



Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica odontológica

CD Lilly Esquivel Pedraza,*,**
CD Laura Fernández Cuevas,***
Dr. Carlos Magis Rodríguez*

* Dirección de Investigación,
CONASIDA.

** Universidad Autónoma Metropolitana-
Xochimilco.

*** Facultad de Odontología, Universi-
dad Intercontinental y Universidad
Latinoamericana.

Consejo Nacional para la Prevención
y Control del SIDA (CONASIDA)

Resumen

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 el presente artículo 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.

Palabras clave: Actitudes, conductas, atención dental, VIH/SIDA.

Abstract

Despite of low risk of HIV-transmission among health care workers, dentists frequently refuse to treat HIV-patients. The reasons of unwillingness among dental practitioners to provide dental care for HIV-infected patients mainly describe fear for HIV-transmission in the dental office and lack of knowledge about HIV-transmission and cross infection control. The present paper briefly describes several factors involved in such negative attitudes toward HIV-infected subjects in the dental office.

Key words: Attitudes, behaviour, dental services, HIV/AIDS.

Introducción

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.^{1,2} Paradójicamente, el riesgo de transmisión del VIH entre los trabajadores de la salud es muy bajo; se ha calculado en sólo un 0.32% por heridas percutáneas con objetos punzocortantes.³ Específicamente dentro del consultorio dental, la cifra es minúscula (<0.004 por contacto)⁴ si la comparamos con el riesgo de adquirir el virus de la hepatitis B, el cual se estima en un 6-32% por contacto.⁵ 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.⁶

A pesar del riesgo mínimo de transmisión del VIH entre los trabajadores de la salud, existen negativas en la atención odontológica hacia el paciente con VIH, debido en parte al alto índice de mortalidad de esta infección y a la ausencia hasta ahora, de un tratamiento curativo de la enfermedad.^{5,6} Sin embargo, el aumento gradual de los sujetos infectados por el VIH reportado en la actualidad,⁶ aunado al incremento en las tasas de sobrevida de los casos ya existentes, ocasionado por el advenimiento de mejores terapias anti-retrovirales,⁷ eleva los requerimientos odontológicos de dichos pacientes.

Las publicaciones concernientes a la indisposición del gremio odontológico para brindar atención a los pacien-

tes seropositivos al VIH son escasas en nuestro país, por lo que 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.

Antecedentes

En 1990, el temor al contagio del VIH en la práctica odontológica se vio exacerbado, al publicarse la posible transmisión de este virus en el consultorio dental, a través de un dentista con SIDA.^{2,8} En el reporte del caso ocurrido en Florida, se asumió el contagio del VIH a través del cirujano dentista hacia seis de sus pacientes.⁹⁻¹³ Los resultados de las pesquisas en torno a la transmisión del VIH en este controversial suceso no fueron contundentes, omitiéndose la evidencia de diversos datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio en los análisis de las investigaciones.¹⁴ A pesar de exhaustivos estudios, jamás se logró la reproducibilidad de estos hallazgos,¹⁵ 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.^{15,16}

Sin embargo, 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 involucrados en esta localización durante la práctica clínica dental, influyeron en el dentista de manera negativa,¹⁷ ocasionando el rechazo de pacientes con esta infección en un porcentaje considerable.^{18,19}

Aspectos involucrados con el rechazo

En los últimos años se publicó^{20,21} 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.^{20,21} En otros países, desde un 20% hasta el 84.4%^{19,20,22-24} de los dentistas se niegan a atender al paciente con VIH.

Recientemente se describió que los infantes infectados por el VIH difícilmente terminan un tratamiento dental debido a obstáculos diversos relacionados con los sistemas de atención a la salud y las personas responsables de los menores de edad; siendo una de las causas más frecuentes de no adherencia al tratamiento, la ausencia de un manejo odontológico desde la primera cita en el servicio dental referido.²⁵

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 salud²⁶ y específicamente dentro del consultorio dental, podría estar influyendo en el rechazo de la atención del paciente seropositivo al VIH por el dentista.^{27,28} Se ha sugerido incluso, que una discriminación hacia el paciente infectado por el VIH *per se* podría además, estar contribuyendo en esta negativa.²⁹

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 seropositivo al VIH, tienen una postura más favorable para brindar un manejo dental al sujeto con VIH.³⁰

Por otra parte, se ha publicado que un alto porcentaje de los cirujanos dentistas considera que el aceptar atender al paciente con VIH, incrementaría los costos de la atención odontológica, al generarse un aumento en las medidas de control de infección en el consultorio dental.²⁰

En la literatura universal, se ha descrito la asociación entre la disposición de atender pacientes seropositivos 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;^{21,31} observándose que aquellos con mejor disposición para utilizar las medidas de control de infección, son los dentistas del sexo femenino y los jóvenes.^{31,32} 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.^{18,33}

Asimismo, se ha publicado que el conocimiento del dentista sobre las medidas de control de infección, difiere de sus actitudes y conductas mostradas con relación a estas precauciones, no sólo en la práctica dental general rutinaria, sino también en la práctica especializada de las diversas ramas odontológicas.³¹ Inclusive en el ámbito del sector educativo odontológico,^{34,35} se ha descrito ampliamente la inconsistencia del dentista para efectuar las medidas de control de infección durante el ejercicio de la odontología.³⁰

Mas aún, se ha observado que las medidas de barrera empleadas generalmente por el odontólogo están encaminadas sobre todo a evitar la transmisión de infecciones del paciente hacia el dentista (para protegerse ellos mismos), pero no para proteger al paciente.³⁶

En resumen, como puede notarse en los párrafos anteriores, a pesar del bajo riesgo de transmisión del VIH en el consultorio dental, descrito en los estudios previos y subsiguientes al caso Florida,^{2,4,16, 22,37} el temor y la negativa de atención al paciente infectado por el VIH han persistido, debido en parte a la ausencia de medidas adecuadas de control de infección dentro del consultorio dental.²³

Aplicación selectiva de las medidas de control de infección.

El estigma hacia el paciente con VIH ha llevado a conductas discriminatorias.³⁸ A pesar de la universal-

dad de las medidas de control de las infecciones en las áreas clínicas, ciertos odontólogos únicamente ante la sospecha de encontrarse frente a un paciente con VIH, aplican estas precauciones o bien las incrementan. Sin embargo, la práctica odontológica en la que existe la distinción de un paciente, en relación a la aplicación de las medidas de control de infección en el consultorio dental, es considerada inapropiada e inútil. Por una parte, se sabe que ciertos sujetos conocedores de su seropositividad al VIH, ocultan al dentista su estado serológico, con el fin de evitar su rechazo.¹⁸ Por la otra, considerando que un gran número de los pacientes infectados por el VIH son asintomáticos por períodos prolongados y que las pruebas de anticuerpos para detectar el VIH no son positivas hasta un lapso de 2 a 6 meses después del contagio,^{18,39} es poco probable la identificación de un alto porcentaje de los sujetos portadores del VIH en el consultorio dental.

A pesar de lo anterior, la mayoría de los odontólogos ha intentado identificar al paciente con VIH, modificando sus cuestionarios médicos, enfocándolos a detectar exclusivamente factores de riesgo para adquirir el VIH.²¹ Incluso se han analizado las manifestaciones de la mucosa bucal asociadas al VIH, con la finalidad de conocer su valor como identificador de un paciente infectado por el VIH;⁴⁰ pero a pesar de que estas lesiones son altamente prevalentes en el sujeto con VIH, tanto en etapas tempranas como avanzadas de la enfermedad,⁴¹ carecen de un valor pronóstico individual de la infección por el VIH, dado que no son patognomónicas de dicha condición.

Conclusiones

En la literatura internacional se han publicado diversos estudios concernientes a las actitudes del dentista, mostradas hacia el paciente con VIH y sus factores relacionados con la prestación del servicio odontológico. Dentro de las múltiples razones para la negación de la atención odontológica hacia el sujeto infectado por el VIH, predominan aquellas relacionadas principalmente con deficiencias en el conocimiento y aplicación de las medidas de control de infecciones en el consultorio dental.

La elaboración de programas o medidas encaminadas para transformar esta postura, deberán enfocarse a eliminar la inseguridad en el control de las infecciones dentro del consultorio dental, reforzando la enseñanza sobre el tema, para llegar a un dominio 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.³⁸

Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Laura Pedrosa Islas por su amable asesoría en la terminología sociológica.

Bibliografía

1. Kress GC, Hasegawa TK Jr, Guo IY. A survey of ethical dilemmas and practical problems encountered by practising dentists. *J Am Dent Assoc* 1995; 126: 1554-1562.
2. Gooch B, Marianos D, Ciesielski C, Dumbaugh R, Lasch A, Jaffe H, et al. Lack of evidence for patient-to-patient transmission of HIV in a dental practice. *J Am Dent Assoc* 1993; 124: 38-44.
3. Gerberding JL. Prophylaxis for occupational exposure to HIV. *Ann Intern Med* 1996; 125: 497-501.
4. Klein RS, Phelan JA, Freeman K, Schable C, Friedland GH, Trieger N, et al. Low occupational risk of human immunodeficiency virus infection among dental professionals. *N Eng J Med* 1988; 318: 86-90.
5. Wong ES, Stotka JL, Chinchilli VM, Williams DS, Stuart G, Markowitz SM. Are universal precautions effective in reducing the number of occupational exposures among health care workers? A prospective study of physicians on a medical service. *JAMA* 1991; 265: 1123-1128.
6. Actualización epidemiológica de las ETS/VIH/SIDA. Análisis de la situación del SIDA y las ETS del segundo trimestre de 1998. *SIDA-ETS Méx* 1998; 4(3): 93-107.
7. Pezzotti P, Napoli PA, Acciai S, Boros S, Urciuoli R, Lazzeri V, et al. Increasing survival time after AIDS in Italy: the role of new combination antiretroviral therapies. *AIDS* 1999; 13: 249-255.
8. Centers for Disease Control. Possible transmission of human immunodeficiency virus to a patient during an invasive dental procedure. *MMWR* 1990; 39: 489-493.
9. Crandall KA. Intraspecific phylogenetics: support for dental transmission of human immunodeficiency virus. *J Virol* 1995; 69: 2351-2356.
10. Update: transmission of HIV infection during an invasive dental procedure-Florida. *MMWR* 1991; 40: 21-33.
11. Robinson P, Challacombe S. Transmission of HIV in a dental practices the facts. *Br Dent J* 1993; 175: 383-384.
12. Ou CY, Ciesielski CA, Myers G, Bandea CI, Luo CC, Korber BT, et al. Molecular epidemiology of HIV transmission in a dental practice. *Science* 1992; 256: 1165-1171.
13. Ciesielski CA, Marianos DW, Schochetman G, Witte JJ, Jaffe HW. The 1990 Florida dental investigation. The press and the science. *Ann Intern Med* 1994; 121: 886-888.
14. Root-Bernstein RS. Dental and research transmission of acquired immune deficiency syndrome? Or, is there any evidence that human immunodeficiency virus is sufficient to cause acquired immunodeficiency syndrome?. *Medical Hypotheses* 1996; 47: 117-122.
15. Jaffe HW, McCurdy JM, Kalish ML, Liberti T, Metellus G, Bowman BH, et al. Lack of HIV transmission in the practice of a dentist with AIDS. *Ann Intern Med* 1994; 121: 855-859.

16. Dickinson GM, Morhart RE, Klimas NG, Bandea CI, Laracuent JM, Bisno AL. Absence of HIV transmission from an infected dentist to his patients. An epidemiologic and DNA sequence analysis. *JAMA* 1993; 269: 1802-1806.
17. Berry R. Court says dentist discriminated against HIV-infected patient. *J Am Dent Assoc* 1992; 123: 95-96.
18. McCarthy GM, Haji FS, Mackie ID. HIV-infected patients and dental care: nondisclosure of HIV status and rejection for treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80: 655-659.
19. Sposto MR, Goncalves F, Ferracioli A, Porter SR, Afonso W, El-Maaytah M, et al. Willingness of Brazilian dentists to treat an HIV-infected patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78: 175-177.
20. Irigoyen M, Zepeda M, Lopez-Camara V. Factors associated with Mexico City dentists' willingness to treat AIDS/HIV-positive patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86: 169-174.
21. Irigoyen ME, Zepeda MA, López-Cámara V, Mejía AM, Olvera D. Modelo predictivo sobre la disposición de un grupo de dentistas para tratar pacientes con SIDA o VIH positivos. En: *Temas selectos de investigación clínica III*. México: UAM-X, 1997: 59-76.
22. Hardie J. AIDS and dentistry: a retrospective analysis of the Florida case. *J Can Dent Assoc* 1993; 59: 987-91, 1000.
23. Wilson NH, Bruke FJ, Cheung SW. Factors associated with dentists' willingness to treat high-risk patients. *Br Dent J* 1995; 178: 145-148.
24. Bennett EM, Weyant RJ, Wallich JM, Green G. A national survey: dentist's attitudes towards the treatment of HIV-positive patients. *J Am Dent Assoc* 1995; 126: 509-514.
25. Broder HL, Russell SL, Varagiannis E, Reisine ST. Oral health perceptions and adherence with dental treatment referrals among caregivers of children with HIV. *AIDS Educ Prev* 1999; 11: 541-551
26. Gentry EM, Nowak G, Salmon CT, Gerbert B, Bleecker T, Colclough GJ, et al. Addressing the public's concerns about human immunodeficiency virus transmission in health-care settings. *Arch Intern Med* 1993; 53(20): 2334-2340.
27. Porter SR, Peake G, Scully C, Samaranyake LP. Attitudes to cross-infection measures of UK and Hong Kong patients. *Br Dent J* 1993; 175: 254-257.
28. Cohen LA, Grace EG, Ward MA. Maryland residents' attitudes toward AIDS and the use of dental services. *J Public Health Dent* 1992; 52: 81-85.
29. Scheutz F. HIV infection and dental care: views and experiences among HIV-seropositive patients. *AIDS Care* 1990; 2: 37-42.
30. Angelillo IF, Villari P, D'Errico MM, Grasso GM, Ricciardi G, Pavia M. Dentists and AIDS: a survey of knowledge, attitudes, and behavior in Italy. *J Public Health Dent* 1994; 54: 145-152.
31. Hudson-Davies SC, Jones JH, Sarll DW. Cross-infection control in general dental practice: dentists' behaviour compared with their knowledge and opinions. *Br Dent J* 1995; 178: 365-369.
32. Hellgren K. Use of gloves among dentists in Sweden a 3 year follow up study. *Swedish Dent J* 1994; 18: 9-14.
33. Robinson P, Kakrzewska JM, Maini M, Williamson D, Croucher R. Dental visiting behaviour and experiences of men with HIV. *Br Dent J* 1994; 176: 175-179.
34. Maupomé-Cervantes G, Borges-Yañez SA. Actitudes y costumbres para el control de infección por VIH y hepatitis B en estudiantes de odontología. *Salud Pública Méx* 1993; 35: 642-650.
35. Gerbert B. AIDS and infection control in dental practice: dentists' attitudes, knowledge, and behaviour. *J Am Dent Assoc* 1987; 114: 311-314.
36. Hazelkorn HM. Do dentists have sufficient information about their patients to control infection? *J Dent Educ* 1990; 54: 149-152.
37. Gruninger SE, Siew C, Chang S-B, Clayton R, Leete JK, Hojvat SA, et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection among dentists. *J Am Dent Assoc* 1992; 123: 57-64.
38. Gilmore N, Somerville M. Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases: overcoming 'them' and 'us'. *Soc Sci Med* 1994; 39: 1339-1358.
39. Sepúlveda-Amor J, Del Río-Zolezzi A, Valdespino-Gómez JL, García-García ML, Velázquez-Velázquez L, Volkow P. La estrategia de la prevención de la transmisión del VIH/SIDA a través de la sangre y sus derivados en México. *Salud Pública Méx* 1995; 37: 624-635
40. Robinson PG, Challacombe SJ, Sheiham A. Oral examination: a screening tool for HIV infection? *Sex Trans Infect* 1998; 74: 345-348.
41. Ramirez-Amador V, Reyes-Teran G, Ponce-de-Leon S. Oral lesions of HIV-infection in Mexico City. In: Greenspan JS, Greenspan D, ed. *Oral manifestations of HIV infection*. Quintessence Publishing Co, 1995: 73-79.

Reimpresos:
 CD Lilly Esquivel-Pedraza
 Salmon 84 No. 6
 Col. Del Mar, C.P. 13270
 México, D.F.
 Tel: 5 845-97-70,
 Tel. Ofna. 5 528-48-48 ext 232
 Correo electrónico: lillyep@hotmail.com