



# Experiencias de pacientes con VIH/SIDA y respuestas de odontólogos ante el tratamiento dental en la Ciudad de México

Velia A Ramírez-Amador,\*  
Víctor López-Cámara,\*  
Gabriela Anaya-Saavedra,\*  
Norma Lara-Flores\*

\* Profesores Investigadores, Departamento de Atención a la Salud.

## Resumen

**Objetivos:** Identificar el grado de aceptación de un grupo de odontólogos de práctica privada ante la posibilidad real de atender a pacientes con VIH/SIDA, y las experiencias de estos pacientes al solicitar atención odontológica en la Ciudad de México. **Diseño:** Estudio transversal, observacional y descriptivo desarrollado de abril 2005 a marzo 2006. **Métodos:** El estudio incluyó un grupo de 400 odontólogos de práctica general, elegidos por un procedimiento aleatorio sistemático que respondieron a una entrevista telefónica, y 400 individuos con VIH/SIDA de dos centros de referencia para VIH en la Ciudad de México que aceptaron llenar un cuestionario anónimo. **Resultados:** El 54.5% de los 400 odontólogos no aceptaron atender pacientes con VIH/SIDA, argumentando entre otras razones, sentirse en riesgo, falta de equipo y tiempo. De los pacientes que solicitaron servicio dental privado, 36.7% no informaron al dentista sobre su condición serológica, mientras que en los servicios públicos no informaron en un 4%. Los motivos más frecuentes fueron: temor al rechazo, no considerarlo necesario y confidencialidad. **Conclusiones:** Este estudio enfatiza la necesidad de formar dentistas con responsabilidad ética, habilidades y conocimientos, que les permita brindar atención estomatológica no discriminatoria a personas con VIH/SIDA.

**Palabras clave:** VIH, SIDA, odontología.

## Abstract

**Objective:** To identify the degree of acceptance in a group of private practice dentists to attend HIV/AIDS patients and the patient's experience seeking dental attention in the Mexico City area. **Study design:** Cross-sectional, observational and descriptive performed from April 2005 to March 2006. **Method:** 400 general practice dentists randomly selected answered a phone interview. Four hundred persons with HIV/AIDS in two reference centers for HIV accepted to answer an anonymous questionnaire. **Results:** 54.5% of the 400 dentists did not accept in their offices HIV/AIDS patients; the main argument was that they felt at risk, lack of equipment, and time. Among the patients seeking private dental attention 36.7% did not inform the dentist of their serologic condition, however in public services 4% did not inform. The main reasons were: fear to be rejected, not considered necessary and confidentiality. **Conclusions:** It is emphasized the need to form dental practitioners with ethical responsibility, skills and knowledge that will allow them to provide non-discriminatory dental care to HIV/AIDS infected individuals.

**Key words:** HIV, AIDS, dentistry.

Universidad Autónoma Metropolitana  
Unidad Xochimilco. México, D.F.

Recibido para publicación: 30-Enero-2007

## Introducción

En México, el número de personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa en aumento, hasta el 30 de junio de 2006 se habían contabilizado 105,170 casos de SIDA, calculándose alrededor de 182,000 personas viviendo con VIH/SIDA.<sup>1</sup> Por otro lado, en los últimos años la sobrevida de los pacientes con VIH/SIDA se ha incrementado como consecuencia del uso de la terapia antirretroviral combinada,<sup>2</sup> y con ello, sus requerimientos de atención dental. Es por ello que los odontólogos deben asumir la responsabilidad de brindar a estos pacientes atención dental integral, interactuando con el equipo médico,<sup>3,4</sup> así como estar capacitados en la identificación, diagnóstico y manejo de las lesiones bucales asociadas con el VIH.<sup>3,5,6</sup>

En estudios realizados en diferentes países, se ha documentado que aún existe falta de disposición de los dentistas para tratar pacientes infectados, incluso, se han desarrollado modelos que identifican las variables que influyen en la aceptación o rechazo de los profesionales frente a estos pacientes.<sup>7</sup> Asimismo, se han descrito algunas barreras que inhiben la demanda y uso de servicios odontológicos como parte del tratamiento integral de los pacientes con VIH/SIDA, algunas de ellas relacionadas con limitaciones económicas, falta de servicios disponibles, el temor a ser rechazados y la falta de confidencialidad acerca de su enfermedad.<sup>8</sup>

En México, la información sobre la disposición de los dentistas para tratar a las personas con VIH/SIDA es limitada. Los escasos estudios realizados se han basado en encuestas de opinión sobre la responsabilidad del odontólogo,<sup>9-11</sup> los cuales no necesariamente reflejan la conducta de este profesional frente a los casos reales. Adicionalmente, en nuestro país no existen mecanismos legales que regulen el comportamiento de los odontólogos sobre la atención de pacientes infectados o que eviten que estos pacientes sean discriminados por su seropositividad al VIH. La Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Atención Buco-Dental, únicamente establece lineamientos sobre las medidas de bioseguridad en el consultorio dental, pero no señala alguna obligatoriedad sobre la atención a dicha población.<sup>12</sup>

En cuanto a la dificultad representada por las necesidades no atendidas en personas con VIH/SIDA, que tienen problemas de salud bucal, no hay estudios en México que hayan explorado su experiencia frente a la búsqueda de atención dental y las barreras que estos pacientes pudieron haber encontrado al solicitar servicios odontológicos.

En este sentido, el presente estudio ofrece información sobre el grado de aceptación de un grupo de odontólogos de práctica privada ante la posibilidad real de aten-

der a pacientes con VIH/SIDA y también identifica las experiencias que estos pacientes han tenido al solicitar atención odontológica, en la Ciudad de México. Los resultados se discuten a partir de hallazgos semejantes y diferencias respecto de estudios previos realizados en México y otros países, enfatizando la necesidad de que la formación de futuros odontólogos refuerce su capacidad técnica y su responsabilidad social ante la atención odontológica de pacientes con VIH/SIDA.

## Material y métodos

Estudio transversal, observacional y descriptivo, que incluyó un grupo de 400 odontólogos, 296 (74%) hombres, 383 (96%) de práctica general; elegidos por un procedimiento aleatorio sistemático utilizando el directorio telefónico de la Ciudad de México, del 1 de abril al 24 de junio del 2005. Un segundo grupo estuvo conformado por 400 individuos con VIH/SIDA (321/80% hombres) con una mediana de edad de 36 ( $Q_1$ - $Q_3$ : 30-43) años, que acudían a consulta médica de rutina en dos centros de referencia para VIH en la Ciudad de México (214/53.5% del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán» [INCMNSZ] y 186/46.5% de la Clínica Especializada Condesa [CEC]), de junio de 2005 a marzo de 2006.

Se consultó telefónicamente a los odontólogos seleccionados sobre su disponibilidad para atender a un paciente adulto con VIH, utilizando 2 preguntas estructuradas: una, con el fin de saber si aceptaría proporcionar atención odontológica básica a un paciente con esta condición y la segunda en su caso, las razones para no hacerlo.

Los pacientes con VIH/SIDA de los centros de referencia señalados, previo consentimiento informado, respondieron a un cuestionario con carácter anónimo, basado en 17 preguntas de auto-respuesta que incluyeron información sobre el género, la edad, la fecha de diagnóstico de la infección con VIH, fecha de su última solicitud de atención odontológica, servicio al que acudió y resultados de su solicitud. Sobre este último aspecto las preguntas se refirieron al motivo de la consulta, si habían informado al odontólogo sobre su condición serológica, el número de rechazos, las razones que aludió el profesional y, en caso de ser aceptados, si hubo alguna restricción y cuál fue. Se incluyó una pregunta abierta para que el entrevistado (a) expresara su opinión respecto a la atención odontológica recibida.

Los universos de estudio (dentistas y pacientes) fueron independientes y únicamente se relacionaron con respecto a las respuestas obtenidas sobre la disposición a ofrecer atención odontológica en el caso de los primeros, y el haber tenido acceso a ésta en los segundos. En ambos grupos se garantizó el anonimato de los respondientes.

## Análisis estadístico

Se obtuvieron proporciones para las variables nominales y categóricas, y mediana e intervalo intercuartilar ( $Q_1$ - $Q_3$ ) para las variables dimensionales. Con el fin de comparar las variables nominales y dimensionales entre los grupos, se utilizaron las pruebas  $\chi^2$  de Pearson y U-Mann-Whitney, a un nivel de confianza del 95%. Los datos obtenidos fueron analizados en el programa estadístico SPSS v.14.

## Resultados

### Entrevistas a odontólogos

Ciento ochenta y dos (45.5%) de los 400 odontólogos a quienes se les solicitó telefónicamente una cita, aceptaron atender a un paciente con VIH/SIDA [133 hombres (45.1%), 49 mujeres (47.1%)] ( $p = 0.617$ ); de ellos, 11 (6.0%) plantearon algún tipo de restricción, como la necesidad de incrementar el costo del tratamiento,<sup>7</sup> atender al paciente en un horario especial<sup>1</sup> y la necesidad de contar con datos de laboratorio.<sup>3</sup>

De los 218 (54.5%) odontólogos que no aceptaron atender pacientes con VIH/SIDA, 102 (46.8%) no dieron alguna explicación, y 116 (53.2%) argumentaron diferentes razones, las cuales se describen en el *cuadro I*.

### Encuestas a pacientes

De los 400 pacientes entrevistados, 320 (80%) correspondieron al género masculino (82% en CEC y 78% en INCMNSZ); la mediana de edad de los individuos de la CEC fue menor (34 [ $Q_1$ - $Q_3 = 27$ -39] años) que la de los pacientes del INCMNSZ (38 [ $Q_1$ - $Q_3 = 33$ -45] años) ( $p < 0.0001$ ). Los pacientes provenientes de la CEC reportaron menor tiempo desde que fueron diagnosticados con VIH/

SIDA hasta la fecha de la encuesta (791 [ $Q_1$ - $Q_3 = 296$ -1680] días), que aquéllos provenientes del INCMNSZ (2100 [ $Q_1$ - $Q_3 = 1219$ -3106] días) ( $p < 0.0001$ ).

De los 400 pacientes con VIH/SIDA entrevistados, 295 (179 INCMNSZ y 116 CEC) (73.7%) indicó haber solicitado atención dental una vez conocido su estado serológico, de ellos, 53 (17.9%) eran del género femenino y 242 (75.9%) del masculino ( $p = 0.080$ ). De los 295 pacientes que solicitaron atención dental, 27 (9%) fueron rechazados por el primer dentista a quien solicitaron atención (6 pacientes en los servicios públicos y 21 por dentistas privados), recibiendo atención odontológica en la segunda ocasión que lo solicitaron. Ciento treinta y cuatro (45.4%) de los pacientes que recibieron atención odontológica comentaron estar satisfechos con la atención recibida; el resto (54.6%), no expresó algún comentario al respecto.

Los principales motivos que refirieron los pacientes para solicitar atención dental se muestran en el *cuadro II*, encontrándose una diferencia significativa limítrofe entre los dos centros de atención ( $p = 0.046$ ). En la CEC, la mayor proporción de pacientes (46.6%) solicitaron atención odontológica por problemas dentarios, en contraste con los pacientes del INCMNSZ, que solicitaron atención dental con mayor frecuencia por requerir prótesis, y por tener problemas con los tejidos blandos (28.8%).

La mayor parte de los pacientes del INCMNSZ 118/179 (65.9%) refirieron haber solicitado consulta dental privada, en contraste con 42/116 (36%) del grupo de CEC ( $p < 0.0001$ ). Cuarenta y tres de los 117 pacientes que solicitaron servicio dental privado (36.7%) no informaron al dentista sobre su condición (*Cuadro III*). La mayor proporción de ellos se encontró en la CEC (35.7%, 15/42) en comparación con 23.9% de los pacientes del INCMNSZ (28/117). Los dentistas de los servicios públicos no fueron informados solamente por 5 pacientes (4%). No se encontró relación entre el informar al odontólogo y el

**Cuadro I.** Razones de los dentistas para no brindar atención odontológica a los pacientes con VIH/SIDA.

Razones	Hombres (n = 162)		Mujeres (n = 55)		Total (n = 218)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Riesgo para el dentista	53	(32.7)	13	(23.6)	67	(30.7)
Falta de equipo/material especializado	14	(8.6)	3	(5.5)	17	(7.8)
Falta de tiempo	7	(4.3)	6	(10.9)	13	(6.0)
Sugirió solicitar cita posteriormente	7	(4.3)	4	(7.3)	11	(5.0)
Abandono de sus pacientes al enterarse que atendía pacientes infectados por VIH	3	(1.9)	2	(3.6)	5	(2.3)
Rechazo a pacientes homosexuales	2	(1.2)	1	(1.8)	3	(1.4)
No especificó	76	(46.9)	26	(47.3)	102	(46.8)

**Cuadro II.** Motivos para solicitar atención odontológica.

	CEC (n = 116)		INCMNSZ (n = 180)		Total (n = 296)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Problemas dentarios	54	(46.6)	55	(30.6)	109	(36.8)
Dolor	29	(25.0)	42	(23.3)	71	(24.0)
Prótesis	10	(8.6)	26	(14.4)	36	(12.2)
Problemas con tejidos blandos	8	(6.9)	26	(14.4)	34	(11.5)
Problemas no urgentes	11	(9.5)	23	(12.8)	34	(11.5)
No especificó	4	(3.4)	8	(4.4)	12	(4.1)

**Cuadro III.** Proporción de pacientes que no informaron al dentista seropositividad al VIH.

	CEC (n = 116)		INCMNSZ (n = 180)		Total (n = 296)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Dentista privado						
Informó	27	(64.3)	89	(76.1)	116	(73.0)
No informó	15	(35.7)	28	(23.9)	43	(36.7)
Dentista público						
Informó	72	(97.3)	59	(95.2)	131	(96.3)
No informó	2	(2.7)	3	(4.8)	5	(3.7)

tiempo transcurrido entre la fecha de diagnóstico y la aplicación de la encuesta ( $p = 0.472$ ).

Los motivos más frecuentes por los cuales los pacientes no informaron al dentista sobre su estado serológico se muestran en el *cuadro IV*. Algunos comentarios expresados por los pacientes fueron: «No le he contado que soy portador pues no tiene por qué saberlo, es algo personal y si él no se cuida pues es su responsabilidad» y «No he comentado que soy portador porque no hay una preparación de los especialistas, para atender a personas infectadas».

Ciento cuatro pacientes no habían solicitado atención dental (26%), debido en 28 de ellos (27%) a que no querían que el dentista supiera su estado serológico por temor a ser rechazado, 8 (7.7%) mencionaron que no necesitaban atención dental, otro 7.7% expresaron razones diversas, y 60 (57.7%) no informaron.

## Discusión

El presente trabajo, en el que el 45.5% de los odontólogos a quienes se les solicitó una cita aceptó tratar a personas con VIH/SIDA, representa el primer estudio realizado en México en el que se ha obtenido información directa sobre el grado de aceptación de los odontólogos

**Cuadro IV.** Razones para no informar al dentista sobre su estado al VIH.

Razones	n	(%)
Temor al rechazo	11	(25.0)
No lo consideró necesario	11	(25.0)
Temor a que se supiera su condición VIH/SIDA	10	(22.7)
No tenía diagnóstico de VIH confirmado	3	(6.8)
No dio alguna razón	8	(18.2)
Desconfianza en la capacidad profesional del dentista	1	(2.3)

Cinco pacientes comentaron al dentista padecer otra condición infecciosa (cuatro de ellos, hepatitis)

ante la posibilidad real de atender a estos pacientes, y que estudia las experiencias y comentarios de un grupo independiente de pacientes con VIH acerca de su tratamiento dental.

Estudios previos realizados en la Ciudad de México, que basaron su metodología en encuestas de opinión, han informado que el 74% de los odontólogos tenía la disposición para tratar a pacientes con VIH,<sup>11</sup> y que el 87%

tenía la obligación moral y el 90% la obligación profesional de hacerlo.<sup>9,10</sup> Es importante indicar que la mayoría de los odontólogos encuestados (91%) mencionó no haber tratado pacientes con VIH/SIDA.<sup>9</sup>

En la literatura internacional, solamente dos estudios han determinado de manera similar al presente estudio, la respuesta del odontólogo ante la perspectiva de tratar a una persona con VIH/SIDA.<sup>13,14</sup> El estudio realizado en Brasil en 1994,<sup>14</sup> refiere un porcentaje (44%) similar al encontrado por nosotros (45.5%); en contraste con el estudio realizado recientemente en Jordania que reflejó una aceptación del 15% de los odontólogos.<sup>13</sup>

Otros estudios concernientes a la disposición de los dentistas para tratar a los individuos infectados con VIH (*Cuadro V*), han informado cifras que van del 45% en el Reino Unido<sup>15</sup> a 79% y 84% en Estados Unidos y Canadá, respectivamente.<sup>16,17</sup> Aun cuando se ha encontrado mayor aceptación por los dentistas masculinos,<sup>18</sup> en el presente estudio no se encontraron diferencias por género en relación a aceptar brindar atención a pacientes con VIH.

Los temores más frecuentemente mencionados en este estudio por los odontólogos para no aceptar en su consulta individuos con VIH/SIDA son similares a lo descrito en otros realizados en México,<sup>9-11</sup> en los que se han incluido razones tales como el considerar el riesgo de infectarse, perder a otros pacientes y a su propio personal si éstos conocen que han tratado a enfermos con VIH/SIDA, y el costo que representa aplicar las medidas de control de infecciones de manera rigurosa.

Estos mismos temores se han reportado en otros países como factores de rechazo a los pacientes con VIH.<sup>15,17,19-22</sup> La aceptación para la atención bucal de estos pacientes se asocia positivamente con el conocimiento y aplicación de las medidas de control de infecciones, así como con la percepción realista del riesgo ocupacional implicado y el compromiso profesional ante esta enfermedad.<sup>17,18,22,23</sup>

El conocimiento actualizado sobre la infección por VIH/SIDA influye en la actitud de rechazo o aceptación de los dentistas hacia los pacientes con VIH,<sup>15,17</sup> cada vez hay una menor proporción de profesionales renuentes a brin-

**Cuadro V.** Acceso para la atención dental de las personas adultas con VIH/SIDA.

Autor	País	Población	Dentistas que manifiestan su disposición a tratar pacientes con VIH+ (%)	Pacientes que no informan ser VIH+ (%)
Estudio actual	México	400 dentistas (cita) 296 personas con VIH/SIDA	45.5	36.7
Senna <i>et al</i> , 2005 <sup>23</sup>	Brasil	140 dentistas	55	
El-Maaytah <i>et al</i> , 2005 <sup>13</sup>	Jordania	242 dentistas (cita)	15	
Giuliani <i>et al</i> , 2005 <sup>25</sup>	Italia	913 personas con VIH/SIDA		33.2
Sujak <i>et al</i> , 2005 <sup>26</sup>	Malasia	509 personas con VIH/SIDA		32.5
Crossley <i>et al</i> , 2004 <sup>15</sup>	Reino Unido	152 dentistas	45	
Seacat & Inglehart, 2003 <sup>16</sup>	Estados Unidos de América	315 estudiantes odontología, 89 higienistas dentales	79	
Maupomé G <i>et al</i> , 2002 <sup>9</sup>	México	180 dentistas	87 – 90	
Maupomé G <i>et al</i> , 2000 <sup>10</sup>	México	196 dentistas	86 – 89	
Godin <i>et al</i> , 1999 <sup>41</sup>	Canadá	791 dentistas	75	
Charbonneau <i>et al</i> , 1999 <sup>29</sup>	Canadá	463 personas con VIH/SIDA		25
McCarthy <i>et al</i> , 1999 <sup>17</sup>	Canadá	4 281 dentistas	84	
Irigoyen ME <i>et al</i> , 1998 <sup>11</sup>	México	598 dentistas	74	
Barnes <i>et al</i> , 1996 <sup>27</sup>	Estados Unidos de América	84 personas con VIH/SIDA		30
McCarthy <i>et al</i> , 1995 <sup>28</sup>	Canadá	101 personas con VIH/SIDA		13
Scheutz & Langebaek, 1995 <sup>21</sup>	Dinamarca	249 dentistas	56.1 a 78.7	
Wilson <i>et al</i> , 1995 <sup>18</sup>	Inglaterra y Gales	1,200 dentistas	52	
Bennett <i>et al</i> , 1995 <sup>20</sup>	Estados Unidos de América	671 dentistas	67	
Angelillo <i>et al</i> , 1994 <sup>19</sup>	Italia	715 dentistas	71.9 VIH+, 66.8 SIDA	
Sposto <i>et al</i> , 1994 <sup>14</sup>	Brasil	363 dentistas (cita)	44	
Robinson <i>et al</i> , 1994 <sup>24</sup>	Inglaterra	146 personas con VIH/SIDA		34
Terry <i>et al</i> , 1994 <sup>30</sup>	Nueva Zelanda	57 personas con VIH/SIDA		26
Sadowsky & Kunzel, 1994 <sup>42</sup>	EUA	1,226 dentistas	70	

dar servicios a pacientes con VIH/SIDA, y un mayor número de dentistas que manifiestan haber atendido a estos pacientes o que estarían dispuestos a hacerlo.<sup>3,7,20,21</sup> No obstante lo anterior, los autores siguen haciendo hincapié en reducir las actitudes de rechazo de los profesionales que aún se muestran desconfiados o resistentes aun en países que, como es el caso de los Estados Unidos, se ven obligados por ley a brindarles sus servicios.<sup>7</sup>

En nuestro país no se considera ilegal el negar la atención odontológica a las personas con VIH/SIDA, además, el conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad que establece la NOM-13 aún no se han generalizado. Aunque el uso de medidas de barrera como guantes y máscaras en dentistas mexicanos es alto (97% y 98% respectivamente), sólo el 79% de ellos perciben el riesgo de infección por VIH como considerable o muy alto.<sup>9</sup>

En relación con los pacientes con VIH/SIDA que solicitaron atención odontológica, el presente estudio representa el primero en México que haya explorado directamente sus experiencias. El 36.7% de los pacientes que acudieron a servicios privados, no informó sobre su estado serológico al dentista que los trató, similar a lo reportado en el Reino Unido (34%),<sup>24</sup> Italia (33%),<sup>25</sup> Malasia (32.5%)<sup>26</sup> y Estados Unidos (30%).<sup>27</sup> Sin embargo, otros estudios en Canadá y Nueva Zelanda han informado cifras menores (13%, 25% y 26%, respectivamente) (*Cuadro V*).<sup>28-30</sup>

Las principales razones de los pacientes con VIH para no informar a los dentistas de práctica privada encontradas en el presente estudio, fueron similares a lo reportado en otros, en los que la razón más importante para no informar ha sido el temor a que el odontólogo pudiera revelar a otras personas su estado serológico, desconfianza a ser tratado de manera diferente y temor a ser rechazado.<sup>24,25,28-30</sup>

Los pacientes incluidos en el presente estudio, asisten regularmente a la CEC y al INCMNSZ, el primero, un centro gubernamental para la atención gratuita de pacientes con VIH/SIDA que no cuentan con seguridad social; y el segundo, un centro de atención especializado que establece cuotas de atención de acuerdo al nivel socioeconómico de los pacientes. Los pacientes con VIH que acuden a la CEC en su mayoría son individuos con baja escolaridad y con empleos poco remunerados o desempleados,<sup>31</sup> en contraste con los individuos que asisten al INCMNSZ quienes en una mayor proporción tienen estudios universitarios o de postgrado (33% vs 11%), son profesionistas (15% vs 4%), o tienen empleos mejor remunerados que los de la CEC. Lo anterior explica que en nuestros hallazgos, una menor proporción de los pacientes de la CEC solicitaron consulta dental privada, además de que en comparación con el INCMNSZ, un mayor número de pa-

cientes no informó al dentista privado sobre su estado al VIH. El nivel de educación bajo se ha asociado positivamente con la actitud de los pacientes para informar de su estado serológico al profesional.<sup>29</sup>

Los motivos para solicitar atención odontológica mostraron discreta diferencia entre los dos centros de referencia, siendo problemas dentarios y dolor las principales razones en la CEC, en contraste con los pacientes del INCMNSZ, quienes requerían prótesis y manifestaron problemas con los tejidos blandos. Lo anterior es similar a lo que se ha reportado en relación a que, en pacientes con VIH, un mayor grado de escolaridad, mejor nivel de ingresos y el contar con un seguro o una fuente de atención disponible, se refleja en un mejor uso de los servicios odontológicos. Las inequidades socioeconómicas que enfrentan estos pacientes son semejantes a las que se observan en otros grupos desfavorecidos de la población que buscan atención sólo en casos de dolor y emergencias.<sup>32</sup>

El reconocer la brecha que existe entre ambas facetas del problema (55.5% de los dentistas que no aceptan dar atención dental a los pacientes con VIH/SIDA y el 36.7% de ellos que no informan de su estado serológico), puede contribuir a identificar las estrategias necesarias para alentar en los dentistas una mayor confianza y seguridad en el manejo de pacientes infectados y evitar que éstos sean estigmatizados y discriminados.<sup>25</sup>

Cabe añadir que el riesgo de transmisión ocupacional del VIH entre los trabajadores de la salud es bajo, especialmente en odontología;<sup>33,34</sup> calculándose en aproximadamente 0.3% (1 en 300) después de una herida percutánea<sup>35</sup> y 0.1% (1 en 1000)<sup>36</sup> después de la exposición en la mucosa ocular, nasal o bucal.<sup>33,37</sup>

El acceso a medidas preventivas, tratamiento y seguimiento odontológico ha demostrado que mejora sustancialmente la salud bucal y la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA, reduciendo los síntomas derivados de problemas tales como caries dental y enfermedad periodontal severa.<sup>6,38</sup> Actualmente contamos con una amplia literatura orientada al manejo odontológico adecuado y la prevención de infecciones oportunistas y otras complicaciones derivadas de la inmunosupresión.<sup>6,39,40</sup>

La atención odontológica para las personas infectadas con el VIH, requiere de un esfuerzo compartido entre los investigadores sobre el tema, los profesionales y las escuelas de odontología, puesto que los aspectos científicos y éticos implicados conciernen a todos, pero principalmente representan un compromiso para las instituciones educativas encargadas de la formación de profesionales. Por esto último es indispensable evitar que en las clínicas universitarias se niegue la atención a algún tipo de paciente, o se discrimine a cualquier persona por alguna condición física o social. Los odontólogos mexi-

canos desde su formación clínica deben atender pacientes con VIH/SIDA de manera cotidiana; el compromiso de la profesión odontológica con la sociedad mexicana de ninguna manera estaría siendo cumplido si este problema no se resuelve de manera favorable.

## Referencias

1. Anónimo. *El SIDA en México. Casos de SIDA y PVVIH*. 30 de junio 2006. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2006/sidapvvih.pdf>. Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Octubre 10th, 2006.
2. CASCADE Collaboration Determinants of survival following HIV-1 seroconversion after the introduction of HAART. *Lancet* 2003; 362: 1267-1274.
3. Hodgson TA, Naidoo S, Chidzonga M, Ramos-Gomez F, Shiboski C. Identification of oral care needs in children and adults, management of oral diseases. *Adv Dent Res* 2006; 19: 106-117.
4. Glick M, Burris S. The professional responsibility for care. *Oral Dis* 1997; 3: 221-224.
5. Patton LL, Phelan JA, Ramos-Gomez FJ, Nittayananta W, Shiboski CH, Mbuguye TL. Prevalence and classification of HIV-associated oral lesions. *Oral Dis* 2002; 8: 98-109.
6. Shirlaw PJ, Chikte U, MacPhail L, Schmidt-Weshausen A, Croser D, Reichart P. Oral and dental care and treatment protocols for the management of HIV-infected patients. *Oral Dis* 2002; 8: 136-143.
7. Sadowsky D, Kunzel C. Predicting dentists' willingness to treat HIV-infected patients. *AIDS Care* 1996; 8: 581-588.
8. McCarthy GM, Haji FS, Mackie ID. Attitudes and behavior of HIV-infected patients concerning dental care. *J Can Dent Assoc* 1996; 62: 63-69.
9. Maupomé G, Borges-Yáñez SA, Díez-de-Bonilla FJ, Irigoyen-Camacho ME. Attitudes toward HIV-infected individuals and infection control practices among dentists in Mexico City- a 1999 update of the 1992 survey. *Am J Infect Control* 2002; 30: 8-14.
10. Maupomé G, Acosta-Gío E, Borges-Yáñez SA, Díez-de-Bonilla FJ. Survey on attitudes toward HIV-infected individuals and infection control practices among dentists in Mexico City. *Am J Infect Control* 2000; 28: 21-24.
11. Irigoyen M, Zepeda M, López-Cámara 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.
12. Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de las Enfermedades Bucales (NOM-013-SSA-1994)*. Available at: [http://hgm.salud.gob.mx/servmed/norm\\_norm.html](http://hgm.salud.gob.mx/servmed/norm_norm.html). May 2006.
13. El-Maaytah M, Al Kayed A, Al Qudah A, Al Ahmad H, Al-Dabbagh K, Jerjes W et al. Willingness of dentists in Jordan to treat HIV-infected patients. *Oral Dis* 2005; 11: 318-322.
14. Spoto 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; 786: 175-177.
15. Crossley ML. An investigation of dentists' knowledge, attitudes and practices towards HIV+ and patients with other blood-borne viruses in South Cheshire, UK. *Br Dent J* 2004; 196: 749-754.
16. Seacat JP, Inglehart MR. Education about treating patients with HIV infections/AIDS: the student perspective. *J Dent Educ* 2003; 67: 630-640.
17. McCarthy GM, Koval JJ, MacDonald JK. Factors associated with refusal to treat HIV-infected patients: the results of a national survey of dentists in Canada. *Am J Public Health* 1999; 89: 541-5.
18. Wilson NHF, Burke FJT, Cheung SW. Factors associated with dentists' willingness to treat high-risk patients. *Br Dent J* 1995; 178: 145-148.
19. 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.
20. Bennett ME, Weyant RJ, Wallisch JM, Green G. Dentists' attitudes toward the treatment of HIV-positive patients. *J Am Dent Assoc* 1995; 126: 509-514.
21. Scheutz F, Langebaek J. Dental care of infectious patients in Denmark, 1986-1993: theoretical considerations and empirical findings. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 226-231.
22. Kunzel C, Sadowsky D. Comparing dentists' attitudes and knowledge concerning AIDS: differences and similarities by locale. *J Am Dent Assoc* 1991; 122: 55-61.
23. Senna MI, Guimaraes MD, Pordeus IA. Factors associated with dentists' willingness to treat HIV/AIDS patients in the National Health System in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2005; 21: 217-225.
24. Robinson P, Zakrzewska JM, Maini M, Williamson D, Croucher R. Dental visiting behaviour and experience of men with HIV. *Br Dent J* 1994; 176: 175-179.
25. Giuliani M, Lajolo C, Rezza G, Arici C, Babudieri S, Grima P et al. Dental care and HIV-infected individuals: are they equally treated? *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 447-453.
26. Sujak SL, Abdul-Kadir R, Omar R. Self-disclosure of HIV status: perception of Malaysian HIV-positive subjects towards attitude of dental personnel in providing dental care. *Asia Pac J Public Health* 2005; 17: 15-18.
27. Barnes DB, Gerbert B, McMaster JR, Greenblatt RM. Self-disclosure experience of people with HIV infection in dedicated and mainstreamed dental facilities. *J Public Health Dent* 1996; 56: 223-225.
28. 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.
29. Charbonneau A, Maheux B, Béland F. Do people with HIV/AIDS disclose their HIV-positivity to dentists? *AIDS Care* 1999; 11: 61-70.
30. Terry SD, Jones JE, Brown RH. Dental-care experiences of people living with HIV/AIDS in Aotearoa New Zealand. *NZ Dent J* 1994; 90: 49-55.
31. Ramírez-Amador V, Anaya-Saavedra G, Calva JJ, Clemares-Pérez-de-Corcho T, López-Martínez C, González-Ramírez I et al. HIV-related oral lesions, demographic factors,

- clinical staging and anti-retroviral use. *Arch Med Res* 2006; 37: 646-654.
32. Mascarenhas AK, Smith SR. Access and use of specific dental services in HIV disease. *J Public Health Dent* 2000; 60: 172-181.
  33. Cleveland JL, Cardo DM. Occupational exposures to human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and hepatitis C virus: risk, prevention, and management. *Dent Clin N Am* 2003; 47: 681-696.
  34. McCarthy GM, Ssali CS, Bednarsh H, Jorge J, Wangrangsimakul K, Page-Shafer K. Transmission of HIV in the dental clinic and elsewhere. *Oral Dis* 2002; 8: 126-135.
  35. Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. *Am J Med* 1997; 102: 9-15.
  36. Ippolito G, Puro V, De Carli G. The risk of occupational human immunodeficiency virus infection in health care workers. *Arch Intern Med* 1993; 153: 1451-1458.
  37. Beltrami EM, Williams IT, Shapiro CN, Chamberland ME. Risk and management of blood-borne infections in health care workers. *Clin Microbiol Rev* 2000; 13: 385-407.
  38. Brown JB, Rosenstein D, Mullooly J, O'Keeffe Rosetti M, Robinson S, Chiodo G. Impact of intensified dental care outcomes in human immunodeficiency virus infection. *AIDS Patient Care STDS* 2002; 16: 479-486.
  39. Greenspan D, Shirlaw PJ. Management of the oral mucosal lesions seen in association with HIV infection. *Oral Dis* 1997; 3: 229-234.
  40. Phelan JA. Dental lesions: diagnosis and treatment. *Oral Dis* 1997; 3: 235-237.
  41. Godin G, Naccache H, Brodeur J-M, Alary M. Understanding the intention of dentists to provide dental care to HIV+ and AIDS patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 221-227.
  42. Sadowsky D, Kunzel C. Measuring dentists' willingness to treat HIV-infected patients. *J Am Dent Assoc* 1994; 125: 705-710.

## Reimpresos:

Velia Ramírez-Amador.  
Camino a Sta. Teresa 277-9.  
Col. Parques del Pedregal  
México D.F. 14010  
Phone: (5255) 5606-1781,  
fax: (5255) 5483-7206  
E-mail: rava1863@correo.xoc.uam.mx  
veliam@hotmai.com  
Este documento puede ser visto en:  
[www.medigraphic.com/adm](http://www.medigraphic.com/adm)