



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTOLOGA**

TEMA:

**“Protocolo que debe tener el odontólogo en la atención
quirúrgica con un paciente portador de V.I.H”**

AUTORA:

Fernanda Cencibel Indacochea Endara

TUTOR:

Dr. Hugo Salguero Arias MS.c

Guayaquil, julio del 2014

En calidad de tutores del trabajo de trabajos de titulación

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de titulación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontóloga

El trabajo de titulación se refiere a: "Protocolo que debe tener el odontólogo en la atención quirúrgica con un paciente portador de V.I.H"

Presentado por:

Fernanda Indacochea Endara

Cedula #1313924563

TUTORES:

Dr. Hugo Salguero Arias MSc
Tutor Académico

Dra. Elisa Llanos R.
Tutor Metodológico

Dr. Miguel Álvarez Avilés MSc.
Decano (e)

Guayaquil, julio del 2014

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual de la autora.

Fernanda Indacochea Endara

1313924563

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi padre celestial, por ponerme en mi camino a las personas indicadas en el momento y lugar indicado, contando con el apoyo de un hombre maravilloso que me dio por esposo André Calero el cual ha sido mi más grande pilar mi mayor fundamento se lo agradezco infinitamente.

Agradezco a mis padres que les debo la vida, lo que soy y por sus buenas enseñanzas e infinito amor.

Agradezco a mi familia por brindarme su apoyo infinito e incondicional a mis hermanas e hermanos y mis tías.

Agradezco a mi mejor amiga Shayla Goyes por estar conmigo en las buenas y malas.

Agradezco a los abuelitos de mi esposo, que cuidan de mi hijo, mientras yo hago posible mi objetivo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo y todo mi esfuerzo al ser supremo y padre celestial que ilumina mi vida diariamente, a mi esposo que con su apoyo y esfuerzo juntos hemos logrado este objetivo, a mis padres que con su amor y enseñanza me guiaron por un buen camino y a cada persona que aportó con un granito de arena para que mi más grande sueño se realizara.

INDICE GENERAL

Contenidos	pág.
Caratula	I
Carta de Aceptación de los tutores	II
AUTORIA	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice General	VI
Índice de Gráficos	IX
Resumen	X
Abstract	XI
Introducción	1
 CAPITULO I	
EL PROBLEMA	2
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Formulación de la pregunta	2
1.3 Delimitación del problema	2
1.4 Preguntas de investigación	3
1.5 Formulación de Objetivos	3
1.5.1 Objetivo General	3
1.5.2 Objetivos Específicos	3
1.6 Justificación de la investigación	4
1.7 Valoración crítica de la investigación	5
 CAPITULO II	6
1. MARCO TEORICO	6
2.1 Antecedentes de la investigación	6
2.2 Bases teóricas	9
2.2.1 Origen y evolución del VIH	9
2.2.2 Historia natural de la infección por VIH/SIDA	10
2.2.2.1 Clasificaciones de la infección por VIH/SIDA	11
2.2.2.3 Vías de transmisión	12
2.2.2.3.1 Condiciones para la transmisión	13
2.2.4 Estimación del riesgo	13
2.2.5 Manifestaciones orales del sida	17

INDICE GENERAL

Contenidos	pág.
2.2.6 Protocolo de atención para individuos VIH/SID	18
2.2.7 Plan de tratamiento	20
2.2.8 Generalidades de bioseguridad	21
2.2.9 Normas de atención de pacientes con sida o VIH positivos en quirófano	22
2.3 Marco Conceptual	23
2.4. Marco Legal	23
2.5 Elaboración de la hipótesis	26
2.6 Identificación de las variables	26
2.7 Operacionalización de las variables	27
 CAPITULO III	 28
2. METODOLOGÍA	28
3.1 Nivel de investigación	28
3.2 Diseño de la investigación	30
3.3 Instrumentos de recolección de información	30
3.3.1 Talentos Humanos	30
3.3.2 Recursos Materiales	31
3.4 Población y muestra	31
3.5 Fases metodológicas	31
4. Conclusiones	32
5. Recomendaciones	33
Bibliografía	

RESUMEN

En la práctica clínica, los profesionales de la odontología están expuestos a una amplia variedad de microorganismos capaces de causar enfermedad. El uso de instrumentos punzantes o cortantes y el contacto con fluidos orgánicos potencialmente contaminados conllevan, como en otras especialidades médicas y quirúrgicas, un riesgo de transmisión de infecciones al personal clínico y al paciente. Cuando se compara la incidencia de ciertas enfermedades infecciosas se observa que es mayor en los odontólogos estomatólogos que en el resto de la población y hay casos documentados de transmisión de estas enfermedades en el ámbito dental. La mayoría de estos microorganismos transmisibles son virus y en menor medida bacterias. De la misma manera hay que destacar a su vez que el operador es portador de microorganismos en sus manos y cuerpo en general, por lo que el contacto repetitivo entre profesional y paciente con tales características, de potenciales portadores de enfermedad, lo que hace necesario tomar diferentes medidas de precaución cruzada. Además se debe considerar que el perfil de la atención odontológica ha cambiado enormemente en los últimos años, producto de la aparición de nuevas enfermedades, incorporación de nuevas tecnologías de tratamiento. La infección por VIH /SIDA se considera una de los mayores problemas de la salud que azota la humanidad. La pandemia se convirtió en una enfermedad transmisible y más temible del pasado siglo y aun en este no hay respuesta científica adecuada, con tratamientos preventivos, vacunas o terapéutico solo se han producido drogas que detienen la réplica del virus en diferentes estadios de la misma a un inapreciable costo de la calidad de vida de los infectados.

PALABRAS CLAVES: Protocolo de atención - Odontología - pacientes portador de V.I.H

ABSTRACT

In clinical practice, dental professionals are exposed to a wide variety of microorganisms capable of causing disease. Using sharp or cutting instruments and contact with potentially contaminated body fluids involve, as in other medical and surgical specialties, a risk of transmission of infection to clinical staff and patients. When the incidence of certain infectious diseases compared is observed to be higher in dentist's than in the rest of the population and there are documented cases of transmission of these diseases in the dental field. Most of these microorganisms are transmissible virus bacteria and to a lesser extent. Likewise it should be noted as well that the operator carries microorganisms on their hands and body in general, so that repetitive contact between professional and patient with such characteristics, potential carriers of disease, making it necessary to take different cross precaution measures. Also you should consider that the profile of dental care has changed dramatically in recent years, due to the emergence of new diseases, introduction of new treatment technologies. The infection HIV / AIDS is considered one of the major health problems plaguing mankind. The pandemic became a communicable and scariest disease of the last century and even in the absence of proper scientific response, preventive, therapeutic vaccines or treatments occurred only drugs that stop the replication of the virus at different stages of the same to a negligible cost of the quality of life of those infected.

KEYWORDS: Care Protocol - Dentistry - Carrier HIV patients

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es un aspecto particularmente importante en personas portadoras de VIH/SIDA, pues por su condición sufren de infecciones oportunistas que causan serios problemas al paciente (Chabormean O, 1999) Algunos autores consideran que entre 30-80% de estas personas sufren de infecciones por hongos, leucoplasias y otras manifestaciones bucales propias de la infección por el VIH (Strain W, 2005)(Reznik D, 2005)

Por ello la identificación temprana, el mantenimiento de una adecuada higiene bucal y la visita periódica al odontólogo son tres de los aspectos más importantes en la prevención. Debido al papel que juegan los odontólogos en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la cavidad bucal, es necesario que los portadores de VIH/SIDA tengan fácil acceso a los servicios prestadores de salud.

Aun cuando el temor al contagio del VIH en la práctica odontológica persiste debido a la posible transmisión del virus en el consultorio dental, (Magis C, 2000) en la actualidad existe creciente demanda de asistencia odontológica a las personas portadoras de VIH, pues el número de casos ha ido en ascenso. Sin embargo la mayoría de las investigaciones coinciden en señalar que existe un carácter estigmatizante de la enfermedad y el miedo al contagio son los argumentos más reportados por parte de los profesionales de la odontología para rechazar a estos enfermos.

La salud bucal juega un papel importante en las personas portadoras de VIH/SIDA por lo que se espera que sean los odontólogos y en particular los odontólogos generales en quienes recaiga la mayor responsabilidad para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas más comunes en estos pacientes. El presente trabajo de investigación determina "Protocolo que debe tener el odontólogo en la atención quirúrgica con un paciente portador de V.I.H"

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El conocimiento y actitud de los odontólogos hacia las personas portadoras de VIH/SIDA juega un papel importante en la prevención y tratamiento de las enfermedades de la cavidad bucal.

Uno de los grandes problemas de los estudiantes, y profesionales es al momento de estar con un paciente portador de VIH sida en una en un acto quirúrgico, no tienen el suficiente conocimiento y actitud acerca de las manifestaciones que presenta dicho portador y debido al papel que juegan los odontólogos en el diagnóstico, prevención y tratamiento. Por dicha razón es necesario manejar cierta actitud de los odontólogos frente a estos pacientes, sugiriendo una protocolo que el futuro odontólogo y profesional se guie e incorpore estrategias y tomen medidas frente a pacientes con VIH sida.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo incide el protocolo quirúrgico en la atención de pacientes con V.I.H?

1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Tema: Protocolo que debe tener el odontólogo en la atención quirúrgica con un paciente portador de VIH

Objeto de estudio: Paciente con VIH sida

Campo de acción: Odontólogo en acto quirúrgico

Área: Pregrado

Periodo: 2013-2014

1.4 PREGUNTAS RELEVANTES DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el protocolo quirúrgico en pacientes con VIH?

¿Cuál es el mecanismo de la infección de este virus en el consultorio dental?

¿Cuáles son las etapas de esta enfermedad y vías de transmisión?

¿Qué tipo de manifestaciones orales presenta esta enfermedad?

¿Cuáles son las normas de bioseguridad ante el VIH?

1.5 FORMULACION DE OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar un protocolo de atención quirúrgico que debe tener el odontólogo con un paciente portador de V.I.H

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar, los mecanismos de transmisión de los agentes microbianos en la práctica profesional.
2. Definir, el protocolo quirúrgico odontológico para pacientes con V.I.H
3. Describir, los riesgos, que puede generar al tratar al paciente con V.I.H

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Relevancia Social

Esta investigación tiene relevancia para la ciencia odontológica porque nos da una guía para manejar a paciente con VIH en el acto quirúrgico cumpliendo todo las bioseguridades y conocimientos acerca de dicha enfermedad, está influenciada por la severidad del accidente y por el tipo de patógeno implicado.

Implicación practica

Los profesionales de la odontología están expuestos en su trabajo a diferentes agentes biológicos. Además de los virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en los que se evalúan los riesgos de transmisión de enfermedades de tipo infeccioso en base a información sobre la epidemiología y las circunstancias de las exposiciones a sangre entre el personal odontológico.

Valor teórico

Este trabajo posee un gran valor teórico ya que se aplica recomendaciones preventivas así como de la asistencia a cursos de formación continuada sobre prevención de los riesgos, lo que puede generar miedos a ser infectados y cambien sus actitudes y sean más tolerantes al tratar al paciente con VIH.

Utilidad metodológica

El presente estudio permitirá tener un guía profesional de que manera llevar acabo y la prevención en el acto quirúrgico con un paciente portador de VIH.

1.7 VALORACION CRITICA DE LA INVESTIGACION

Los aspectos generales de evaluación son:

Delimitado: el delimitado porque al realizar la investigación de personal capacitado necesita de un tiempo y espacio para tratar a un paciente portador.

Evidente: redactado en forma precisa, fácil de comprender e identificar con ideas concisas.

Relevante: es importante para la comunidad odontológica

Identifica los productos esperados: útil, que contribuye a la actualización de conocimiento de alumnos y docentes

Contextual: Se detalla las normas de bioseguridad que debe tener el profesional en el acto quirúrgico.

Concreto: Mediante la realización de un protocolo de bioseguridad tendremos unos conocimientos acertados acerca de dicha enfermedad y sus precauciones en el acto quirúrgico.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

El VIH se transmite por vía parenteral. La fuente principal de infección es la sangre y sus derivados de aquellos individuos que son seropositivos. El virus también se encuentra en otros fluidos orgánicos y entre ellos la saliva, aunque con poca concentración(Levy JA)y por tanto la transmisión vía secreciones orales se considera poco relevante. La magnitud del riesgo de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana al personal sanitario en general y en concreto al personal dental puede ser examinada de diferentes maneras:

En estudios de cero prevalencia del HIV en personal sanitario; en estudios de seroconversiones documentadas o probables en trabajadores sanitarios después de una exposición laboral; en estudios prospectivos de personal sanitario que ha sufrido una exposición laboral(Barr CE, 1992)

Hay pocas diferencias en los porcentajes de seropositividad si comparamos los trabajadores sanitarios con aquellos que no lo son. De hecho la mayoría de seropositivos presentan factores de riesgo reconocidos como relaciones homosexuales, usuarios de drogas por vía intravenosa, etc. y en el grupo de aquellos que no presentan ninguno de estos factores de riesgo no hay una proporción significativa de trabajadores sanitarios.

Las seroconversiones documentadas en trabajadores sanitarios se clasifican en confirmadas y probables. Las seroconversiones confirmadas son las que cumplen los siguientes criterios: ha habido una exposición laboral a un paciente con infección conocida por el VIH; dentro de los primeros días después de la exposición el trabajador sanitario presenta un test al VIH negativo; posteriormente el test al VIH hace positivo; no existen

otros factores de riesgo. De estos casos confirmados la mayoría son enfermeras o técnicos de laboratorio. No hay ningún caso confirmado en dentistas o en personal dental. Las seroconversiones probables son aquellos casos que no cumplen los criterios anteriores pero que se sospecha que el virus ha sido transmitido en el lugar de trabajo. Entre estos casos hay descrito un dentista de Nueva York sin otros factores de riesgo conocidos y que probablemente adquirió la infección en el desempeño de su trabajo.(Chamberland ME, 1991)

Los estudios prospectivos analizan que porcentaje de seroconversiones ocurre después que un trabajador sanitario sufra una exposición ocupacional. El más citado de todos ellos, realizado en los Centros para el Control de Enfermedad (CDC) de los Estados Unidos pero que recoge casos de otros países, registra por el momento cuatro seroconversiones en aproximadamente 1100 trabajadores sanitarios con exposiciones percutáneas. A modo de resumen, estos estudios realizados durante más de 10 años en Europa y los Estados Unidos han cuantificado este riesgo de seroconversión en aproximadamente 0,33% después de una exposición percutánea.

El riesgo de seroconversión tras una exposición mucocutánea es aún menor (aproximadamente un 0,09%).(Hipólito G, 1993) Tras más de 15 años de experiencia y de millones de procedimientos realizados, únicamente se ha descrito un caso documentado de transmisión del HIV de un trabajador sanitario portador del VIH a seis de sus pacientes.

El modo exacto de esta transmisión, sin embargo, permanece desconocido. El seguimiento, por los CDC (Centers for Disease Control) de Atlanta (EE.UU.) de más de 22.000 pacientes tratados por 63 profesionales sanitarios portadores del VIH (incluyendo 33 dentistas) no ha demostrado transmisión del VIH a través de procedimientos médicos, quirúrgicos o dentales. El estudio de pacientes con SIDA sin factores de

riesgo identificados tampoco ha implicado a profesionales sanitarios portadores del VIH como origen de su infección (Dooley SW, 1990).

Las estadísticas internacionales y nacionales de accidentabilidad ocupacional y riesgo biológico en el sector salud son muy similares a las locales. Para Cali, se encontró una prevalencia del 42,6% en trabajadores del área de la salud y, de éstos, el 19,8% presentaban tres o más accidentes en el sitio de trabajo; sin embargo, un 27,5% no lo notificaron. En este mismo estudio se encontró que el 65,5% de ellos no tenía vacunación para hepatitis B (VHB) y un 16,4% eran seropositivos para esta enfermedad. La punción fue la lesión más frecuente, con un 69,2%, y heridas en el 21,8% de los casos; estas lesiones habían sido producidas por agujas hipodérmicas huecas (59%) y por instrumentos corto punzantes (18%). Se reportó una tasa de incidencia de lesiones accidentales en odontólogos del 10,2%; en auxiliares, higiene oral en un 5,4%, y en auxiliares de odontología en un 5,2%. Estas cifras sólo fueron superadas por las encontradas en relación con bacteriólogos y laboratoritos. El estudio reveló que solamente una tercera parte de los trabajadores implicados en accidentes siguieron los pasos del protocolo de bioseguridad en los procedimientos del trabajo. (Velásquez, 2006)

Se observó si el traslado y la disposición final de los residuos sólidos cumplen con las normas establecidas. Las variables de estudio fueron: sexo, tiempo de ejercicio profesional, utilización de elementos de bioseguridad: uso de guantes y mascarilla por el operador y el asistente, colocación de campo al paciente. Para la eliminación de residuos: empleo de bolsas en los tachos, utilizaron recipientes especiales para material punzocortantes y uso de bolsas rojas para residuos incontaminados. El tipo de transporte que utilizaron para eliminación de residuos del consultorio: camiones recolectores o los informales y si los recolectores seleccionaron o juntaron los residuos de consultorio. Disposición Final: relleno sanitario o botaderos abiertos. El estudio determinó que solo el 20,3 % utilizó recipientes para materiales punzocortantes, no se encontraron bolsas de color rojo en los tachos para materiales bio

contaminados, el 13,7 % de residuos sólidos fueron a parar a botaderos abiertos, en conclusión la disposición final de residuos sólidos no cumplen con Normas Técnicas establecidas, y los consultorios no tratan ni eliminan adecuadamente sus residuos producto de atención odontológica. (mendivil, 2014)

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL VIH

Durante las últimas décadas, la humanidad entera ha enfocado gran atención sobre una nueva enfermedad transmisible a la que se denominó "síndrome de inmunodeficiencia adquirida" (SIDA) la cual se comenzó a propagar rápidamente y que se caracteriza por pérdida de las funciones normales del sistema inmunitario o de defensa, dando lugar a la aparición de las llamadas infecciones oportunistas. Pasaron varios años antes de que se descubriera que esta enfermedad se asociaba con la presencia de un virus al que hoy se denomina "virus de inmunodeficiencia humana" (VIH).

El conocimiento por parte del paciente de su condición de infectado aumenta con frecuencia su preocupación por la salud oral, y esto se traduce en una mejora de los hábitos de higiene y en un incremento del número de visitas al especialista. La mayoría de estas consultas no están relacionadas con las manifestaciones orales de la infección por el VIH, sino con tratamientos odontológicos convencionales.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fue reconocido por primera vez en Estados Unidos en 1981, cuando los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) publicaron los primeros informes sobre casos de infecciones por gérmenes "oportunistas" en varones homosexuales previamente sanos evaluados en Nueva York y California. Todos estos enfermos tenían un deterioro notable de la respuesta inmunológica celular, con gran disminución de linfocitos T colaboradores

en sangre periférica, La enfermedad comenzó a describirse en varones y mujeres adictos a drogas por vía parenteral e inmediatamente después en receptores de transfusiones sanguíneas y hemofílicos. Cuando se fue conociendo el patrón epidemiológico de la enfermedad, quedó claro que el agente etiológico más probable de la epidemia era un microorganismo transmisible por contacto sexual (homo y heterosexual) y por la sangre y los hemoderivados. (Jiménez, 2014)

2.2.2 HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA

El agente etiológico del SIDA es el VIH, que pertenece a la familia de los retrovirus humanos, dentro de la familia de los lentivirus, los cuales pueden causar enfermedades en otras especies animales como ovejas, caballos, cabras, vacas, gatos y monos. Los cuatro retrovirus humanos reconocidos pertenecen a dos grupos distintos: los virus linfotrópicos T humanos , VLTH -I y 6 VLTH-II, que son retrovirus transformadores y los virus de la inmunodeficiencia humana, VIH-1 y VIH-2, que son virus citopáticos. Aunque difieren en su estructura genómica y en su antigenicidad, ambos producen síndromes clínicos similares; sin embargo el agente causal más común de enfermedad por VIH en el mundo es el VIH-1, proveniente probablemente de África Central donde parece haber emigrado a América del Norte, Europa y de allí a todos los países

Morfológicamente los dos virus presentan una estructura icosaédrica similar, observada al microscopio electrónico. Su envoltura externa es una doble capa lipídica, provista de numerosas proyecciones constituidas por dos glicoproteínas principales, la gp120 externa y la gp41 transmembrana, las cuales juegan un papel fundamental en la unión con la célula huésped. Inmediatamente por debajo de la envoltura externa se encuentra la proteína p17 formando una estructura similar a una matriz. Por último, la cubierta del nucleóide central está constituido por la proteína p24 y en el centro del núcleo se encuentra el genoma viral (2 cadenas idénticas de ARN unidas por la p7) y proteínas de función enzimática (transcriptasa reversa, integrasa, proteasa) o reguladora.

El VIH tiene como propiedad biológica una gran afinidad por las células que expresan una proteína de superficie llamada CD4+, las cuales tienen importancia tanto en la inmunidad celular como humoral. Dentro de estas células tenemos principalmente los macrófagos y linfocitos CD4+ o linfocitos cooperadores. También se ha descrito en células que expresan niveles reducidos de CD4 como linfocitos B, células de la microglia (sistema nervioso), células de Langerhans, células retinales, células de la mucosa del colon, glándulas salivales, próstata, testículos, pulmón, corazón, glándula adrenal, así como también algunas células del cerebro y células endoteliales activadas. (Jiménez, TRATAMIENTO ENDODÓNCICO EN INDIVIDUOS , 2014)

La pérdida de la inmunidad produce la proliferación de microorganismos oportunistas y facilita el desarrollo de tumores. Por tanto, las enfermedades asociadas a un paciente con SIDA corresponden a infecciones simples pero que su organismo no es capaz de combatir las porque tiene su sistema de defensa muy bajo, agravándose progresivamente y produciendo finalmente la muerte.

Por lo tanto, todas estas personas con VIH/SIDA deben de estar concientes sobre su derecho a la confidencialidad, pero los trabajadores de la salud que lo asisten también tienen el derecho de adquirir la información necesaria para garantizar que todas las condiciones relacionadas a la asistencia proporcionada se cumplan dentro de las normas de bioseguridad.

Aunque la transmisión del VIH a través de la exposición accidental es muy esporádica, una vez que es contraída la enfermedad, ésta tiene un final fatal. Por este motivo, los temores que los pacientes y los profesionales sienten acerca de la posibilidad de contraer el VIH están siempre presentes. (Guacarán, 32)

2.2.2.1 clasificaciones de la infección por VIH/SIDA

Con la identificación del VIH en 1983 y la comprobación del mismo como agente etiológico del SIDA en 1984, además de la disponibilidad de pruebas diagnósticas sensibles y específicas para la infección por VIH; la definición de infección por VIH ha sufrido varias revisiones al pasar de los años. En 1993, los Centros para Control y Prevención (CDC) sustituyen la clasificación de la infección por el VIH y los criterios de diagnósticos de SIDA en el adulto, establecida por ellos en 1986, por un sistema clínico-inmunológico en el cual los infectados se clasifican tanto en función de su eventual sintomatología, como de su recuento de linfocitos T CD4+ y además se amplían los criterios de definición de SIDA para adultos y adolescentes que superen los 13 años de edad.

2.2.3 VÍAS DE TRANSMISIÓN

El contagio de la enfermedad requiere de una transmisión directa, es muy poco probable contagiarse a través de la manipulación de instrumental o superficies inertes que hayan estado en contacto con el paciente.

El contagio debe ser mediante transmisión directa porque el VIH es un virus frágil, que sobrevive muy mal fuera del organismo y además muy poco tiempo. Al ser un retrovirus necesita de un organismo vivo, sólo puede sobrevivir al interior de una célula.

El virus muere al desecarse las secreciones (se hace inviable para contagiar). Durante la atención dental, si una gota de sangre o saliva se deposita sobre una superficie inerte, al desecarse estos fluidos el virus morirá. Se estima que el tiempo aproximado de sobrevivencia dependerá del tipo y cantidad de fluido, pero no supera algunos minutos. Sumado a lo anterior, debido a su estructura lipídica el virus se destruye fácilmente con jabón. Asimismo, la desinfección con alcohol también lo destruye.

Es lábil a temperatura ambiente y es muy sensible al calor (no soporta más de 60°C), por lo que muere rápidamente con los procesos de

esterilización. Sin embargo, no se debe menospreciar su contagiosidad y se deben tomar precauciones, puesto que si el personal se punciona con un elemento cortopunzante infectado o los fluidos del paciente entran en contacto con soluciones de continuidad de la piel o en contacto con mucosas, puede haber transmisión de la enfermedad, como comentaremos más adelante.

2.2.3.1 Condiciones para la transmisión

Para que el virus se transmita, es decir para que exista contagio de la enfermedad, deben cumplirse 3 condiciones básicas:

Debe haber virus presente, lo que parece obvio, pero no lo es tanto. Es una importante condición porque en primer lugar debe tratarse de un paciente efectivamente portador de la enfermedad. En segundo lugar, los tejidos o fluidos que se manipulen deben tener el virus presente, que como ya comentamos dependerá de la carga viral del paciente y además de que fluido se trate, pues hay algunos que no son contagiantes, como revisaremos a continuación.

Debe haber una dosis infectante, que significa cantidad de virus suficiente para producir infección. Por debajo de ese umbral, el organismo consigue librarse del virus y le impide instalarse en él. En la sangre está muy concentrado y sería entonces la vía de transmisión más riesgosa.

Debe entrar en la corriente sanguínea. La piel intacta no permite que el virus se introduzca. Puede entrar sólo en una herida reciente o en membranas mucosas intactas.

2.2.4 ESTIMACIÓN DEL RIESGO

Para estimar el riesgo de contagio en general y especialmente en la práctica odontológica, deben analizarse dos elementos: Cual es el fluido y a que parte del cuerpo va ese fluido. De acuerdo a esto, existen fluidos contagiantes y otros no contagiantes. Los fluidos contagiantes son:

Sexual; Sangre; Perinatales y leche materna; Cavidades cerradas (líquido amniótico, cefalorraquídeo, pleural, articular, entre otros).

Los fluidos no contagiantes, son aquellos en los que se ha aislado el virus pero no está en dosis infectante, son: Orina; Heces; Lágrimas; 4) Sudor; Saliva; No hay evidencia de contagio a través de insectos que se alimentan de sangre. Recordemos eso sí, que en medicina nada es absoluto y que estas exclusiones son “hasta que no se compruebe lo contrario” mediante evidencias.

La Odontología es una especialidad que se asocia con ansiedad, temor y angustia en el paciente y la combinación de todos estos factores pueden desencadenar situaciones de urgencia médica como el síncope, las reacción alérgica, angina de pecho, hipotensión postural, ataque de asma o hiperventilación, convulsiones, hipoglucemia, entre otras. Para evitar estas complicaciones, debe realizarse una historia clínica apropiada a todos los pacientes con un interrogatorio dirigido que nos permita determinar que pacientes son aptos o no para la realización del tratamiento de odontología. El grupo de investigadores encabezado por la Dra. Abraham-Inpijn de Holanda han elaborado la encuesta EMRRH (European Medical Risk Related History questionnaire), con el objetivo de que en Europa exista un cuestionario común que sirva al Odontólogo en su práctica diaria tanto en la sanidad pública como en la consulta privada.

En la actualidad, ha aumentado exponencialmente la posibilidad de que un Odontólogo se enfrente a una emergencia médica. (CORCHERO, 2014)

En la práctica odontológica y de acuerdo a la literatura, el riesgo de contagio es bajísimo: Proporción 3:1.000 para accidentes cortopunzantes. Proporción de 1:1.000 para salpicaduras de sangre en mucosa (ojo, nariz). Proporción de 4:10.000 para salpicaduras de sangre en piel erosionada. No hay evidencias de contagio con saliva. La saliva es

una mezcla de fluidos de glándulas salivales y surco gingival. Se considera un fluido no contagiante.

En pacientes infectados, tanto el virus como sus anticuerpos se encuentran en la saliva, pero no en la totalidad de los casos y cuando ocurre, la carga viral es bastante inferior al plasma sanguíneo, la dosis infectante no es suficiente. Por esto, pese a la detección del virus, la saliva raramente es una vía de transmisión, teniendo un riesgo prácticamente nulo. No debemos olvidar eso sí, que en la mayoría de los procedimientos dentales trabajamos con saliva mezclada con sangre, cantidad que depende del tipo e invasividad del tratamiento realizado.

En los pacientes en estados avanzados de la enfermedad y comprometidos periodontalmente, puede haber difusión del virus a través del fluido gingivocrevicular contaminado con sangre proveniente de microlesiones o de la excreción directa de células mononucleares infectadas por VIH. Linfocitos, macrófagos y células de Langerhans son posibles fuentes de infección del HIV. A pesar de no encontrarse frecuentemente estas células en la superficie epitelial, su número está significativamente aumentado en enfermedades periodontales.

Se ha documentado transmisión del virus a través de la mordedura de un paciente con alta carga viral, por la presencia de sangre en su saliva y por generar una solución de continuidad en el agredido. Además de la baja dosis infectante de la saliva, este fluido presenta importantes componentes salivales con actividad anti – VIH, que reducen la infectividad del virus en un 70 – 90%, como son:

Mecanismos de ruptura celular

Anticuerpos y otros componentes solubles

Proteínas de elevado peso molecular

Hipotonicidad de la saliva inactiva el virus

Inhibidores endógenos y no inmunológicos (mucinas)

Fibronectinas

Defensinas

Péptidos cíclicos

Lactoperoxidasas

Aglutinina salival (glándula submaxilar)

Trombospondina (proteína de matriz extracelular con potente actividad anti – VIH, al interactuar con sustancias que el virus necesita para ingresar a las células).

Enzima inhibidora de proteasas secretada por leucocitos del tracto respiratorio, epitelio mucoso y glándulas salivales. Impide el ingreso del virus.

Anticuerpos salivales específicos contra el VIH (Inmunoglobulinas IgA, IgG, IgM).

Dentro de estos se señala especialmente la Trombospondina, proteína de la matriz extracelular que tiene una potente actividad anti – VIH, ya que interactúa con sustancias que el virus necesita para ingresar a las células.

También tenemos las Enzimas Inhibidoras de Proteasas que están secretadas por los leucocitos del tracto respiratorio, epitelio mucoso y glándulas salivales.

Podemos decir que la saliva tiene un bajo riesgo de transmisión y además tiene mecanismos naturales anti – VIH. Sin embargo, al ser un fluido biológico se considera con riesgo ocupacional. Además, en la mayoría de los tratamientos la saliva se mezcla con sangre o exudados, pudiendo haber riesgo de contagio especialmente en pacientes comprometidos

periodontalmente. De acuerdo a esto, se deben tomar las siguientes precauciones, entre otras:

Evitar el contacto de fluidos del paciente con piel íntegra por un tiempo prolongado o en un área extensa.

Detectar soluciones de continuidad en la mucosa del paciente que puedan incluir sangre en la saliva.

Proteger las vías de entrada directa en el dentista, que son mucosas y soluciones de continuidad en la piel.

Extremar los cuidados en procedimientos invasivos y especialmente en pacientes en estado terminal con compromiso periodontal.

En profesionales expuestos sin erosiones en su piel, se debe reducir la posibilidad de transmisión realizando lavado riguroso del área con jabón y agua, o una solución antiséptica de Clorhexidina o Povidonayodada. En profesionales expuestos con soluciones de continuidad en su piel, en pacientes con carga viral elevada y/o CD4 bajos, es decir enfermedad en estado avanzado, debe iniciarse el Protocolo de Manejo post – exposición laboral a sangre, que veremos más adelante.

2.2.5 MANIFESTACIONES ORALES DEL SIDA

Se presenta un amplio espectro de patologías y se deben a infecciones oportunistas. La mayoría es signo de inmunodepresión severa y generalmente se dan en la última fase del SIDA (etapa terminal), por lo tanto determinan un pronóstico de la progresión de la enfermedad.

Las manifestaciones bucales asociadas a la infección por VIH son comunes y variadas. Aproximadamente un 40% de los signos y síntomas iniciales de la infección por VIH se presentan en la región de cabeza y cuello; un 95% de estos individuos desarrollan manifestaciones intrabucles durante el transcurso de la enfermedades.

Sin embargo, algunas se pueden presentar como el primer signo de la enfermedad y por tanto su diagnóstico precoz es fundamental.

Cabe mencionar que estas patologías no son exclusivas del SIDA, a pesar que hay algunas que son un rasgo característico (como el Sarcoma de Kaposi) y por tanto se debe descartar que el paciente presente SIDA.

La prevalencia de manifestaciones orales en pacientes infectados es alta, se ha estimado que aproximadamente el 70 % de los pacientes las presentan. Las patologías más frecuentes son: Candidiasis, Leucoplasia vellosa, Enfermedad periodontal, Sarcoma de Kaposi, Ulceraciones orales, Xerostomia

Resultados de numerosos estudios han demostrado que la prevalencia de lesiones a nivel de la cavidad bucal es alta en individuos infectados por el VIH ; además varios reportes indican que aproximadamente un 70% de las personas que viven con seropositividad para el VIH presentan manifestaciones bucales y que esta proporción se incrementa cuando la enfermedad evoluciona hacia el SIDA.

Usualmente después de que el recuento de células T CD4+ disminuye hasta llegar a 500 cél/ml, los pacientes comienzan a presentar los signos y síntomas clínicos de la enfermedad y a medida que la inmunosupresión aumente serán más frecuentes las manifestaciones bucales, lo cual ocurre por lo general en la etapa intermedia y avanzada de la enfermedad. Desde el punto de vista diagnóstico una lesión bucal puede ser el primer indicio de la infección por el VIH y puede tener un valor pronóstico en el desarrollo hacia la enfermedad avanzada. (Jiménez, TRATAMIENTO ENDODÓNCICO EN INDIVIDUOS , 2014)

2.2.6 PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA INDIVIDUOS VIH/SID

Es primordial recordar la importancia del papel que debe asumir el clínico en la detección precoz del paciente infectado por el VIH, que desconoce su situación, o que en algunos casos no divulga su condición de seropositividad. Por lo que el odontólogo en este caso, debe estar muy

bien informado sobre la patogénesis e historia natural de esta enfermedad y saber reconocer los signos o síntomas de la infección, cuyas manifestaciones iniciales en muchas ocasiones se presentan en cavidad bucal

- Los pacientes considerados con sospecha de infección por VIH se le debe indicar una prueba diagnóstica para la detección de anticuerpos contra VIH (ELISA)

.Estos pacientes se consideran sospechosos en base a los hallazgos clínicos comunes obtenidos en la historia clínica, sin embargo existen antecedentes que se consideran de alto riesgo por si solo; paciente con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual,

- Antecedentes de tuberculosis, pacientes hemofílicos, con antecedente de transfusiones, con prueba de VDRL reactiva, entre otros.
- Una historia clínica completa, aunque simplificada, además de proporcionar protección médico-legal, permite reconocer situaciones de riesgo médico que influirán en la decisión sobre los procedimientos terapéuticos a emplear

Antes de iniciar un procedimiento, es necesario tomar en cuenta la posibilidad de que existan trastornos de la coagulación secundarios a hepatopatía y trombocitopenia. Por lo tanto es implementar el procedimiento dental.

Debido a la gran cantidad de medicamentos que reciben estos pacientes los efectos secundarios y las interacciones de los diferentes fármacos, constituyen un verdadero reto.

- Los pacientes infectados por el VIH con enfermedad avanzada corren un alto riesgo de reacciones cutáneas frente a los antibióticos comunes,.

- incluyendo la amoxicilina-ácido clavulánico, la ciprofloxacina, la clindamicina y muchos otros
- La posibilidad del odontólogo de contraer la infección por VIH, durante la ejecución del tratamiento es extremadamente baja, de 0,3% tras la punción con material contaminado (Bordon);

Sin embargo en pacientes con carga viral elevada, se incrementa la probabilidad de transmisión al profesional y su equipo de trabajo

2.2.7 PLAN DE TRATAMIENTO

Una vez establecido el diagnóstico, por medio de la anamnesis, la evaluación clínica y radiográfica, se debe proceder a planificar el abordaje del caso, determinando si se realizará en una o más sesiones, la necesidad de una cobertura medicamentosa y la posibilidad de la complementación quirúrgica.

La prioridad en el tratamiento de pacientes con infección por el VIH, es la eliminación de focos potenciales de infección, ya que las infecciones bucales no tratadas pueden ser fatales. Las modificaciones del tratamiento dental deben basarse en la salud del paciente, la severidad de la enfermedad y el pronóstico de pacientes sintomáticos, en conjunto con el tratamiento de complicaciones sistémicas

Los pacientes VIH+ asintomáticos, pueden recibir cualquier tratamiento odontológico que sea indicado, esto se basa en que generalmente su recuento de CD4 es superior a 400. Los pacientes con sintomatología en el estadio temprano del SIDA, con un recuento de CD4 <200, tendrán un incremento en la susceptibilidad a las infecciones oportunistas y podrán ser medicados con drogas profilácticas. Los planes de tratamiento complejos no deben iniciarse antes de una de una discusión abierta y honesta , concerniente al pronóstico a largo plazo de los pacientes en éstas condiciones médicas.

Es importante tomar en cuenta previo al tratamiento la carga viral y así como el tipo de medicación que el paciente está recibiendo para evitar interacciones en la atención odontológica de los pacientes VIH, en los cuales el promedio de complicaciones posoperatorias es muy baja, incluso en pacientes con un deterioro inmunológico considerable. (Campo-Trapero)

2.2.8 GENERALIDADES DE BIOSEGURIDAD

La Bioseguridad ocupa un lugar central en la formación de grado ya que la Odontología es considerada una profesión de alto riesgo. Los docentes deben ser protagonistas gestionando y participando en la formación de los estudiantes en ésta área del conocimiento, por las características de los actos que diariamente afronta, ya que los odontólogos se hallan expuestos a una gran variedad de microorganismos que pueden estar en la sangre y saliva de los pacientes.

Tanto el equipo de Salud, que presta la atención odontológica, como el paciente, están expuestos a una variedad de microorganismos, por la naturaleza de las interacciones, al producirse un contacto directo o indirecto con los fluidos corporales, el instrumental, el equipo y las superficies contaminadas. El manejo del equipo e instrumental empleado en la clínica odontológica constituye un factor de riesgo, por lo tanto en esta profesión deben cumplirse con los mismos métodos de esterilización y asepsia que para con los instrumentos de uso médico. (Gelfo, 2009)

En los últimos años, la mayor preocupación de clínicos ha sido incrementar el nivel de protección durante las cirugías, considerando estrictamente las normas, procedimientos y cuidados de control de infección que se deben aplicar al atender pacientes y manipular instrumental contaminado. En búsqueda de sensibilizar al personal de salud acerca de las enfermedades infecciosas y la posible contaminación que puede perjudicar tanto al paciente como a quienes conforman el equipo clínico, numerosos investigadores y organismos internacionales se

han dedicado a idear medidas de prevención y control de estas enfermedades.

Los resultados obtenidos destacan la necesidad de adecuar la infraestructura, evaluar las normas de limpieza y desinfección

Aplicadas e implementar programas de monitoreo ambiental con vigilancia epidemiológica, para disminuir el riesgo de adquirir infecciones en la práctica odontológica general, así mismo destaca la importancia de la actualización constante y el entrenamiento adecuado del personal de limpieza para aplicar los protocolos de desinfección más apropiados. (Zambrano, 2006)

2.2.9 NORMAS DE ATENCION DE PACIENTES CON SIDA O VIH POSITIVOS EN QUIROFANO

El personal de quirófano debe ser informado de todo paciente VIH (+) que requiera ser intervenido. y Se aplican las mismas recomendaciones generales antes mencionadas (ver protección del personal).y El equipo quirúrgico debe estar bien identificado y es aconsejable restringir la concurrencia solamente a las personas necesarias. El manejo de los inyectables, tanto el procedimiento como el material, es igual a las normas antes mencionadas (acceso vascular).

Vestimenta Se debe colocar un delantal de plástico protector estéril, protección ocular y doble par de guantes. En el quirófano debe haber cloro diluido 1/10 y glutaraldehído al 2%.y En el colchón de la mesa de cirugía, las almohadas y apoya-brazos deberán cubrirse con una funda impermeable antes de la vestimenta habitual. Durante la intervención se utilizarán botas y sábanas descartables o, en su defecto, se las procesará según normas de lavandería. Una vez que comienza el acto quirúrgico restringir al máximo la circulación. Evitar las pinchaduras con material cortante tratando de no cambiar hojas de bisturíes (tener 2 ó 3 mangos de bisturí preparado).

Todo el material descartable se maneja como basura infectada. Los recipientes de aspiración descartables se sellan y se tiran en bolsa como basura infectada, debidamente rotulada. A los frascos no descartables agregarle antes cloro diluído 1/10. Descartar el material remanente, luego autoclave y después realizar el lavado y esterilización habitual. Una vez finalizada la cirugía, se procederá con la higiene del sector (ver normas) La ropa y materiales se manejarán bajo las normas habituales. El instrumental utilizado se debe descontaminar en el quirófano propiamente sucio con cloro diluido 1/10 durante 30 minutos, antes del proceso habitual.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

VIRUS: Es un [agente infeccioso microscópico acelular](#) que solo puede multiplicarse dentro de las [células](#) de otros organismos.

SEROLOGIA: La serología es el estudio que permite comprobar la presencia de [anticuerpos](#) en [sangre](#).

RETROVIRUS: Los retrovirus son responsables de muchas enfermedades, incluyendo algunos [cánceres](#) y el [sida \(VIH\)](#). es una familia de [virus](#) que comprende los retrovirus. Son virus con [envoltura](#) que presentan un genoma de [ARN](#) monocatenario de polaridad + y se replican de manera inusual a través de una forma intermedia de [ADN](#) bicatenario.

XEROSTOMIA: La xerostomía es el [síntoma](#) que define la sensación subjetiva de sequedad de la [boca](#) por mal funcionamiento de las [glándulas salivales](#)

2.4 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, "...para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título

Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados”.

Los Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual. La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude.

Esos resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional.

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes; Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas;

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema;

Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de

Fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema;

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

Los elementos apuntados evidencian la importancia de este momento en la vida académica estudiantil, que debe ser acogido por estudiantes, tutores y el claustro en general, como el momento cumbre que lleve a todos a la culminación del proceso educativo pedagógico que han vivido juntos.

2.5 ELABORACION DE LAS HIPOTESIS

Protocolo que debe tener el odontólogo en la atención quirúrgica con un paciente portador de V.I.H

2.6 IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

2.6.1 Variable independiente: Protocolo quirúrgico para paciente con V.I.H.

2.6.2 Variable dependiente: Riesgos en la consulta Odontológica

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTE:	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Protocolo quirúrgico para pacientes con v.i.h	Son una serie de normas que deben seguirse para el correcto desarrollo del acto quirúrgico y garantizar que todos los procedimientos se lleven a cabo de forma adecuada y segura para el profesional.	Un protocolo quirúrgico se basa en medidas de precaución tanto profesional como paciente	Fluidos salivales Agujas Instrumentales materiales	Manejar los instrumentales y medidas de precaución de una manera adecuada siguiendo el protocolo establecido
VARIABLES DEPENDIENTE:	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Riesgos en la consulta odontológica	Los riesgos y las exigencias son los componentes derivados del proceso laboral que pueden crear daños a la salud.	El profesional y paciente deberá tener los debido cuidados en un procedimiento quirúrgico para disminuir el riesgo de adquirir una enfermedad infecciosa	V.I.H	Manejar el protocolo establecido en un procedimiento quirúrgico

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo presenta la metodología que permitió desarrollar el Trabajo de Titulación. En él se muestran aspectos como el tipo de investigación, las técnicas métodos y p procedimientos que fueron utilizados para llevar a cabo dicha investigación.

Los autores clasifican los tipos de investigación en tres: estudios exploratorios, descriptivos y explicativos (por ejemplo, (Selltiz, 1965; y Babbie, 1979). Sin embargo, para evitar algunas confusiones, en este libro se adoptará la clasificación de (Dankhe, 1986), quien los divide en: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos.

3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigacion se refiere al grado de profundidad conque se abordo un objeto de estudio y el campo de accion. La presente trata de una investigacion documental, ecploratoria, descriptiva y explicativa y correlacional .

Investigacion Documental.- Para la Universidad Santa María (2001) la investigación documental, se ocupa del estudio de problemas planteados a nivel teóricos. (p.41)

Según (Libertador & Universidad Pedagogica, (1998).) La investigación Documental, es estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos. (p.6)

Investigación Exploratoria: Es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, un nivel superficial de conocimiento.

Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el 'tono' de investigaciones posteriores más rigurosas" (PROCESO, 1991)

Investigación descriptiva: Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, -comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis ((Dankhe, 1986) Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir.

Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así y valga la redundancia describir lo que se investiga. (Tamayo, 1991) Precisa que: "la investigación descriptiva comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos" (p.35)

Investigación Explicativa: Se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa - efecto. En este sentido, los estudios explicativos pueden ocuparse tanto de la determinación de las causas (investigación postfacto), como de los efectos (investigación experimental), mediante la prueba de hipótesis. Sus resultados y conclusiones constituyen el nivel más profundo de

conocimientos. (Investigación y comunicación, en C. Fernández-Collado y G.L., Dankhe, 1976)

Investigación Correlacional: Tiene como finalidad establecer el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables.

Investigación de Campo: En los diseños de campo los datos se obtienen directamente de la realidad, a través de la acción del investigador. Para la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2001) la investigación de campo es: El análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

el método de investigación es bibliográfica esta información fue obtenida en documentos bibliográficos , conjunto de técnicas que son para analizar, identificar y acceder aquellos documentos que contienen la información pertinente para la investigación de tipo cualitativa ya que se ha basado en la ayuda de textos e investigaciones procedentes

3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION

3.3.1 TALENTOS HUMANOS

Investigador (Fernanda Indacochea)

Tutor (Hugo Salguero)

3.3.2 RECURSOS MATERIALES

Los recursos para esta realización de este proyecto son:

Revistas

Artículos académicos

Investigaciones de tutores

Fuentes electrónicas

3.4 POBLACION Y MUESTRA

Esta investigación no se realizó ni el universo ni la muestra, porque fue desarrollada como una revisión bibliográfica.

3.5 FASES METODOLOGICAS

Científico y bibliográficos recopilados con textos actualizados y publicados que fundamenten científicamente el levantamiento de la información.

Descriptivo: porque a lo largo del tratamiento se irán describiendo paso a paso los distintos beneficios que contienen la información pertinente para la investigación que ofrece un protocolo destinado a los profesionales de la salud.

cualitativo: ya que se basó en ayuda de textos e investigaciones procedentes.

4. CONCLUSIONES

El odontólogo debe conocer todos los principios bióticas para el y tratamiento de personas afectadas con el virus del V.I.H ; en conclusión es por ello que se aporta con esta investigación de tipo bibliográfico , con todos los elementos científicos, sociales ,preventivos y éticos para la realizar una correcta asistencia estomat9ologica integral garantizando la calidad de vida del paciente infectado sin discriminación o rechazo evitando el menos dalo posible .esperando que en el futuro sea fruto de una visión más amplia y sensible.

5. RECOMENDACIONES

El médico odontológico capacitado éticamente deberá tener en cuenta las guías de medicamento y la administración precoz y rutinaria de antirretrovirales a los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H); y el conocimiento de los valores específicos críticos m sanguíneos y el estado inmunitario con el que llega para la atención odontológica para realizar correctamente un plan de tratamiento eficaz y oportuno en el acto quirúrgico.

Tomando en cuenta las medidas de seguridad planteadas por el profesional cuyo propósito es controlar la infección medico. Paciente y prolongarla.

BIBLIOGRAFIA

- (Dankhe,). (1986). 412 .
- Barr CE, M. L. (1992). Recovery very of infectious. *Am Dent AssocHIV-1 from whole saliva*, 123(2):36-7.
- Chabormean O, B. F. (1999). ¿Do people with HIV/AIDS disclose their HIV-positivity? *Acta Odontologica Venezolana*.
- Chamberland ME, C. L. (1991). CiesielskiHealth care workers with AIDS. National surveillance update. *Unidad de Odontología Comunitaria*, 66(24):3459-62.
- Dankhe. (1986). *Metodologia de la Investigacion Cientifica*.
- Dankhe, G. L. (1976). Investigación y comunicación, en C. Fernández-Collado y G.L., Dankhe. "*Lacomunicación humana: ciencia social*".
- Dooley SW, C. K. (1990). Guidelines for preventing the transmission of. *Unidad de Odontología*, 39:1-29.
- Ippolito G, P. V. (1993). The risk ofUnidad de Odontología. *Unidad de Odontología*, 153(12):1451-8.
- Levy JA, G. D. (s.f.). in saliva. *Lancet*. 198;2(8622):1248.
- Libertador, U. P., & Universidad Pedagógica, e. S. ((1998).). *Metodologia de la Investigacion Cientifica*.
- Magis C, E. L. (2000). Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica Odontológica. *Rev de Mex de ADM* 2, 57 (6):214-217).
- PROCESO, D.). ((1991). Definición del tipo de investigación a realizar:básicamente exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa.
- Reznik D, O. C. (2005). Manifestaciones Orales del SIDA/VIH en la era HAART. *Acta Odontologica Venezolana*.
- Selltiz, J. (1965; y Babbie, 1979). *Deutsch y Cook*,.
- Strain W, (. :. (2005). La Salud Bucal (boca) es vital para personas con VIH,. *Acta Odntologica Venezolana*.

- Tamayo. (1991). *Metodologia de la Investigacion Cientifica*.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO

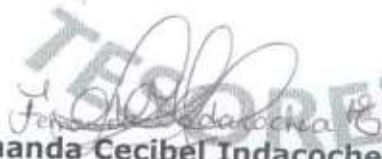
Doctor,
Washington Escudero D.
Decano de la Facultad Piloto de Odontología
En su despacho.-

De mis consideraciones.

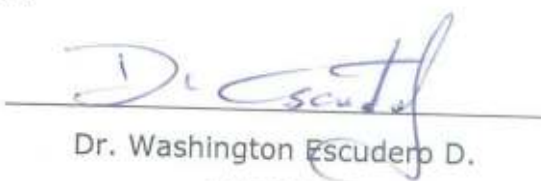
Yo, **Fernanda Cecibel Indacochea Endara** con numero de C.I. **1313924563**, alumna del **QUINTO AÑO PARALELO # 1**; del periodo lectivo 2013 - 2014, solicito a usted, me asigne tutor para poder realizar **EL TRABAJO GRADUACION**, previo a la obtención del título de Odontologa, en la materia de **CIRUGIA**.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

Muy atentamente,


Fernanda Cecibel Indacochea Endara
C.I. 1313924563

Se le ha designado al Dr. (a) Hugo Salazar para que colabore en su trabajo de graduación.


Dr. Washington Escudero D.
DECANO