



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES QUE CURSAN EL CUARTO AÑO DE
ODONTOLOGÍA, HACIA LOS PACIENTES CON VIH.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

MARIA DEL ROCIO ENRIQUEZ GARCIA

TUTORA: C.D. MARÍA DE LOS ÁNGELES SUSANA NAVA GUTIÉRREZ

MÉXICO, Cd. Mx.

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM, gracias por darme la oportunidad de estudiar, no solo me abriste las puertas para una licenciatura, me dejaste tener una carrera más, pude estudiar lo que yo más quería, por esa razón, te llevo en el corazón y así será siempre, todo lo que soy es gracias a ti y espero algún día retribuirte todo lo que hiciste por mí.

A la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Gracias querida facultad, tus excelentes profesores nos hacen profesionistas de calidad, nos brindas todas las herramientas para poder ejercer con toda libertad.

A cada uno de mis profesores, gracias por su apoyo y dedicación.

A Dios por todas las cosas que me has permitido hacer y por dejarme llegar a este momento.

A mi mamá Guadalupe

Te agradezco todos los sacrificios que haces por mí, por siempre estar ahí a mi lado, por alentar y ayudar, gracias por todo el esfuerzo que hiciste para que mi hermano y yo pudiéramos estudiar, espero retribuir todo lo que me has dado. Te quiero mucho.

A mi hermano Rodrigo

Por su apoyo como paciente, ayuda económica y comprensión, te quiero hermano.

A mis Abuelitos Guadalupe y Roberto

Porque en momentos difíciles siempre me ayudaron, los amo.

A mi tío Gerardo

Por su ayuda económica, comprensión y porque siempre me conseguía pacientes, te debo tanto, que espero algún día poder pagar algo de todo aquello que me diste.

A mi tutora la Dra. María de los Ángeles Susana Nava Gutiérrez, fue un placer conocerla, le agradezco por su apoyo, su paciencia y ayuda en este proyecto.

A mi amiga Manola

Por su ayuda, comprensión y apoyo incondicional, por estar en las malas y en la peores.

A ti, querida Dra. Alba

Gracias por el apoyo durante la carrera, por los consejos, los regaños, por siempre estar ahí, por no juzgar y alentar, por defenderme en lo indefendible. Te agradezco la ayuda en este trabajo, el leer y corregir, porque me daban las tres de la mañana y tú contestabas a las cuatro, sé que el tiempo no se le regala a nadie, aprecio mucho, el que tú me dieras un espacio para leer

A usted estimado Adrián

Por todo lo que me enseña no solo dentro de la cancha, sino también afuera de ella, por los consejos y correcciones, por alentar, apoyar y sobre todo por estar ahí siempre.

A ti estimado Miguel (Chinitos)

Fuiste una bella casualidad, eres extraordinariamente diferente y eso es lo que te admiro, me agrada tu manera particular de ver la vida.

A ti querido y estimado Dr. Luis R.A.

Gracias por el apoyo brindado académicamente, fue un gusto tenerlo como profesor, siempre ayudando y alentando a sus alumnos, lo admiro por su gran disposición para con nosotros sus alumnos, profesores como usted existen muy pocos, se le estima mucho.

A la Lic. Julieta Avendaño Díaz

Simplemente gracias.

A ti amiga Moni

Por tu ayuda, comprensión y archivos mandados.

ÍNDICE

1. Introducción-----	7
2. Antecedentes históricos-----	9
3. VIH/SIDA-----	14
3.1 Mecanismos de transmisión-----	17
3.2 Estadios de la infección-----	19
3.3 Métodos de diagnóstico -----	21
4. Manifestaciones Bucales -----	28
5. Manejo dental de pacientes con VIH-----	38
5.1. Barreras de protección para el personal sanitario-----	40
6. Responsabilidad ética del odontólogo con respecto al paciente con VIH-----	44
7. Definición De actitud-----	46
7.1. Actitud del odontólogo para la atención del paciente con VIH-----	47
8. Planteamiento del problema-----	48
9. Justificación -----	49

10. Objetivo General-----	50
11. Metodología -----	50
12. Variables-----	51
13. Resultados-----	51
14. Conclusiones-----	52
15. Referencias bibliográficas-----	54
16. Anexos-----	59

1. INTRODUCCIÓN

En los primeros años de la década de los ochenta, surge una enfermedad con una repercusión social muy significativa. A casi 35 años del descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como agente causal del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), millones de personas han fallecido y el número de personas que viven infectadas por el virus ha ido en aumento. La discriminación y el estigma han sido consideradas como un obstáculo importante para el manejo de la epidemia, debido principalmente, a que, desde su aparición, la infección se asociaba a grupos que compartían factores de riesgo, principalmente homosexuales, consumidores de drogas intravenosas y migrantes.

Desde el inicio de la enfermedad, los primeros estudios establecieron entidades bucales asociadas al virus, estas se clasifican en: bacterianas, micóticas, virales, y neoplásicas. Dependiendo del estado en que se encuentre el paciente, se manifestarán en boca y representarán un parámetro de identificación, para saber el estadio en que se encuentran.

El desarrollo de los retrovirales y la combinación de estos, dan como resultado, que la esperanza de vida de los pacientes diagnosticados con VIH sea mayor y esto se traduce en una mayor demanda de atención sanitaria. Debido a esto, como estudiantes, debemos contar con los conocimientos para poder brindar atención odontológica a los pacientes portadores de VIH, sin poner en riesgo su salud, ofreciendo confidencialidad y seguridad para los demás pacientes.

Hablar sobre este tema es polémico, ya que el SIDA se asocia a comportamientos reprobados por la moral.

No existe un tratamiento específico para tratar este virus. El uso de antirretrovirales y la combinación de los mismos controlan la sintomatología, pero no curan la enfermedad. Todavía no se descubre una vacuna que pueda protegernos contra este virus.

Es importante para el estudiante, identificar en qué estadio de la infección se encuentra el paciente, para determinar si es VIH o SIDA, a partir de ahí, poder dar un diagnóstico y establecer un manejo odontológico adecuado. Así como implementar en todos los pacientes, las medidas preventivas establecidas en el consultorio dental para evitar infecciones cruzadas. Debemos recordar que algunos pacientes no saben que tienen este virus, por lo tanto, su grado de infectividad es muy alto.

Lo que se espera con este trabajo es conocer la actitud y el nivel de conocimientos que tienen los alumnos de cuarto año con respecto a los pacientes con VIH, para saber si están capacitados para atender a estos pacientes, con responsabilidad y sin emitir juicios de valor.

Existe un bajo riesgo de contagio entre el paciente portador y el odontólogo, no obstante, los prejuicios y creencias son un factor determinante para el rechazo en la atención odontológica, se les prefiere remitir a hospitales, por no contar con un sistema de esterilización confiable y por falta de conocimientos sobre la enfermedad, aspectos que debemos erradicar, con conocimientos, pues partiendo de ahí, podremos dar una atención adecuada y justa a estos pacientes.

En el artículo 4 constitucional, la legislación de nuestro país garantiza el derecho a la salud, no importando si se tiene VIH o SIDA, si nos negamos a darles atención, transgredimos los derechos humanos y podemos enfrentar

demandas, pues estaremos discriminando y nuestro país no permite este acto violatorio de derechos humanos.

Los pacientes portadores de esta enfermedad son discriminados y rechazados, por la sociedad en general, mienten sobre su estado de salud, para poder ser atendidos odontológicamente, provocando, que no se les de la atención con los cuidados y medidas necesarias, poniéndose en riesgo y poniendo en riesgo a los demás.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Se menciona en diferentes fuentes, que el origen del VIH fue en África en los años 70. A finales de este mismo año se descubre un nuevo cáncer, denominado Sarcoma de Kaposi, que afecta los vasos sanguíneos de la piel y se manifiesta en personas con ciertas características, que debían ser, blancos, judíos e italianos. Esto llevo a que se publicaran los primeros informes sobre la aparición de un nuevo síndrome.

En la época de 1960 y 1970 la revolución sexual llevo a una mayor aceptación de la homosexualidad, con la proliferación de lugares que propiciaban un mayor contacto entre personas como los saunas, aumentando el número de infectados.¹

De acuerdo con información proporcionada por El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), podemos destacar los siguientes datos:

En 1959- se da el primer caso de VIH, en una muestra de sangre congelada, proveniente del Congo.

1980- En una zona rural de Uganda, se informa sobre una enfermedad fatal, que ataca a los homosexuales, posteriormente se descubre que no solo ataca a este tipo de pacientes, ya que el virus no respeta nacionalidad ni fronteras.

1981- El periódico New York Time, da a conocer un artículo, donde se relata el diagnóstico del sarcoma de Kaposi y la relación que tiene con un nuevo virus contagioso y letal.

1982- En los Estados Unidos se establecen organizaciones para el SIDA, en apoyo a la comunidad homosexual, pues rápidamente se propaga la infección.

1983- Luc Montagnier identifica el SIDA, en el Instituto Pasteur de Francia. En este mismo año Robert Gallo nombra al HTLV III (Virus Linfotrópico de las Células T Humanas), a su vez Levy lo nombra Retrovirus Asociado con el SIDA (ARV).

1984- Científicos de Estados Unidos visitan Kinshasa (ahora República Democrática del Congo), deciden crear el Proyecto SIDA, aquí se da a conocer que este virus, puede afectar a cualquiera, que se transmite a través de transfusiones de sangre y sexualmente.

1986- El Comité de Taxonomía de Virus Diseases concluyó que los virus nombrados en 1983 como Virus Linfotrópico de las Células T Humanas y el Retrovirus Asociado con el SIDA (ARV). Se trataban del mismo virus (HIV por sus siglas en inglés) ó Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).

Por otro lado, en Uganda se promueve mensaje de (Cero Pastoreo) abstinencia y de no relaciones casuales, esto con el objetivo de disminuir los nuevos contagios.

1987- Reino Unido lanza campaña de concientización sobre SIDA, esta medida reduce el número de infecciones.

1987-Kenneth Kaunda, presidente de Zambia, hace un llamado internacional para tratar al SIDA como problema mundial, tras la muerte de su hijo por el virus.

1988- Por primera vez se celebra el primero de diciembre el Día Mundial de SIDA.

1991- Tailandia (Asia) lanza una campaña de uso de condón “sin condón sin sexo”.

1993- El AZT único medicamento para controlar la infección por el VIH, Brasil crea un genérico Big Pharma.

1993- El departamento de Salud Nacional de Sudáfrica informa, la infección por VIH, aumento un 60%.

1996- Se descubre la combinación de la terapia antirretroviral, esta puede mantener bajo control el virus.

1998- Se establece en Sudáfrica, la Campaña de Acción de Tratamiento, para tener mayor acceso a los tratamientos.

1999- La Organización Mundial de la Salud, da a conocer que el VIH, es la cuarta causa de muerte.

2001- Se reducen los precios de los antirretrovirales.

2002- ONUSIDA informa que 40 millones de personas viven con el virus.

2007- Disminuye el número de muertes relacionado con el virus, de 2 millones a 1.9 millones.

2009. El presidente Barack Obama, pone fin a la política de 22 años, que prohibía a los portadores del virus viajar a los Estados Unidos.

2010- Iniciativa de profilaxis preventiva a la exposición. Ensayo Aleatorio.

2011- Se aprueba un nuevo tratamiento, (COMPLERA) por parte de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos.

2015- La Organización Mundial de la Salud, recomienda que una persona infectada, debe iniciar con el tratamiento antirretroviral inmediatamente, después de saber su diagnóstico.

2017-ONUSIDA informa que más de la mitad de los enfermos son tratados.

2018- ONUSIDA reporta, que las personas con VIH son: 37,9 millones de personas, de las cuales: 36,2 millones son adultos y 1,7 millones niños (menores de 15 años).²

En México

Es interesante saber que este virus se asocia con los homosexuales, con estos pacientes se tuvo una carga moral, por el rechazo de la población, posteriormente se relacionó con drogadictos y con sexoservidoras, se trataba de una enfermedad nueva, desconocida, mortal y altamente contagiosa.

De acuerdo con el documento Guía para la atención estomatológica en pacientes con VIH, 2015, CENSIDA, Ya para 1983 se reportan los primeros casos de SIDA, no se sabe la fecha exacta pues se dice que desde 1981 ya existían pacientes con síntomas de VIH.

En 1986 se integra el Comité Nacional para la Prevención del sida (CONASIDA) como un grupo multidisciplinario para atender la problemática de la epidemia en México. Pues la enfermedad progresaba exponencialmente.

Se modifica la Ley General de Salud estableciendo como obligatoria la prueba de detección del VIH tipo 1 en toda la sangre que se use para transfusiones y hemoderivados, esto para prevenir la sangre contaminada.

La asociación CONASIDA, en 1988 adquiere su personalidad jurídica como Consejo Nacional. Se conforma como órgano desconcentrado de la Administración Pública Federal dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y como entidad rectora responsable del diseño e implementación de las políticas públicas para la prevención y el control del SIDA.

1989. Se crea el Consejo Estatal para la Prevención del sida (COESIDA), pues el gobierno determina que debe existir una dependencia en cada estado.

1997 2000. Se descentraliza (CONASIDA).

2001. Se crea el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y otras ITS (CENSIDA).

2003. Se crean los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS). El uso de preservativo nos protege de este virus.

2006. Se da apertura para la intervención de las sociedades civiles en contra de la prevención del VIH.

En México se crean diversas instituciones donde se puede dar atención a estos pacientes, para el gobierno es importante implementar las medidas de prevención y atención para garantizar que no se propiciaran nuevas infecciones.

La literatura nos reporta que en nuestro país, por ser de tercer mundo, el contagio de este virus se da por medio de la vía sexual, a diferencia de los países de primer mundo, donde el contagio se da por vía sanguínea.

3. VIH/SIDA

Todos los días, tenemos contacto con el VIH, pues los portadores de este virus conviven, trabajan, comen y viven entre nosotros, incluso los portadores pueden desconocer su estado de salud.

Cuando hablamos de este tema, pensamos que el VIH/SIDA, son sinónimos y no lo son, se trata de dos condiciones diferentes, esto es, en el momento en que el organismo ha estado expuesto al virus, se considera que el paciente es portador de VIH y cuando el virus ataca al organismo, impidiendo que el sistema inmunológico funcione eficazmente, dará origen a lo que es el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). En poco tiempo, este virus se convirtió, en un problema de salud mundial, pues es altamente contagioso y mortal.

La literatura reporta que el uso de la combinación de antirretrovirales, nos da la pauta para que esta enfermedad no pase a su fase más crítica que es el SIDA, una de las condiciones que se pueden dar para que el organismo se deteriore con mayor facilidad, es que se dé una reinfección, esto es, si el paciente portador de VIH se contagia nuevamente, esto dará como resultado un desgaste fuera de lo normal.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana, es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario, células T CD4 y los Macrófagos. Esta infección provoca un deterioro en el organismo, dando como resultado un sistema inmunosuprimido, esto es:

Su material genético está formado por un par de moléculas de ARN (Ácido Ribonucleico) y no de ADN (Ácido Desoxirribonucleico), adherido a estos se encuentra la enzima transcriptasa reversa, la causante de transformar el ARN en ADN viral, esta a su vez está envuelta en moléculas llamadas P24 y forman la nucleocápside.³

Tiene una envoltura externa, formada por tres capas, una proteína de bajo peso molecular la P18, la segunda, una capsula lipídica que es la que le da

labilidad y la tercera, una capa de proteínas la GP120, la cual identifica e infecta a las células huésped.³

Existen dos tipos de Inmunodeficiencia Humana, el VIH-1 y el VIH-2, los cuales son lentivirus con las siguientes características:

- 1) Largo periodo de incubación.
- 2) Complican el Sistema hematopoyético.
- 3) Afectan al SNC.
- 4) Poseen actividad citopática en cultivo celular.⁴

Se considera que el VIH-2 es menos patógeno que el VIH-1.

Por otro lado, el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), se basa en síntomas e infecciones asociados a la inmunosupresión, producto de la infección por el VIH. Como el sistema inmunológico de los pacientes está deprimido, los atacan enfermedades oportunistas, llamadas así porque en condiciones normales, no atacan al cuerpo humano.

Se desarrolla cuando el recuento de CD4 es menor de 200 células ul y o se presentan una o más de las siguientes patologías: Sarcoma de Kaposi, Linfoma de Hodking, Herpes Simple, Varicela, Candidiasis y Gingivitis.⁵

Es por esta razón que el diagnóstico y manejo temprano de la infección por VIH antes de llegar a la etapa del SIDA, es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

A partir del uso de los antirretrovirales el número de fallecimientos por SIDA han disminuido, considerablemente.

3.1 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Es importante para los estudiantes conocer los mecanismos de transmisión, para no ponerse en riesgo, protegerse y saber cómo actuar en caso de ser infectados.

Es indispensable para que se pueda llevar a cabo la transmisión, que las secreciones de una persona infectada puedan atravesar las barreras mucocutáneas de otra persona sana.

La relación sexual es considerada la forma más frecuente de transmisión. Las lesiones microscópicas que puedan producirse durante el contacto sexual, las erosiones, infecciones, inflamaciones en piel o mucosas, facilitan la entrada del VIH cuando entran en contacto las secreciones de personas infectadas. El riesgo de contagio es mayor si el número de compañeros sexuales aumenta o son diferentes.

Debe existir una fuente, esto es que, debe ser un fluido corporal que contenga el virus, como el semen, los fluidos vaginales o la leche materna.

No todas las secreciones y fluidos representan un riesgo, para la transmisión del VIH, pues en ellos el virus no se encuentra o está inactivo, como en el caso de la saliva, las lágrimas, la orina, el sudor y las heces.³

Para que ocurra el fenómeno de transmisión, es necesario que los tres factores se presenten en el mismo momento, fuente de infección, vía de entrada e inoculación.³

Cuando una persona con VIH se encuentra en tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable, el riesgo de transmisión existe, por lo que las prácticas sexuales deben ser protegidas.³

1) Por vía sanguínea:

Por medio de una transfusión de sangre contaminada o trasplante de órganos, si la sangre no es analizada por un laboratorio, se corre el riesgo de ser infectado. También el uso de agujas contaminadas.

Es importante destacar que en mayo de 1986 en México se establece como obligatorio, la aplicación de la prueba de VIH, en todos los paquetes de sangre para transfusiones, esta medida se extendió a los donadores de órganos.³

2) Por vía perinatal:

Por sangre o secreciones en el canal del parto, a través de la leche materna si la madre es portadora del VIH.

Uno de los principales riesgos en la práctica odontológica es la punción con aguja o con un instrumento, cuando esto sucede, debemos:

Dejar sangrar la herida durante 30 segundos y lavar con abundante agua y solución salina y jabón, no se debe utilizar hipoclorito ya que esto produce excoiación

Este procedimiento es recomendable realizarlo con cualquier paciente y en cualquier situación de punción, ya sea con aguja o instrumento.

3.2. ESTADIOS DE LA INFECCIÓN

Es importante para los estudiantes, saber en qué estadio se encuentra el paciente, pues esto nos ayudara a establecer un plan de tratamiento integral, para no interferir con el tratamiento establecido del paciente ya que dependiendo de la fase en que se encuentre, serán las manifestaciones clínicas que se observen, a nivel general y en la cavidad bucal.

Las manifestaciones que aparecen tras el ingreso del VIH se relacionaran con la virulencia de la cepa y el sistema inmunitario de cada paciente. Existen 5 etapas clínicas:

ETAPA DE VENTANA

Al ser contagiados con el virus, los pacientes desconocen su estado ya que las pruebas que se realicen arrojaran falsos negativos. (ELISA, el resultado tarda algunos días, la de WESTERN BLOD, inmediatamente sabemos el resultado).

ETAPA DE SEROCONVERSIÓN

Cuando el virus y los anticuerpos aparecen en sangre, los pacientes presentan síntomas parecidos a una gripa, esto durara de 2 a 4 semanas.⁴

La mayoría de los pacientes no reconocen esta etapa, pues pasa inadvertida, cuando les da gripa, esta se quita sin antibióticos.

ETAPA ASINTOMÁTICA

Periodo de latencia, con ningún síntoma o muy escasos., cuanto menor sea la carga viral en este periodo mayor será la tasa de supervivencia, aparentemente en esta etapa se goza de buena salud, pero aquí será determinante la edad, la alimentación y la vida que lleve el paciente en ese momento.

ETAPA SINTOMÁTICA

Aquí el sistema inmunológico se debilita y depende del descenso de las células T CD4, aparecen síntomas: pérdida de peso, memoria, diarrea, sudores nocturnos, diarrea, Infecciones Crónicas, Leucoplasia Velloso, Candidiasis Seudomembranosa Aguda, Gingivitis.

Muchos casos no se detectan hasta este momento y como consecuencia, se sobrevive menos en esta etapa

ETAPA DE SIDA

Finalmente llegamos a la etapa de sida en donde el recuento de linfocitos CD4, en un paciente VIH positivo cae por debajo de 200/ul y/o se presentan los siguientes síntomas, se considera que el paciente cambia de VIH a SIDA.

Neumonía Bacteriana.
Neumonía por Pneumocystis Carinii.
Criptosporidiosis.
Toxoplasmosis.
Meningitis Cerebral.
Sarcoma de Kaposi.
Linfoma de Hodgkiniano (LNH).
Infecciones Generalizadas por Herpes Simple, Varicela Zóster.
Retinitis, Neumonía, Colitis por Citomegalovirus
Candidiasis, Infecciones Micóticas

Tabla 1. Síntomas de SIDA.

Como el sistema inmunológico de los pacientes que presentan SIDA es deficiente, las infecciones oportunistas aprovechan que el sistema esta inmunosuprimido, causando estragos en los pacientes, pues no tienen defensas, cualquier enfermedad que los aqueje es peligrosa en su estado.

3.3 MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Cualquier tipo de padecimiento que aqueje al ser humano se puede combatir si se detecta de forma oportuna, desafortunadamente existen enfermedades, que no muestran signos ni síntomas; para poder ser diagnosticadas y dar tratamiento; cuando se detecta la enfermedad tardíamente, el tiempo de calidad de vida que le quede al paciente es reducido.

En el área médica se define a la “detección”: como la identificación de un proceso patológico, a través de diversos métodos.³

Debemos saber cuáles son los métodos de detección del VIH, estos son:

- a) **Métodos Directos**, estos detectan el virus en sangre y otras secreciones, al infectar líneas celulares en vivo, aquí encontramos al cultivo viral y la antigenemia.³
- b) **Método Indirecto**, aquí solo se va a detectar a través de los anticuerpos antivirales, producidos en todo el trayecto de la infección, la prueba Elisa.³

DIRECTAS

Cultivo Viral: Establecen diagnóstico, pero requieren de un tratamiento de alto nivel de bioseguridad y son poco sensibles cuando se utilizan plasma o suero, los resultados se dan de 2 a 4 semanas y son centros especializados los que las pueden realizar.⁵

Antigenemia: Es la detección de anticuerpos específicos, antígeno viral P24, es un índice de replicación viral y nos aporta información sobre el estado actual de la infección. Sirve cuando la detección de anticuerpos no es concluyente.⁶

INDIRECTAS

Aquí encontramos la prueba ELISA, la cual es una prueba para la detección (de anticuerpos anti- VIH), sus siglas en inglés (Enzyme Linked Inmuno Sorbent Assay) y se refiere a la técnica de inmuno absorción de enzimas, se ha usado como de tamizaje o presuntiva y aunque actualmente su resultado es muy confiable (si se ha cubierto el periodo de ventana), éste no se puede tomar como definitivo, pues según la NOM-010-SSA2-2010, se debe realizar siempre una prueba confirmatoria.

Consiste en extraer del virus producido en grandes cantidades a partir de linfocitos infectados y purificados, se centrifugan a través de una solución de sacarosa a un 20%, las proteínas de cápside y fundas (P y GP), se pueden fijar en bolitas de poliestireno, el suero del paciente se pone en contacto con el antígeno a la dilución de 1/100e y en el caso de que lleve un anticuerpo se construye un complejo que revela un sistema enzimático.⁷

Esta prueba es confiable y sencilla. La efectividad de la prueba de (ELISA de cuarta generación) que existen hoy en día permite que al tener un resultado “reactivo” en una primera prueba, se utilice esta misma como confirmatoria, reduciendo el costo y tiempo de entrega en comparación con una confirmatoria convencional.

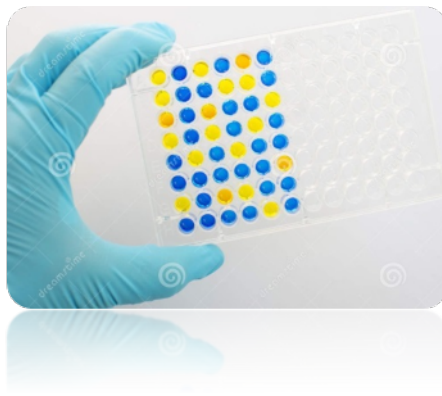


Imagen 1. Prueba de Elisa.

PRUEBAS RAPIDAS

Son métodos para la detección de anticuerpos contra el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) en suero, plasma o sangre total y fluido oral, cuyo resultado se obtiene en algunos minutos, detectan anticuerpos contra el VIH a través de aglutinación, membranas de flujo, inmunocromatografía y dependiendo del reactivo, pueden tener sensibilidad y especificidad cercanas al 100%.⁸

Hoy en día en nuestro país, se tiene acceso muy fácil, Las ventajas de las pruebas son:

- a) De fácil acceso y realización, se pueden hacer en sangre, saliva y plasma.
- b) No requieren de laboratorio para dar los resultados.
- c) Son útiles en casos de enfermedades de transmisión sexual, consulta prenatal y partos.
- d) Se obtienen en minutos (de 20 a 40 minutos).

Para su aplicación se requiere de una sola gota de sangre, la cual se obtienen de una punción, o de saliva que podemos obtener por medio de un hisopo, no se necesita de mayores equipos para el resultado, pues la prueba incluye el reactivo.

Garantiza un resultado confiable si se ha cubierto el “Periodo de Ventana”, que es el tiempo promedio que tarda el organismo en tener un nivel de anticuerpos suficientes en la sangre como para ser detectados en una prueba.

En México la Norma NOM-010-SSA2-2010 para la Prevención y Control de la Infección por VIH, marca 12 semanas como el tiempo que hay que esperar después de la última práctica de riesgo para que el resultado sea confiable.

Los resultados de las pruebas hoy en día se dan como “reactivo” cuando se detectan los anticuerpos buscados y “no reactivo”, cuando no se detectan los anticuerpos y equivalen a los resultados “positivo” y “negativo” respectivamente.



Imagen 2. Pruebas rápidas de detección de anticuerpos anti-VIH en la sangre y en saliva.

PRUEBA CONFIRMATORIA

WESTERN Blot o reacción de Inmunoblot, esta es la prueba que se utiliza para confirmar la infección por VIH, se debe realizar una prueba nueva al paciente.

Consiste en separar las proteínas en un extracto viral del VIH mediante electroforesis.

Los detergentes como el dodecilsulfato de sosa permiten, a leve concentración extraer ciertas proteínas del virus que se someten a electroforesis en gel de poliacrilamida a un 10%, al cabo de la separación, las proteínas separadas se transfieren a una hoja de nitrocelulosa, donde se cortan con tiritas verticales que contienen las improntas de las diferentes proteínas víricas separadas ya por su peso molecular y tamaño. El contacto previo de aquellas tiritas con el suero diluido que dio positivo en una de las precedentes pruebas, permite a los anticuerpos al fijarse a sus antígenos específicos. Los diversos complejos constituidos se revelan con antiglobulina combinada o peroxidasa, cuya reacción puede ser amplificada con un complejo avidina-biotina.⁹

Las bandas que aparecen en esta prueba se designan “p” para proteínas y “gp”, para glucoproteínas, seguidas de su peso molecular.⁸

De acuerdo a la OMS, para que la prueba sea positiva deben existir dos glucoproteínas cualquiera de gp 160, gp120, gp 41.

Por otro lado, están las pruebas de “tamizaje”, que son pruebas presuntivas ya que su resultado “reactivo” deberá ser confirmado a través de una segunda prueba.⁹

Esta prueba debe ser realizada bajo los más altos estándares de calidad, pues si se confirma en el paciente es positivo, se le debe dar tratamiento.

Así mismo existen las pruebas confirmatorias, que son técnicas de laboratorio que proporcionan un resultado definitivo sobre la presencia o no del virus en el organismo.⁹

La Norma Oficial Mexicana NOM- 010-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), estipula que la prueba de detección debe regirse por los principios de consentimiento informado y confidencialidad, y que la entrega del resultado “debe hacerse de forma individual, por personal capacitado.”¹⁰

En el manual para la aplicación de las pruebas rápidas con consejería, existe un consejero que aplica las pruebas y al estar esperando el resultado, (aproximadamente 20 minutos) nos hace una serie de preguntas para saber cómo reaccionaríamos si el resultado es positivo, nos va a preparar y nos da información de los pasos a seguir en caso tener VIH, esto es importante ya que el recibir esta noticia, es un impacto fuerte para el paciente.

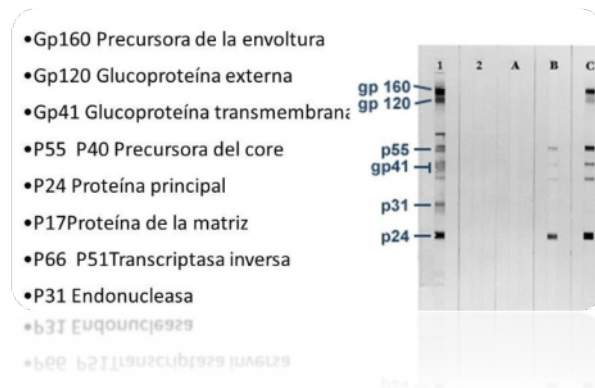


Imagen 3. Principales bandas de Western Blot.

4. MANIFESTACIONES BUCALES

Para los estudiantes, es necesario tener conocimiento, sobre las características clínicas en la cavidad oral que presenta este virus, se debe tener la capacidad de identificar las enfermedades oportunistas que aquejan a estos pacientes, para poder dar un diagnóstico y atención odontológica sin poner en riesgo la salud del paciente.

La aparición de enfermedades oportunistas específicas y los procesos neoplásicos malignos se dan en la conversión de VIH a SIDA, es en este punto, en que los pacientes presentaran lesiones orales características.

Estas enfermedades se clasifican en: Bacterianas, Micóticas, Virales y Neoplásicas.

BACTERIANAS

GINGIVITIS Y PERIODONTITIS ASOCIADAS AL VIH

Ambas enfermedades se localizan en las llamadas de tipo bacteriano, son catalogadas como expresión de inmunosupresión, pero no están relacionadas con un descenso del recuento linfocitario o un ascenso de la carga viral.

Son infecciones ocasionadas por placa bacteriana, cursan con dolor gingival difuso, espontáneo e intenso, Necrosis Gingival que comienza en las papilas interdentales y se extiende al resto de la encía y tejidos de soporte.¹¹

La Gingivitis asociada a VIH, se manifiesta por Lesiones Ulcerativas, Necrosis Ósea Alveolar y Recesión Gingival.¹²

Gingivitis Ulceronecrosante (GUN) clínicamente aparece con hemorragia, dolor y halitosis. Se presentan ulceraciones en el vértice de las papilas interdentarias.

Aparece de manera súbita, avanzan hacia los bordes y afectan más frecuentemente la zona gingival anterior. Si no es atendida oportunamente puede evolucionar hacia una estomatitis ulcero necrosante, con necrosis de los tejidos blandos con o sin exposición de hueso y secuestro de tejido óseo necrótico. Ocasionalmente puede presentar linfadenopatía, fiebre y malestar general.



Imagen 4. Gingivitis Ulceronecrozante Aguda, comienza por la papila intermaxilar.

En la Periodontitis se da una necrosis de la gingiva marginal que se extiende a la encía adherida y a la mucosa oral.



Imagen 5. Periodontitis asociada a VIH.

MICOTICAS

CANDIDIASIS

Dentro de las manifestaciones bucales encontramos las complicaciones micóticas y en esta hallamos a Cándida, el cual es un hongo, se encuentra como parte de la flora microbiana oral, ataca cuando el sistema esta inmunosuprimido.

Es la manifestación oral más frecuente observada en pacientes con VIH, esta ocurre cuando el recuento de linfocitos T-CD4 es menor de 200 linfocitos/ml. Se considera un marcador de progresión de la enfermedad y de inmunosupresión importante

La forma más prevalente es la pseudomembranosa o muguet, constituida por grandes placas blancas o nódulos blanquecinos, que se desprenden al raspado dejando una superficie eritematosa.¹²

Esta puede ocurrir en cualquier parte de la cavidad oral y el comportamiento es atípico, esto es por la inmunodeficiencia del paciente, La clasificación mundial distingue cuatro tipos de candidiasis oral en personas infectadas por VIH.

CANDIDIASIS SEUDOMEMBRANOSA

Clínicamente se puede observar como una placa blanda, cremosas, de epitelio descamativo, se elimina fácilmente, se localiza en cualquier parte de la boca.¹³



Imagen 6. Candidiasis Seudomembranosa, lesiones en paladar y las comisuras.

CANDIDIASIS ERITEMATOSA

Clínicamente se ve una coloración rojiza, se produce por el aumento de la vascularización con presencia de atrofia o ausencia de ella, suele localizarse en el paladar y dorso de la lengua.¹⁴



Imagen 7. Candidiasis Eritematosa. En el dorso de lengua. Placa roja difusa.

CANDIDIASIS HIPERPLASICA

Clínicamente se ven como prolongaciones blanquecinas de diferentes tamaños, principalmente se localizan en el borde de la lengua, no pueden ser removidas mediante el raspado, las áreas blanquecinas se deben a hiperqueratosis.

QUEILITIS ANGULAR POR CANDIDA

Son fisuras uni o bilaterales que se presentan en la piel de las comisuras labiales. Puede cursar con inflamación, dolor y formación de costras. Se asocia a infecciones por *Cándida Albicans*, *Staphylococcus Aureus* y *Streptococcus b Hemolítico*, deficiencias nutricionales y pérdida de la dimensión vertical.

La clásica Queilitis Comisural observada en pacientes VIH-negativos, común en individuos de edad avanzada, se presentan en forma de placas blancas.⁴

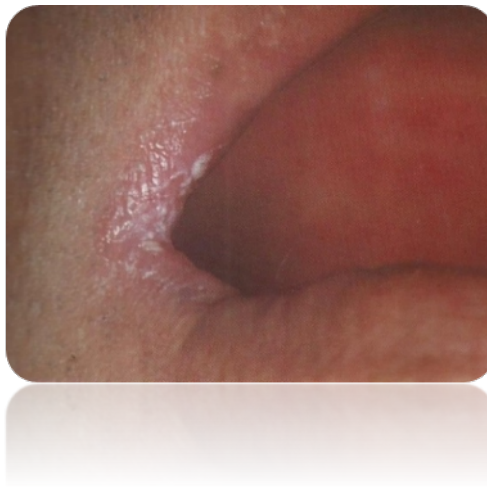


Imagen 8. Queilitis Angular por *Cándida* forma Seudomembranosa.

Los tipos de Cándida Seudomembranosa y Eritematosa son características del desarrollo del SIDA, pues el sistema del paciente esta inmunosuprimido y estas aprovechan las bajas defensas.

INFECCIONES VIRALES

Estas han disminuido por la introducción de TARGA, Clínicamente se trata de pequeñas y numerosas vesículas, que tienden a ulcerarse, localizadas en labios y mucosa queratinizada.

En pacientes con VIH tienden a tener un comportamiento poco habitual en cuanto a duración.

HERPES SIMPLE

Se manifiesta en la cavidad oral como enfermedad primaria y recurrente, la infección primaria puede o no ser asintomática y es seguida de una latencia de por vida, los síntomas que presenta es fiebre y malestar que se asemejan a la influenza, luego de unos días ocurren las lesiones en encía, paladar duro y en cualquier sitio de la mucosa y del borde de los labios.¹²

Se manifiesta como vesículas que se rompen y se convierten en úlceras dolorosa, la curación ocurre en diez días o dos semanas en pacientes normales y desaparecen.

Los pacientes con VIH, continúan con los síntomas y tienen complicaciones, el paciente presenta lesiones vesiculares recurrentes de herpes simple en los labios las cuales al romperse dan origen a úlceras que pueden infectarse y cubrirse de costras.

La recurrencia es más frecuente en pacientes con SIDA; el Herpes Simple aparece con mayor probabilidad en pacientes con VIH que cuando tienen SIDA.



Imagen 9 Herpes Simple. Lesiones bilaterales en el labio inferior.

NEOPLASIAS.

SARCOMA DE KAPOSÍ

En 1962 Moricz Kaposi, una entidad tumoral que él llamó “Idiopathic Multiples Pigmentosarkom del Haut”, la cual más tarde recibió su nombre.¹⁰

De acuerdo a Kaposi, el tumor es un sarcoma de origen multifocal, encontrado principalmente entre los judíos, ocurrían en la piel de las extremidades, pero también podían involucrar órganos internos.¹²

El Sarcoma de Kaposi es conocido como la manifestación inicial de la infección VIH/SIDA.

Es una Neoplasia multicéntrica, clínicamente inicia con maculas, pápulas o nódulos únicos o múltiples, rosados, rojos o violetas, en la piel o en las superficies mucosa.¹²

Se involucra el tracto gastrointestinal y los nódulos linfáticos.

Las manifestaciones bucales, son frecuentemente en el paladar, pueden aparecer como maculas azuladas, negruzcas o rojizas, las cuáles son planas en los estadios tempranos, en los estadios más avanzados es de forma en relieve.

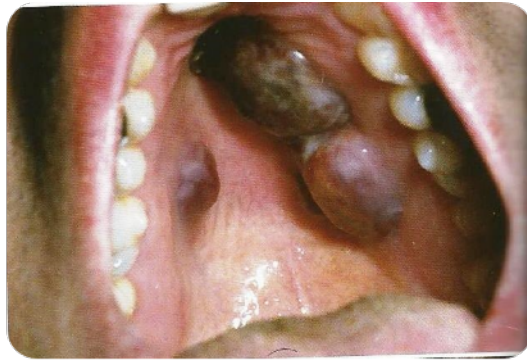


Imagen 10 Forma nodular del Sarcoma de Kaposi, que afecta a los lados derecho e izquierdo del paladar.

LINFOMA DE HODGKIN

Dentro de estas neoplasias encontramos al Linfoma no Hodgkin, este es la manifestación de que el paciente tiene SIDA, es la neoplasia más frecuente en esta enfermedad, desplazan al Sarcoma de Kaposi.

Es una Neoplasia Maligna de Linfocitos B, de localización extranodal. En cavidad oral se presenta como una tumoración ulcerada, con bordes elevados y áreas de necrosis sobre la encía, paladar o mucosa alveolar.¹⁵

Clínica y radiográficamente tomar en cuenta que puede simular una enfermedad periodontal, al observarse ulceraciones y engrosamiento gingival y destrucción ósea.



Imagen 11 Linfoma no Hodgkiniano. Lesión que aumenta rápidamente de tamaño, con ulceración en la cara dorsal de la lengua.

Como lo describimos arriba, las infecciones oportunistas se agrupan en 4, las Micóticas, las Bacterianas, las Víricas y las Neoplásicas, si detectamos alguna de estas, debemos pensar en que el paciente se encuentra inmunosuprimido y muy posiblemente sea portador de SIDA, pues las enfermedades características se asocian a este padecimiento.

Si nuestro paciente tiene alguna de las neoplasias, eso significa que muy probablemente se encuentre en la etapa final, o sobreviviendo, por esta razón, debemos evitar el rechazo y la estigmatización, actuando con un gran sentido de comprensión y humanismo.

En la siguiente tabla se muestra el método de diagnóstico para las manifestaciones orales. ¹⁶

Manifestación oral	Etiología	Color	Carácter	Localización	Síntomas	Diagnóstico
Candidiasis pseudomembranosa	Hongo tipo <i>Candida</i> sp	Blanco Amarillo	Placas que no se desprenden al raspado	En todos lados	Asintomáticos o sensación urente	Clínico principalmente
Candidiasis eritematosa	Hongo tipo <i>Candida</i> sp	Rojo	Máculas o placas	Paladar, dorso lengua, mucosa bucal	Asintomáticos o sensación urente	Clínico principalmente
Gingivitis/periodontitis úlcero-necrosantes	Bacterias periodontales	Rojo Blanco	Necrótico, olor fétido	Tejido periodontal y hueso alveolar	Dolor, movilidad de piezas dentarias	Clínico y radiográfico
Leucoplasia pilosa	Virus de Epstein-Barr	Blanco	Corrugado o vertical	Bordes laterales de lengua	Asintomáticos	Clínico principalmente
Herpes labial simple	Virus herpes simplex 1 y 2	Rojo Mucosa	Vesículas, úlceras o costras	Bermellón labio, encía, paladar duro	Sensación urente Dolor	Clínico principalmente
Papiloma, condiloma, verruga oral	Virus papiloma humano	Blanco Mucosa	Digitiforme Solevante	En todos lados	Asintomático o dificultad en masticación por tamaño	Biopsia Tipificación RPC
Sarcoma de Kaposi	Virus herpes humano tipo 8	Rojo Rojo vinoso Morado	Plano Mácula Nódulo Solevante	Cualquier lado con predilección por paladar y encías	Asintomáticos Doloroso cuando se ulcera o invade estructuras	Biopsia
Linfoma no Hodgkin	Etiología multifactorial	Rojo Blanco Necrótico	Solevante Ulcerado Nodular Indurado	Cualquier lado con predilección por el paladar, encías y orofaringe	Dolor cuando invade estructuras o cuando se ulcera	Biopsia y estudios in-muno-histoquímicos

Tabla 2. Características clínicas, síntomas y método diagnóstico de manifestaciones orales, asociadas a pacientes con infecciones de VIH/SIDA.

5. MANEJO DENTAL DEL PACIENTE CON VIH

Durante la práctica clínica, dentro de la Facultad, se atienden a pacientes con enfermedades como: Diabetes, Hipertensión, Epilepsia, Hemofilia, Hepatitis, VIH, etc., todos los pacientes deben ser catalogados como posibles portadores de agentes infectocontagiosos, ya que pueden transmitir enfermedades, por lo que es importante implementar las medidas de seguridad y barreras de protección para evitar accidentes e infecciones cruzadas.

Para poder brindar atención odontológica a un paciente con VIH se deben seguir los siguientes pasos:

- 1- Historia Clínica: detallando los tipos de fármacos que utiliza, en este caso cual combinación de antirretrovirales.
- 2- Realizar una interconsulta con el médico que lo está tratando.
- 3- Solicitar pruebas de Laboratorio, prueba serológica, valores de CD4 y carga viral para saber el estadio de la infección, recordemos que, dependiendo de la carga viral, determinaremos si es VIH o SIDA, y que tipo de manifestaciones orales, de infecciones oportunistas va a presentar en boca.
- 4- Se obliga el uso de bata desechable.
- 5- Restringir el número las citas para los tratamientos, entre menos citas mejor para el paciente.
- 6- Colocar doble bolsa roja para el material desechable, la cual debe ser entregada a un hospital para que se incinere.
- 7- Sumergir el instrumental en detergente enzimático, para después ser lavado y esterilizado.
- 8- Utilizar todo el material desechable que se pueda.
- 9- Colocarse cinta adhesiva en los dedos, dobles guantes y utilizar careta.

La implementación de acciones preventivas en estos pacientes irá encaminada a evitar el agravamiento de las manifestaciones orales que puedan presentar.

Los aspectos de prevención son:

- a) Atención integral.
- b) Adecuada higiene bucal.
- c) Técnica de cepillado, controles de placa.
- d) Visita regular al odontólogo.

Del Rio Chiriboga y Uribe Zúñiga P. nos dice “la educación es la piedra angular de cualquier programa de prevención” ¹⁷

La educación y el conocimiento son las herramientas que nos ayudaran a no emitir juicios y estigmas para estos pacientes, pues ellos necesitan nuestra comprensión y atención odontológica.

Si no nos sentimos capaces de poder atenderlos, podemos remitirlos a hospitales, donde les darán el tratamiento adecuado, como, por ejemplo: si detectamos Sarcoma de Kaposi en boca, debemos remitir al paciente, pues esta es una neoplasia que se trata con quimioterapia o cirugía, dependiendo en la zona en que se encuentre y son los médicos quienes determinan el diagnóstico y el tratamiento.

Una obligación para todo estudiante es realizar una exploración bucal minuciosa para poder identificar las enfermedades oportunistas que se manifiestan en boca, esto ayudara a un diagnóstico temprano, pues muchos portadores no saben que tienen este virus.

Este diagnóstico oportuno, evitaría nuevos contagios y alargara la esperanza de vida en el paciente, porque muchas veces el paciente se entera de su enfermedad, cuando ya está muy avanzada.

5.1. BARRERAS DE PROTECCIÓN PARA EL PERSONAL SANITARIO

Es importante tomar en cuenta todas las medidas de protección sugeridas en los protocolos de atención a pacientes portadores de VIH para evitar contagios.

La inefectividad del VIH es mucho menor que la del virus de la Hepatitis B, si nos llegamos a pinchar con un instrumentó el riesgo de contagio es de 1%, siendo de 30% en la Hepatitis.¹⁸

El rechazo para la atención de pacientes portadores del virus es muy alto, siendo que existe un mínimo porcentaje de infección, deben darse tres condiciones para que el virus nos ataque y nos infectemos (fuente de infección, vía de entrada e inoculación), el riesgo profesional es mínimo, no obstante, también se reportan casos donde si hubo contagio tras una punción con instrumental.

En cuanto a nuestra vestimenta debemos: Utilizar guantes, usar mascarilla o careta, bata desechable, cubre bocas, gorro, lentes protectores.



Imagen 12. Uso de barreras de protección en la consulta odontológica.

Lavado y cuidado de las manos: Lavar las manos antes y después de cada paciente, utilizar guantes desechables, cambiarlos cada hora, incluso si se está con el mismo paciente.



Imagen 13. Lavado de manos.

Desinfección de instrumentos: Se lavan, se desinfectan con un detergente enzimático y se esterilizan, se empaqueta en bolsas para esterilizar.



Imagen 14. Empaquetado del instrumental

Manejo del material punzocortante: en envases rígidos con el logo de RPBI.



Imagen 15. Contenedor de material punzocortante.

La Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, nos da los parámetros de cómo actuar en caso de tener contacto con sangre de un paciente mediante punción (piquete o pinchadura), cortadura o salpicadura en mucosas o piel con heridas. Se debe realizar profilaxis post exposición. (Se debe proporcionar dentro de las primeras cuatro horas de la exposición):

- 1) Exprimir la herida para que sangre.
- 2) Lavar con abundante agua y jabón.
- 3) Acudir de inmediato al servicio hospitalario
- 4) Tomar una muestra sanguínea basal para la detección de anticuerpos contra el VIH, Hepatitis B y Hepatitis
- 5) Tomar muestras sanguíneas a los tres, seis y doce meses, diagnosticándose como caso de “infección ocupacional” aquél que demuestre seroconversión durante dicho periodo.

Para reducir al mínimo las posibilidades de una infección, se debe tener cuidado con el instrumental y los productos biológico-infecciosos.

6. RESPONSABILIDAD ÉTICA DEL ODONTÓLOGO CON RESPECTO AL PACIENTE CON VIH

En esta época la falta de ética es un problema individual, pues lo que para una persona es correcto para otra no lo es y esto depende de los valores y los ideales de cada persona, la propia vida nos va marcando la pauta de lo malo y lo bueno y es a partir de ahí que nosotros creamos nuestros juicios de valor, Se debe de asumir una responsabilidad ética en cuanto a la calidad humana para con nuestros pacientes.

Debemos asumir la responsabilidad de ser Cirujanos Dentistas de excelencia, con calidad humana, ética y tacto en el trato con el paciente, cualidades que debemos trabajar desde que somos estudiantes.

Ejercer la odontología plantea cuestiones éticas, valores y principios, por esta razón es importante tratar de definir que es la ética.

La ética es una rama práctica de la filosofía, la filosofía a su vez es una ciencia que estudia todas las cosas por sus últimas causas, a la luz natural de la razón.¹⁹

La ética para la Odontología se traduce en la responsabilidad que se debe tener como estudiantes y como futuros odontólogos para con los pacientes, no defraudar la confianza depositada, momentos en que se emiten juicios de valor para poder recomendarle al paciente el tratamiento que se apegue a sus necesidades, estableciéndose una relación humana

Por otro lado, la deontología es la parte ética de la práctica profesional, aquí se elaboran los códigos deontológicos, propios de cada profesión.²⁰

En el código hipocrático, se menciona “primero no dañar”, esto tiene que ver con el deber de curar y no causar daño a los pacientes, nos debemos sensibilizar con su situación y asumir una conducta empática y humanizada. La ética dental examina desde una perspectiva crítica los valores, los principios y las normas que conforman la práctica de la odontología.²¹

Esto aplica de la siguiente forma, todos los estudiantes pueden atender pacientes con VIH, pero esto no quiere decir, que estén moralmente obligados, es aquí donde entra lo que se aprende en la vida cotidiana y si el alumno aprende a asumir esta actitud como correcta, fácilmente se negará a atender a estos pacientes, porque la sociedad así lo ha establecido y así lo ha transmitido y no se plantea que hay otra manera de actuar.

En este es conveniente establecer un criterio para tomar decisiones en base a conocimientos.

La escucha puede hacer de la Odontología una profesión humanizada, noble. Brindar una atención integral implica, apoyar, aconsejar y valorar la confianza que el paciente deposita en quien lo atiende.

Cuando llega a la consulta un paciente con VIH, es importante hacer que se sienta cómodo. La actitud del personal odontológico puede romper la barrera que dificulta brindar la atención que el paciente requiere, anteponiendo a los prejuicios la certeza de que es una persona que necesita que lo ayuden a resolver sus problemas de salud como cualquier otra.

7. DEFINICIÓN DE ACTITUD

Hablar del tema de VIH/SIDA nos genera actitudes diversas: rechazo, indiferencia, prejuicios, discriminación, todas estas son ideas preconcebidas acerca de la adquisición del virus, pues cada persona busca explicaciones para cierta situación.

Existen mitos sobre esta enfermedad, sobre la manera de contagiarse y las formas de transmisión, se cree que la vida sexual de promiscuidad es la única vía de transmisión.

Kerlinger señala que la actitud es “una predisposición organizada, para pensar, percibir y comportarse ante un referente”²²

Las actitudes se pueden observar ya que el individuo responde de determinada manera, estas actitudes, pueden ser negativas originadas por cuestiones sociales, religiosas y culturales y las positivas tienen que ver con los acontecimientos que vivimos día a día, de aquí que la actitud varía de persona a persona, pues son estos acontecimientos los que nos marcan la pauta para actuar en determinada situación.

Además de las actitudes, es importante hablar sobre los estigmas que la sociedad emite hacia los pacientes con VIH.

El estigma es una evaluación o etiqueta social degradante que se adjunta a quienes exhiben características social- mente indeseables.²²

Esto es, la sociedad etiqueta, emite juicios de valor, dando como resultado la exclusión y discriminación del paciente, el estigma que sufren los pacientes con VIH da como resultado un acceso restringido a los servicios dentales.

Estudios sobre la actitud de los estudiantes de odontología para atender pacientes con SIDA o portadores VIH, reportan que esta disposición se hace más evidente a medida que el estudiante de odontología avanza en estudios.²³

Algunas investigaciones reportan que el conocimiento del odontólogo sobre las medidas de control de infección difiere de sus actitudes y conductas.²³

Los odontólogos remiten al paciente portador de VIH a los hospitales, por no contar con un equipo de esterilización confiable, o simplemente por temor a contagiarse.

Está en nuestras manos el cambiar de actitud, seamos conscientes que esta enfermedad día a día es más frecuente en los pacientes y es mejor que ellos nos indiquen que están enfermos, a que lo descubramos con el paso del tiempo.

7.1 ACTITUD DEL ODONTÓLOGO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON VIH

La actitud que debemos tomar como estudiantes y futuros odontólogos es:

- 1) No juzgar, no emitir juicios de valor y brindar la atención dental.
- 2) Conocer la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010.
- 3) Seguir medidas de seguridad, para controlar infecciones.

¿Un estudiante de la carrera puede atender a un paciente con VIH? Si, puede decidir con argumentos razonados y libres de prejuicios. Los conocimientos adquiridos son la mejor herramienta para vislumbrar la posibilidad de resolver la disyuntiva acerca de atenderlo y de hacerlo bien. Por ejemplo, usted tiene Sarcoma de Kaposi y esta manifestación oral, es un tipo de neoplasia, la cual debe ser atendida por un médico en el hospital, ya que es un tipo de cáncer y requiere de tratamiento de quimioterapia o cirugía.

Es válido y con mayor ética si remitimos al paciente al hospital, pero le explicamos que es lo que tiene y que debe de hacer, no solo es más ético es más humano y también es lo correcto.

Pareciera que los adultos con mayor experiencia, son los que emiten juicios de valor, para con los pacientes con VIH, lo relacionan con una vida promiscua, de homosexualidad, creen que se buscaron la enfermedad por sus prácticas sexuales, la ignorancia y la falta de conocimiento sobre este virus nos crea prejuicios, los cuales debemos erradicar con conocimientos.

8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH es una enfermedad infectocontagiosa, existe un bajo riesgo ocupacional de contagio entre el paciente, el estudiante y futuro odontólogo, no obstante, la falta de conocimiento y el temor de ser contagiado, repercute en la atención que se brinda a los pacientes infectados

Es frecuentemente argumentar la falta de preparación como motivo para negar la atención odontológica o en muchos casos elevar los costos en los tratamientos, para que el paciente no pueda tener acceso a ellos y se prefiere remitir al paciente a un hospital.

El temor de los pacientes ante una actitud negativa del odontólogo o el estudiante a ser rechazados se convierte en un problema ya que muchas veces prefieren ocultar su condición. Si no se conoce el estado de salud del paciente, no se podrá darle la atención adecuada y evitar que los padecimientos orales se agraven por la condición de su sistema inmunológico.

La actitud que asume un estudiante de Odontología ante la necesidad de otorgar atención a un paciente portador de VIH, puede estar influenciada por el temor que genera la carencia de conocimientos, o bien, por los prejuicios que posea.

Por las razones anteriormente expuestas, el presente trabajo pretende valorar la actitud de los estudiantes de la Facultad de Odontología hacia los pacientes infectados con VIH.

9. JUSTIFICACION

Los alumnos que están próximos a terminar su licenciatura pueden en algún momento, encontrarse en la situación de tener que atender a un paciente portador de VIH

La actitud de los alumnos hacia estos pacientes es diversa, algunos piensan de una manera abierta y positiva, pues cuentan con conocimientos suficientes para poder decidir si atienden a los pacientes o los remiten a hospitales.

Por otro lado, también existe posibilidad de que los alumnos por creencias y prejuicios asuman una actitud negativa y eviten atender a un paciente portador del virus por miedo a contagiarse.

Es importante que los pacientes que acuden a solicitar atención odontológica no perciban en los alumnos actitudes incómodas o negativas hacia él.

10. OBJETIVO GENERAL

Determinar la actitud y el nivel de conocimientos específicos que sobre el tema poseen una muestra de estudiantes que cursan el cuarto año de odontología, para que con base en los resultados. Se pueda promover una actitud más positiva y poder ofrecer una atención de calidad a pacientes infectados con el VIH.

11. METODOLOGÍA

En una primera etapa, se elaboró un cuestionario que quedó conformado por 23 preguntas cerradas con 5 opciones de respuesta, enfocadas a identificar los conocimientos y prejuicios que tiene los alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAM, hacia los pacientes con VIH

En una segunda etapa se invitó a 60 alumnos, de cuarto año, de la Facultad de Odontología, sin distinción de género, del turno matutino y vespertino. Se les explico el objetivo del trabajo y contestaron de manera voluntaria.

Las opciones ofrecidas al encuestado fueron las siguientes:

Alternativas	Valor
Totalmente De-acuerdo	5
De-acuerdo	4
Ni De-acuerdo ni en Des-acuerdo	3
En Des-acuerdo	2
Totalmente en Des-acuerdo	1

Tabla 3. Valores de Items.

12. VARIABLES

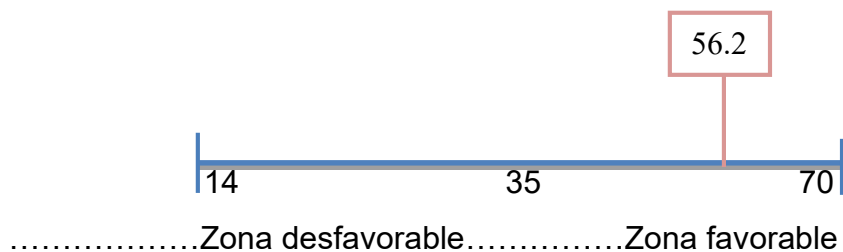
Las variables que se medirán son:

El nivel de conocimientos que sustentan los estudiantes del cuarto año de la Facultad de Odontología de la UNAM, para la atención a los pacientes portadores de VIH.

El nivel de prejuicios que tienen los estudiantes del cuarto año de la Facultad de Odontología de la UNAM, al brindar atención odontológica a los pacientes portadores de VIH.

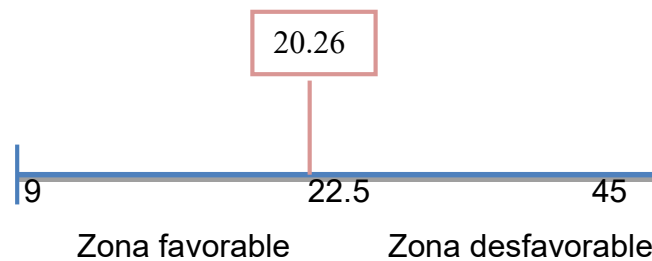
13. RESULTADOS

Para poder establecer la tendencia acerca del nivel de conocimientos de los alumnos encuestados, se consideraron las cinco opciones de respuesta de las primeras 14 preguntas y se calculó el promedio de respondientes por cada opción. Permitiendo observar que los alumnos encuestados poseen un nivel de conocimientos satisfactorio, ubicando el resultado en la zona favorable. De forma gráfica podemos ver lo siguiente.



Grafica 1. Distribución promedio de conocimientos sobre atención a pacientes con VIH.

Respecto a la valoración que los prejuicios que poseen los alumnos para atender a pacientes con VIH la siguiente gráfica representa el promedio obtenido con base a los valores asignados a las preguntas y en relación al número de respondientes.



Grafica 2. Distribución promedio de la valoración de prejuicios acerca de pacientes con VIH.

El promedio de las respuestas correspondientes a las preguntas 16 a 23. Aparentemente es bajo, pero por la manera en que se realizaron las preguntas, la tendencia de las respuestas se encuentran en un rango que indica que los estudiantes de cuarto año de la Facultad de Odontología mostrarán una actitud positiva. En la atención y cuidado de los pacientes portadores de VIH.

14. CONCLUSIONES

Por medio de las encuestas realizadas, se pudo concluir que los estudiantes del cuarto año de la Facultad de Odontología de la UNAM poseen los conocimientos suficientes para poder dar atención odontológica a los pacientes con VIH.

Los resultados obtenidos a través de las respuestas con relación a la actitud, la tendencia nos dice que son favorables. Esto significa que los estudiantes de la Facultad de Odontología muestran buena actitud y disposición para brindar atención dental, sin emitir juicios de valor, estigmas o discriminar.

Es satisfactorio saber que, los alumnos tienen una actitud favorable. No obstante, es importante destacar la importancia de una formación actitudinal que les proporcione mayor seguridad y también un acercamiento a la realidad de las personas diagnosticadas con VIH y su preocupación ante el posible rechazo de parte del odontólogo y el personal que colabora con él.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) DeVita V.T, Rosemberg H.S, Steven A, Sida. Etiología Diagnostico y Prevención, 2ª. Ed Salvat Editores, S.A.1990. 3-9.
- 2) Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA <https://www.unaids.org/es>.
- 3) Guía para la atención estomatológica en pacientes con VIH, 2015, CENSIDA
- 4) Sapp JP, Lewis R, George P. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 3ª. España. Ed Elseiver. 2005. 65-70
- 5) D. del Ojo Cordero J. Calap J. Rodríguez L. Valenzano. Sida y Piel, España 1989, Ediciones Doyma S.A. 61-65.
- 6) Fainboim L, Geffner J. Introducción a la Inmunología Humana. 6ª ed. Ed. El manual moderno, 2011. p584
- 7) Castellanos JL, Díaz LM, Lee EA. Medicina en Odontología: Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 2ª Ed. El manual moderno, 2015. P 659
- 8) Guía para la realización de pruebas rápidas de detección del VIH con consejería, 2013, Ofelia Aguilar Hernández y Susana Rodríguez Velázquez, Censida, Secretaría de Salud de México.
- 9) Guía Rápida de Consulta sobre el VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual ITS.
- 10) Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 2010.
- 11) Barragán SJ. Medicina Bucal, 1ª. España, Ed Medicina Oral. 2008. 391-395.

- 12) Ceccotti ED. Manifestaciones orales del SIDA. Editorial Médica Panamericana, 1995. 35-45
- 13) Bedoya GA. Revisión de las normas de bioseguridad en la atención odontológica, con un enfoque en VIH/SIDA. Univ Odontol. 2010 Ene-Jun; 29(62): 45-51
- 14) Greenspan D, Greenspan JS, Pindborg JJ, Schiodt M. El sida en la Cavity Bucal. Valencia España, Ed Latinoamericana. 61,77-79
- 15) Manual para la aplicación de pruebas rápidas, México 2006, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA CENSIDA.
- 16) S. Silverman, Jr, Atlas en Color de las Manifestaciones Orales del SIDA, Barcelona Buenos Aires, Ed Salvat Editores, S.A. 1990. 17, 33, 55.
- 17) Esquivel PL, Fernandez CL, Magis RC. Actitud de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica odontológica. Revista ADM 2000, 57 (6): 214-217.
- 18) Miller D, Weber J, Green J, Atención de Pacientes con SIDA, Ed El Manual Moderno, México, 1989. 1-14.
- 19) Álvarez C, Ética Odontológica, Facultad de Odontología UNAM, México 1998, 2da ed. 12-18.
- 20) Francisca Donoso-Hofer. Lesiones orales asociadas con la enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana en pacientes adultos, una perspectiva clínica. Rev. Chilena Infectol 2016; 33 (Supl 1): 27-35. P. S 29.
- 21) Manual de Ética Dental 2, FDI
- 22) Jesús Eduardo Elizondol,II,III , Ana Cecilia TreviñoIV , Deborah ViolantII, La odontología y el estigma asociado al VIH, Rev Saúde Pública 2015;49:79. P 2.

- 23) Dávila, María E*; Gil, Maritza, Nivel de Conocimientos y Actitudes de los Odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA, Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 45 N° 1 / 2007. P 1
- 24)Hernandez R,Hernández C. Metodología de la Investigación, 2ª ed, Ed Mc GRAW HILL, 1998. 255-270

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sapp JP, Lewis R, George P. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 3ª. España. Ed Elseiver. 2005. P 229-----	21
Tabla 2. Francisca Donoso-Hofer. Lesiones orales asociadas con la enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana en pacientes adultos, una perspectiva clínica. Rev. Chilena Infectol 2016; 33 (Supl 1) S 29. -----	38
Tabla 3. Fuente directa-----	50

REFERENCIAS DE IMÁGENES

Imagen 1. https://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/Internet/Home/innovacion-y-avances/2017/07/test-de-elisa-para-enfermedades-apollares -----	23
Imagen 2. Guía para la atención estomatológica en pacientes con VIH, 2015, CENSIDA. P 51-52-----	25
Imagen 3. https://www.google.com/imgres?imgurl=httpimages.slideplayer.bandas de wester blot.-----	28

Imagen 4. Ceccotti ED. Manifestaciones orales del SIDA. Editorial Médica Panamericana, 1995. P 60-----	30
Imagen 5. Ceccotti ED. Manifestaciones orales del SIDA. Editorial Médica Panamericana, 1995. P 55-----	30
Imagen 6. Ceccotti ED. Manifestaciones orales del SIDA. Editorial Médica Panamericana, 1995. P 6-----	32
Imagen 7. Guía para la atención estomatológica en pacientes con VIH, 2015, CENSIDA. P74-----	32
Imagen 8. Ceccotti ED. Manifestaciones orales del SIDA. Editorial Médica Panamericana, 1995. P17-----	33
Imagen 9. Ceccotti ED. Manifestaciones orales del SIDA. Editorial Médica Panamericana, 1995. P33-----	35
Imagen 10. Sapp JP, Lewis R, George P. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 3ª. España. Ed Elseiver. 2005. P 232-----	36
Imagen 11. Ceccotti ED. Manifestaciones orales del SIDA. Editorial Médica Panamericana, 1995. P 88-----	37
Imagen 12. Guía para la atención estomatológica en pacientes con VIH, 2015, CENSIDA. P 114-----	41
Imagen 13. Guía para la atención estomatológica en pacientes con VIH, 2015, CENSIDA. P.111-----	42

Imagen 14. Guía para la atención estomatológica en pacientes con VIH, 2015, CENSIDA. P115-----42

Imagen 15. Guía para la atención estomatológica en pacientes con VIH, 2015, CENSIDA. P118-----43

ÍNDICE DE GRAFICAS

Grafica 1. Fuente directa-----51

Grafica 2. Fuente directa-----52

16. Anexo

Encuesta tipo likert.

1.- La infección por el virus del VIH se da por tres vías principales: sanguínea, sexual y perinatal.

Totalmente de acuerdo() De acuerdo() Ni de acuerdo ni en desacuerdo()
En desacuerdo() Totalmente en desacuerdo()

2.- Para evitar riesgos en la práctica odontológica es conveniente canalizarla atención de pacientes portadores de VIH con profesionistas debidamente capacitados.

Totalmente de acuerdo() De acuerdo() Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

3.- Si al elaborar la historia clínica el paciente manifiesta ser portador de VIH, es conveniente realizar el tratamiento odontológico solicitado.

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

4.- Extremando el uso de barreras de protección se puede otorgar atención odontológica a pacientes con VIH.

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

5.- Para atender a un paciente infectado por VIH es recomendable usar doble guante y cambio de los mismos cada dos horas aproximadamente.

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

6.- Al concluir un procedimiento odontológico en un paciente con VIH , el instrumental empleado puede volver a utilizarse.

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

7.- Se recomienda lavar el instrumental usado en la atención de un paciente con VIH, de manera aislada, usando detergente enzimático para ello.

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

8.- Cuando es necesario recetar un medicamento a un paciente infectado por VIH, es conveniente realizar una interconsulta con el médico tratante.

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

9.- La atención de pacientes con VIH debe de llevarse a cabo por médicos titulados y con experiencia en el manejo de medicamento antirretroviral (ARB).

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

10.- En caso de accidente ocupacional con un paciente VIH, se debe de tener acceso oportuno a la profilaxis post exposición al virus (PPE-VIH).

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

11.- En caso de una exposición laboral por un instrumento contaminado, la atención preventiva debe llevarse a cabo en las primeras 36 horas.

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

12.- una herida superficial causada por una aguja solida (de sutura) representa menor riesgo que una herida profunda causada con una aguja hueca.

Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo
En desacuerdo Totalmente en desacuerdo

13.- los alumnos que cursan el cuarto año de la carrera de Odontología deben conocer las manifestaciones bucales en un paciente infectado por VIH.

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

14.- las manifestaciones bucales forman parte de los datos clínicos utilizados como marcadores del progreso de la infección por VIH

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

15.-Una persona sana está en riesgo de enfermar si comparte espacios con una persona con VIH

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

16.- Al tratar a un paciente infectado con VIH en una consulta dental, otros pacientes se pueden contagiar

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

17.- Los pacientes portadores de VIH deberían esperar ser atendidos por un odontólogo en lugares destinados para ellos

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

18. Es conveniente que las personas con VIH, soliciten atención odontológica en los lugares donde se puede brindar atención especializada para ellos

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

19.- Es preferible no atender pacientes con VIH, porque aumenta la posibilidad de que se presente un evento adverso durante el procedimiento odontológico a realizar.

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

20.- Solicitar consentimiento informado por escrito a pacientes con VIH no representa una ayuda en caso de presentarse una complicación en el tratamiento.

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

21- Es común que se violen las normas de confidencialidad y discreción al atender a un paciente infectado con VIH y que otros pacientes se enteren.

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
) En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

22.- Atender a un paciente con VIH puede generar desconfianza en otros pacientes que acuden a las clínicas de la Facultad de Odontología.

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo
() En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()

23.- Deberían asignarse horarios especiales para pacientes con VIH en los
lugares donde se brinda atención odontológica.

Totalmente de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo ni en desacuerdo
() En desacuerdo () Totalmente en desacuerdo ()