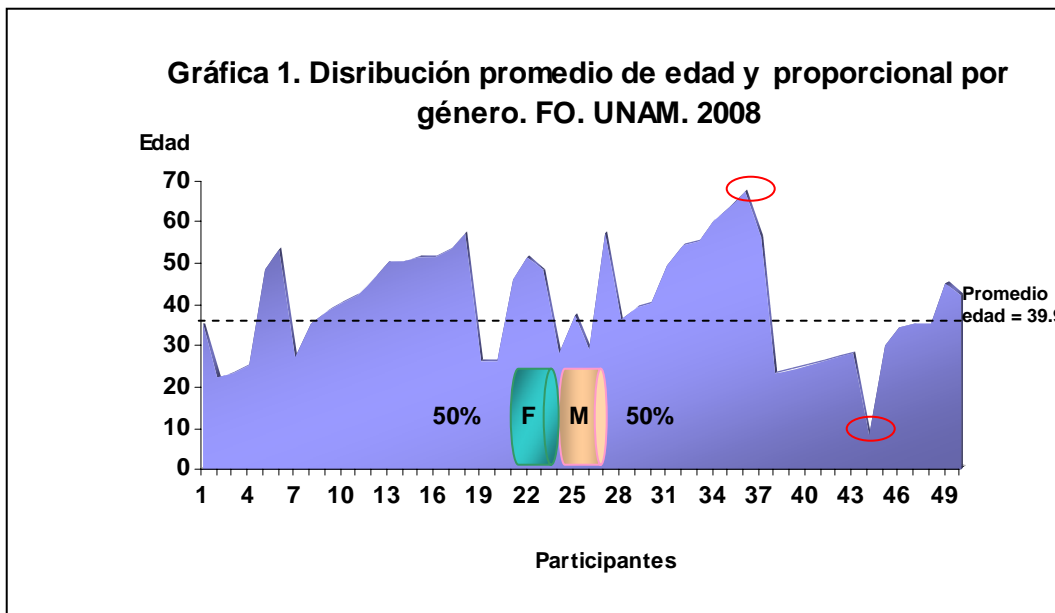
Años de graduado.		Se determinara en función a los años que el encuestado refiera teniendo en cuenta la fecha de su examen profesional
Años de ejercicio profesional		Se determinara en función a los años de ejercicio profesional sin importar la fecha de su examen profesional



## 7. RESULTADOS

Del total de participantes, el 50% correspondió al sexo masculino y el 50% al femenino y de éstos, el 58% cuenta con alguna especialidad y el 42% con formación de Cirujano Dentista solamente.

El promedio de edad fue de 39.9 años con una edad mínima de 23 años y una máxima de 67. (Gráfica 1) el promedio de años de graduado y de ejercicio profesional fue de 15 años 6 meses respectivamente.



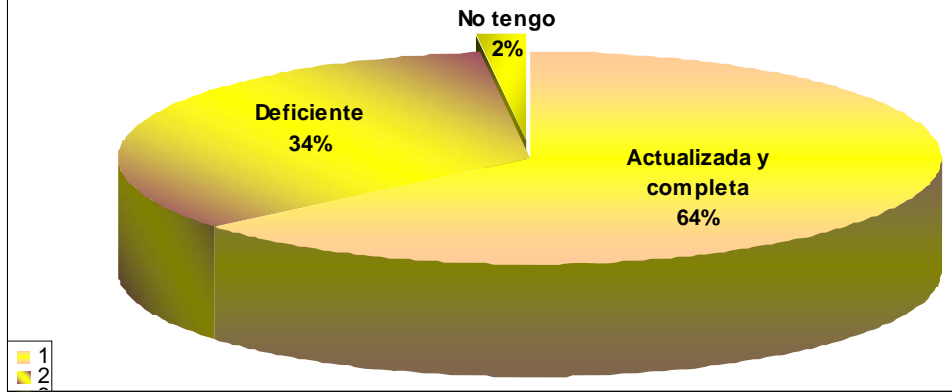
ayuda y propósito

### Información epidemiológica, clínica y de diagnóstico

A pesar que son profesionales de la salud se observó que el 34% de los odontólogos tiene información deficiente al respecto, esto es un factor de gran peso ya que los profesionales de la salud tenemos un gran compromiso en evitar infecciones cruzadas, aún más severo es el panorama si tenemos en cuenta el tiempo promedio de ejercicio profesional. (Gráfica 2)



**Gráfica 2. Distribución porcentual sobre la percepción de información que sobre VIH tienen los encuestados. FO. UNAM. 2008**



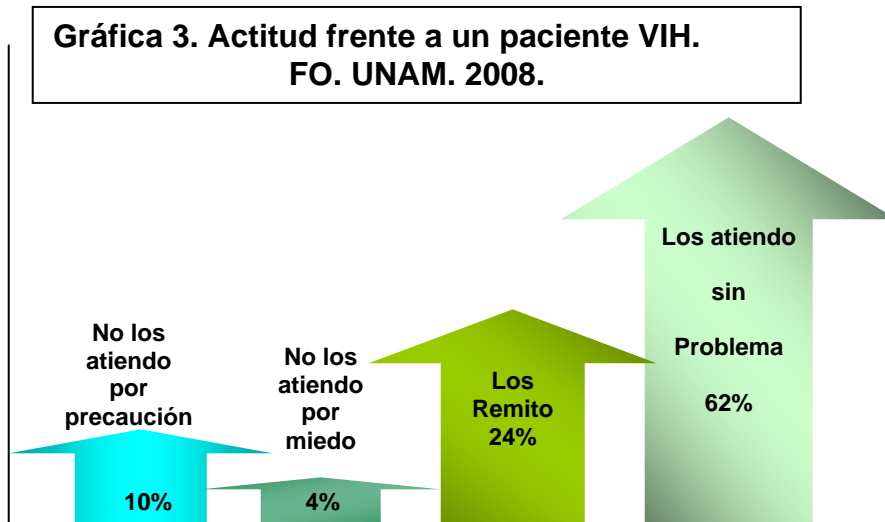
## Actitud

Es alentador que más de la mitad de los profesionales (62%) mencione que no tiene problema en atenderlos.

El 42% remiten a los pacientes y en este sentido, se comportan de manera ética ya que si no les es posible su atención por las características del consultorio o por



aceptar que tienen limitantes de diagnóstico es esperada la remisión de los pacientes. (Gráfica 3)

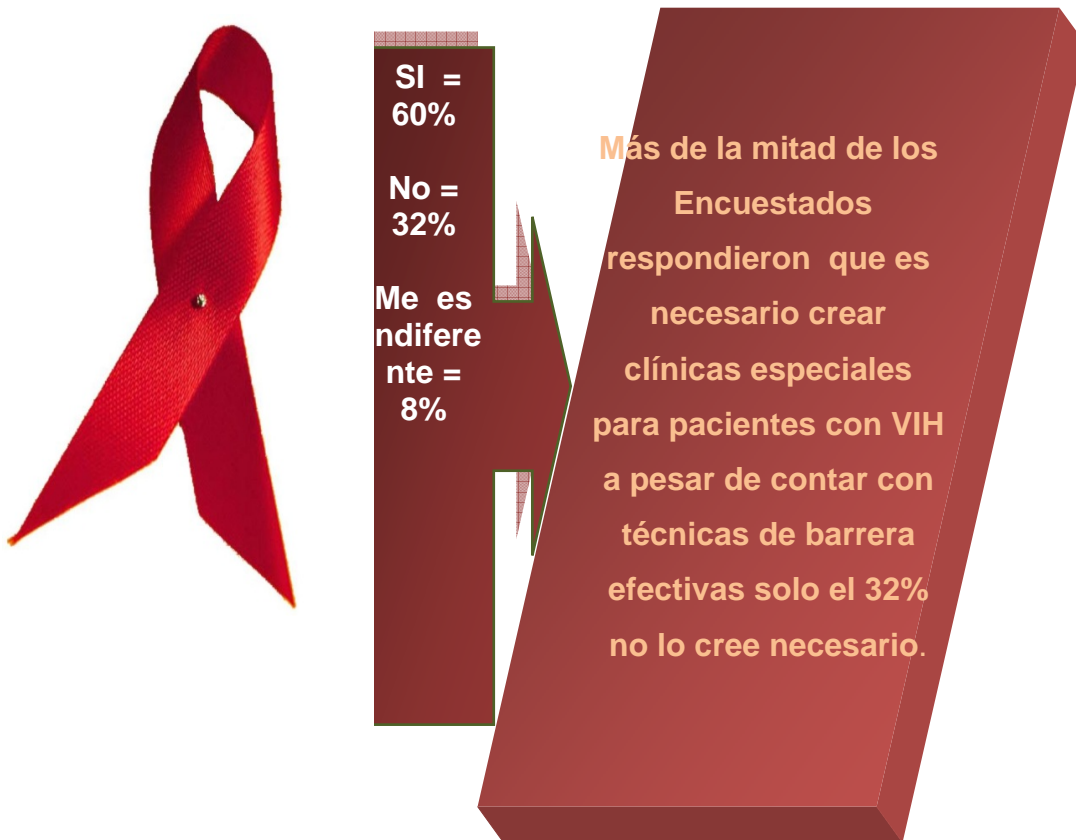


### Centros de atención

Es evidente que entre los profesionales existe la inquietud de que existan clínicas dentales especiales para atender pacientes VIH (60%), es una minoría a los que les es indiferente este hecho. (Gráfica 4)



**Gráfica 4. Clínicas especiales para pacientes VIH. FO. UNAM. 2008.**



### Prácticas de atención dental

**Cuadro 1. Prácticas de atención dental.**

**FO. UNAM. 2008**

**Cuidados especiales de mayor**

Era de esperarse que el total de los respondientes mencionaran que utilizan técnicas de barrera personal, aislado de la unidad





<b>relevancia en su práctica privada</b>	
<b>Técnicas de barrera personal</b>	<b>76%</b>
<b>Esterilización y aislamiento de unidad</b>	<b>90%</b>
<b>Tipo de cuidados especiales que los encuestados manejan ante estos casos</b>	
<b>Aisló la unidad y los aditamentos de la misma</b>	<b>74%</b>
<b>Uso técnicas de barrera personal</b>	<b>76%</b>
<b>Esterilizo el material</b>	<b>100%</b>
<b>Uso uno especial para estos pacientes</b>	<b>8%</b>
<b>El material e instrumental que ocupo con estos pacientes es exclusivo para estos casos</b>	<b>48%</b>



Fuente: <http://www.odontoflores.com/images/bio2.gif>



## Cuidados al paciente VIH y atención personalizada



Respecto a los cuidados al paciente VIH la mitad respondió que si existe diferencia en los cuidados a este tipo de pacientes entre la práctica privada. Es de llamar la atención que el 22% de los odontólogos mencionan que no hay diferencias y pública, la mitad también respondió que ha atendido a este tipo de pacientes y que utilizan una historia clínica diferente.

**Cuidados al paciente personalizada.**  
**2008.**

**Diferencia sobre atención en la práctica pública**

52%

22%

26%

**Atendido a un paciente con VIH**

58%

42%

**Historia Clínica utilizada para pacientes con VIH**

50%

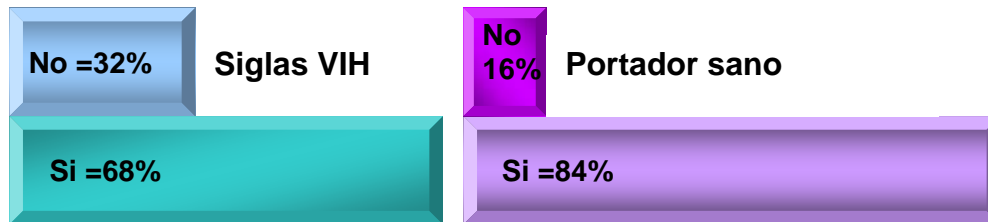
50%





## Conocimiento sobre las siglas VIH y el concepto de portador sano.

**Gráfica 5. Conocimientos acerca del significado de las siglas VIH y del concepto portador sano. FO. UNAM. 2008**



Siendo profesionales de la salud lo esperado es que todos conocieran el significado de las siglas VIH y aun el 32% mencionó no conocerlo. De igual forma sucede con el concepto de portador sano, el 16% desconoce el concepto.

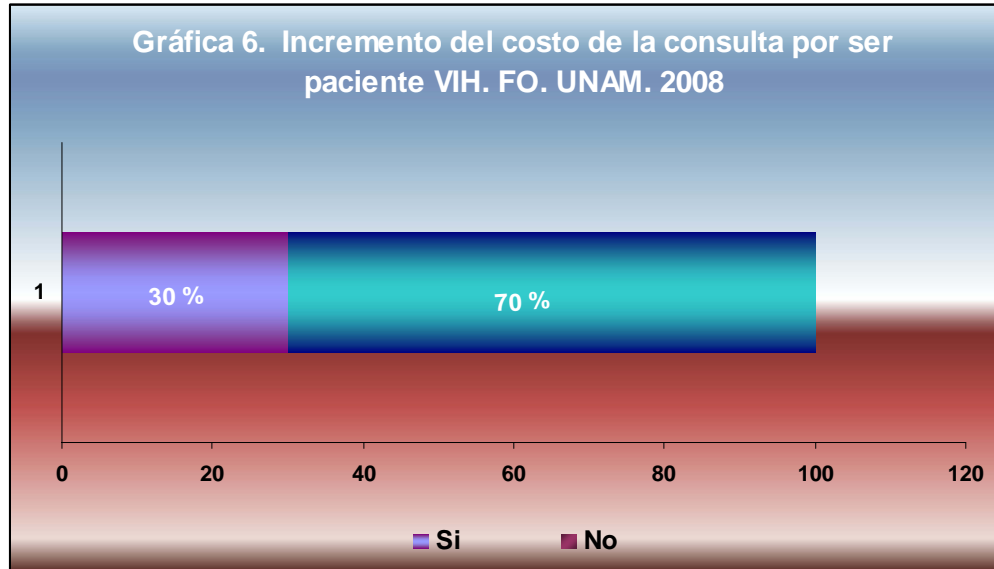
Teniendo en cuenta que se habla de una práctica profesional riesgosa el atender pacientes con VIH, el 70% reconoció que incrementaría el costo de la atención. (Gráfica 6)



Fuente: <http://www.dnicostarica.org/wordpress/wp-content/uploads/images/port8.gif>



## Incremento del costo de la consulta por ser paciente



El número de pacientes atendidos varía entre los profesionales que reconocen haber atendido a pacientes con VIH, la mayor proporción correspondió a los que han atendido entre 2 y 4 pacientes, el 2% no contestó. (Gráfica 7)

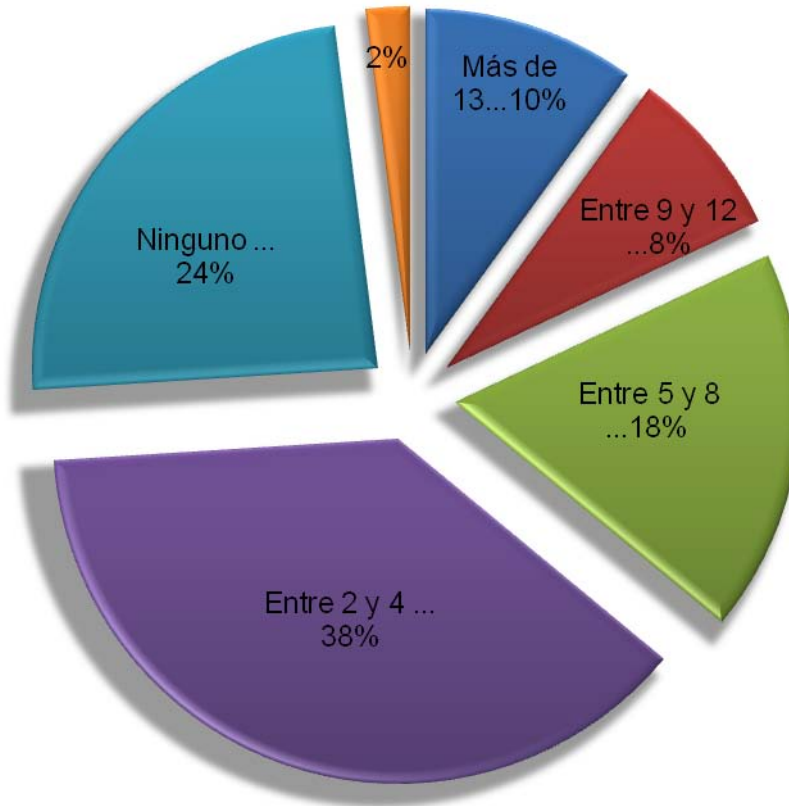


Fuente: [http://www.profinvih.org/img\\_art/enfermos\\_vih.jpg](http://www.profinvih.org/img_art/enfermos_vih.jpg)



## Numero prevalente de pacientes con VIH que han sido atendidos por cirujanos dentistas.

Gráfica 7. Número de pacientes VIH atendidos. FO. UNAM



Fuente: <http://i.esmas.com/image/0/000/005/872/derechos-enfermos-NTnva.jpg>



## 8. CONCLUSIONES

---

1. Los resultados demostraron que todavía hay profesionales que teniendo 15 años en promedio de práctica profesional no conocen el significado de las siglas VIH, ni de ser portador de VIH, eso tal vez no parece importante, pero en realidad si lo es, hay que actualizarse en los temas y enfermedades que prevalecen en nuestros tiempos, sobretodo de mayor incidencia como lo es el SIDA, o también puede ser que sientan que no es necesario reiterar algo que es obvio.
2. Dentro de las medidas y técnicas preventivas en el consultorio vemos que la mayoría realiza aislado de unidad y técnicas de barrera personal, pero sería muy bueno poner énfasis mayor sobre como emplear esas técnicas, ya que llevándolas a cabo correcta y eficientemente, funcionan bien.
3. Existe entre el gremio odontológico la inquietud de que esto implica una práctica profesional riesgosa y por lo tanto si incrementarían el costo en la atención en pacientes con VIH.
4. Además del incremento en la atención dental, es muy importante para la población de estudio referida, la importancia de que existan clínicas odontológicas especializadas para atender a personas con VIH. Ya que según esto reduciría el riesgo de contagio.



## 10. BIBLIOGRAFÍA

---

- 1.- Ludovico Geymonat. "Historia de la Filosofía y de la Ciencia. 2ª Edición en español, 2006.
- 2.-Esquivel PL, Fernández CL, Magis RC. Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica odontológica .Revista ADM 2000; 57 (6): 214-217
- 3.- Biblia edición Reina Valera y Casiodoro.
- 4.- Schopenhauer A: El mundo como voluntad y representación, 5ª edición, México, Editorial Porrúa, 1988.
- 5.- Xirau R: Introducción a la Historia de la Filosofía, 13ª edición, México D.F. Editorial UNAM, 1987
- 6.- Aldrete JA: Tratado de Algiología, 5ª edición, México D.F. Editorial Ciencia y Cultura Latinoamérica, 1999
- 7.- Dávila, M E, Gil M. Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA. Venezuela 1998 vol 45 n. 2
- 8.- Magis C, Esquivel L, Fernández L. Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica odontológica. Revolución de México de ADM 2000; vol 57 (6):214-217)
9. - Esquivel L; Rodríguez C. Refusal towards HIV-patients among Mexican dentists of the National Health Ministry. Conf AIDS. Jul 9-14; n.13 2000
- 10.- Reznik D, O'Daniels C. Manifestaciones Orales del SIDA/VIH 2005
- 11.- Prieto B, S. Actitud de los profesionales de la salud hacia los pacientes con SIDA. MED-ULA. Universidad de Los Andes. vol 5 (14).1999



- 12.- Bösum, K.M, Gjermo P.E. Relationship between Knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS. European Journal of Dental Education, vol. 8, n.3, August 2004, pp. 105-110(6)
- 13.- Herrera y otros. Plan Instruccional de **Enfermería** en el Área preventiva Sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Dirigido a Estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional. Colegio Universitario de los Teques Cecilio Acosta, Extensión San Carlos. 1999
- 14.- Instituto Nacional de Higiene. Causas por Infección de VIH/SIDA en pacientes que asistieron a los principales Centro Asistenciales de la ciudad de Caracas durante el año 2002. Departamento de **microbiología** y Micosis profundas.
- 15.- **Bolívar** AG, Gutiérrez CL. Navarro AL silva. Universidad nacional experimental "Rómulo Gallegos". Facultad de ciencias de la salud. Escuela de enfermería, Agosto de 2004
- 16.- Asociación Médica Mundial, OMS, "Declaración sobre los derechos humanos del paciente", [www.vcl.servicom.es](http://www.vcl.servicom.es)
- 17.- Fernández, "El año 2003 presentó cifras sin precedentes de recientes infecciones". Día Mundial del SIDA. El Universal. 2003
- 18.- Sapp JP, Eversole LR, Wysocky GP. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Ed Harcourt Brace, 1era ed, 1998.
- 19.- Comisión asesora de la comisión nacional de coordinación y seguimiento de programas de prevención de SIDA. Recomendaciones relativas a los profesionales sanitarios portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida, ministerio de Sanidad y consumo 2000.
20. - A.D.A. Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. Supplement. JADA. 1992.





21.- Hernández-Baqueiro A. Características y contribuciones de las organizaciones civiles del VIH/SIDA en la ciudad de México. Perfiles latinoamericanos (30: 39-78) julio - diciembre 2007

22.- Castellanos JL. Toma de decisiones y manejo de pacientes con antecedentes personales patológicos en la práctica bucodental. 1988; 9(6):26-40.

23.- Charlesworth: La bioética en una sociedad liberal, Cambridge University Press, Gran Bretaña, 1996, p. 147

24.- PROVEA (2003): "Derecho a la Salud. Informe Anual n. 14"



## ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



### CUESTIONARIO SOBRE ACTITUD DEL ODONTÓLOGO FRENTE AL PACIENTE CON VIH.

EDAD   SEXO  M  F AÑOS DE GRADUADO

AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL

Especialidad  No  Si  ¿Cuál?

**¿Como considera la información con la que cuenta sobre VIH?**

1) Actualizada y completa 2) Deficiente 3) No tengo mucha información

**¿Cual es la actitud que tiene frente a un paciente portador de VIH?**

1) No los atiendo por precaución 2) No los atiendo por miedo 3) Los remito 4) Los atiendo sin problema

**¿Cree que deben existir clínicas ó consultas especiales para pacientes con VIH?**

1) Si 2) No 3) Me es indiferente

**¿Qué cuidados especiales para usted son de mayor relevancia en su práctica privada?**

1) Técnicas de barrera personal 2) Esterilización del material y aislado de la unidad

**¿Considera, que hay gran diferencia sobre los cuidados y la atención en pacientes VIH en la práctica privada y en la práctica pública?**

1) Si 2) No 3) Desconozco

**¿Alguna vez ha atendido a un paciente con VIH?**  Si  No

**¿Sospecha haber atendido a un paciente con VIH sin haberse dado cuenta?** 1) Si 2) No

**¿Qué tipo de cuidados especiales maneja usted ante estos casos?**

1) Aíslo la unidad y los aditamentos de la misma 2) Uso técnicas de barrera personal    
3) Esterilizo el instrumental de una manera diferente   
4) El material e instrumental que ocupo con estos pacientes es exclusivo para estos casos.

**¿Utiliza una Historia Clínica diferente para pacientes de alto riesgo; en este caso con VIH?**

Si  No



¿Aproximadamente cuantos pacientes con VIH ha atendido?

1) Ninguno    2) Entre 2 y 4    3) Entre 5 y 8    4) Entre 9 y 12    5) Más de 13

¿Incrementaría para usted el pago por consulta si es un paciente de alto riesgo?  Si  No

¿Qué significan las siglas VIH?

¿Que significa ser un portador de VIH?

¿El riesgo de morir infectado por VIH es mayor a morir infectado por Hepatitis?

Si

No

**Escala de Likert.**

No es recomendable atender a un paciente con VIH en mi consulta particular

De acuerdo

Ni acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Utilizar solo una solución clorada y después esterilizar es suficiente, para la esterilización completa y total del instrumental

De acuerdo

Ni acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Es preferible mantener aislados a los pacientes con el retrovirus

De acuerdo

Ni acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Se debe utilizar el *cloro* como una más rápida y eficaz estrategia para esterilizar el material

De acuerdo

Ni acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo

Si atiendo pacientes con VIH o SIDA no se lo informo a mis otros pacientes

De acuerdo

Ni acuerdo ni en desacuerdo

En desacuerdo