



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
FILIAL CHICLAYO**

TESIS

**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y
ACTITUD EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL
PACIENTE PORTADOR DE VIH/SIDA EN
ESTUDIANTES DEL NOVENO CICLO DE LA
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL
CHICLAYO 2016”**

**Para Optar el Título profesional de
CIRUJANO DENTISTA**

**Presentado por
MARITZA VASQUEZ VASQUEZ**

**Chiclayo – Perú
2016**

**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y
ACTITUD EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL
PACIENTE PORTADOR DE VIH/SIDA EN
ESTUDIANTES DEL NOVENO CICLO DE LA
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL
CHICLAYO 2016”**

**Para Optar el Título profesional de
CIRUJANO DENTISTA**

MARITZA VASQUEZ VASQUEZ

Tutor: Mg. CD. Marisel Roxana Valenzuela Ramos

Chiclayo – Perú

2016

**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y
ACTITUD EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL
PACIENTE PORTADOR DE VIH/SIDA EN ESTUDIANTES
DEL NOVENO CICLO DE LA ESCUELA DE
ESTOMATOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD ALAS
PERUANAS FILIAL CHICLAYO 2016”**

**Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del
Título de Cirujano – Dentista por la Universidad Alas
Peruanas**

**Chiclayo – Perú
2016**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi esposo y a mis hijos por el apoyo constante, por toda la comprensión y el amor recibido de mi hermosa familia.

La autora

AGRADECIMIENTO

Se agradece a las Autoridades de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo por el apoyo brindado para la realización de mi tesis.

Gracias Mg. Victor Antonio Durand y Mg. Walter Gallegos.

La Autora

Se reconoce la labor académica de mis extraordinarias asesoras la Dra. CD. Marisel Roxana Valenzuela Ramos, la Lic. Tarcila Monja y el estadístico Lic. Juan Ramos.

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Operacionalizacion de Variables	23
Cuadro 2. Manifestaciones orales relacionadas con la infección por el VIH	55
Cuadro 3. Tratamiento bucodental de la persona infectada por el VIH	60

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes.	66
Tabla 2.	Nivel de conocimiento en la atención odontológica del del paciente portador de VIH/SIDA.....	67
Tabla 3.	Prueba de χ^2 entre el nivel de conocimiento general y la actitud en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA..	68
Tabla 4.	Actitud en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA.....	68
Tabla 5.	Conocimientos básicos sobre VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo	70
Tabla 6..	Conocimiento sobre carga viral del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo	71
<i>Tabla 7.</i>	<i>Conocimientos sobre patología bucal del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo</i>	<i>72</i>
Tabla 8.	Conocimiento sobre la transmisión VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo.	73
Tabla 9.	Conocimiento sobre protocolos del paciente para la atención de pacientes portadores de VIH/SIDA	74
Tabla 10.	Conocimiento sobre bioseguridad del paciente portador de VIH/SIDA.....	75
Tabla 11.	Conocimiento sobre la información recibida durante los estudios universitarios del paciente portador de VIH/SIDA	76

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Nivel de conocimiento en la atención odontológica del del paciente portador de VIH/SIDA	67
Gráfico 2.	Actitud en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA en los estudiantes del noveno ciclo de la escuela de estomatología de la universidad alas peruanas filial Chiclayo 2016.....	69
Gráfico 3.	Conocimientos básicos sobre VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo.	70
Gráfico 4.	Conocimiento sobre carga viral del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo	71
Gráfico 5.	Conocimientos sobre patología bucal del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo	72
Gráfico 6.	Conocimiento sobre transmisión del VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo	73
Gráfico 7.	Conocimiento sobre protocolos del paciente para la atención de pacientes portadores de VIH/SIDA.....	74
Gráfico 8.	Conocimiento sobre bioseguridad del paciente portador de VIH/SIDA	75
Gráfico 9.	Conocimiento sobre la información recibida durante los estudios universitarios del paciente portador de VIH/SIDA.....	76

INDICE

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
INDICE DE CUADROS	6
INDICE DE TABLAS	7
INDICE DE GRÁFICOS	8
INDICE	9
RESUMEN	11
ABSTRACT.....	12
INTRODUCCION	13
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1. Descripción de la situación problemática	14
1.2. Delimitación de la Investigación	15
1.2.1. Delimitación Espacial	15
1.2.2. Delimitación Social.....	15
1.2.3. Delimitación Temporal	16
1.2.4. Delimitación Conceptual.....	16
1.3. Formulación del Problema de Investigación	16
1.3.1. Problema principal	16
1.3.2. Problemas secundarios.....	16
1.4. Objetivos de la Investigación	18
1.4.1. Objetivo Principal	18
1.4.2. Objetivos Secundarios	18
1.5. Hipótesis	20
1.5.1. Hipótesis General.....	20
1.5.3. Variables	21
1.5.3.1. Operacionalización de variables	23
1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	24
1.6.1. Tipo y Nivel de la investigación	24
1.6.3. Población y muestra de la Investigación	26
1.6.4. Técnica e Instrumentos de recolección de datos.....	26
1.6.5. Justificación, Importancia y Limitaciones.....	27

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	29
2.1. Antecedentes del estudio de investigación	29
2.2. Bases Teóricas.....	37
2.2.1. Los Virus. Historia, concepto y estructura.	37
2.2.2. Teorías sobre el origen del VIH/SIDA.....	38
2.2.3. Epidemiología	40
2.2.4. Estructura del VIH	42
2.2.7. Patologías bucales asociadas al VIH/SIDA	54
2.2.8. Protocolo y bioseguridad en la práctica odontológica para la atención de personas infectadas con VIH/SIDA.....	55
2.2.9. Actitud.....	61
2.3 Definición de términos básicos.....	63
CAPITULO III. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	66
3.1. Análisis de Tablas y Gráficos	66
3.2. Discusión	77
3.3. Conclusiones	78
3.4. Recomendaciones	79
3.6. Fuentes de Información	80
ANEXOS.....	84
ANEXO 01 Matriz de consistencia.....	85
ANEXO 02. Cuestionario de Actitud	87
ANEXO 03. Cuestionario sobre nivel de conocimiento de VIH/SIDA	88
ANEXO 04. Solicitud al Director de la Escuela de Estomatología de la UAP filial Chiclayo	89
ANEXO 05. Consentimiento informado	90
ANEXO 06. Fotografías.....	92

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud en la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. Para el estudio se tomó una muestra de 31 estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo, a quienes se les realizaron dos cuestionarios dirigidos a medir el nivel de conocimiento y actitud del manejo del paciente portador de VIH/SIDA en alumnos del 9 ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. En los resultados encontramos un regular conocimiento en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA y actitud inadecuada. En conclusión, no se encontró relación entre el nivel de conocimiento y actitud en la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

Palabras claves: Actitud, conocimiento, VIH, SIDA

ABSTRACT

The aim of this research was to determine the relationship between the level of knowledge and the attitude in dental care of patients with HIV / AIDS in students of the ninth cycle of the School of Stomatology of Alas Peruanas University. For the study, a sample of 31 students from the ninth cycle of the School of Stomatology of the Alas Peruanas University, Chiclayo Branch, were given two questionnaires aimed at measuring the level of knowledge and attitude of the patient with HIV / AIDS in students of the 9th cycle of the School of Stomatology of the University Alas Peruanas. In the results we find a regular knowledge in the management of patients with HIV / AIDS and inadequate attitude. In conclusion, there was no relationship between the level of knowledge and attitude in dental care of patients with HIV / AIDS in students of the ninth cycle of the School of Stomatology of the University of Alas Peruanas.

Keywords: Attitude, knowledge , HIV , AIDS

INTRODUCCION

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un microorganismo que ataca al Sistema Inmune de las personas, debilitándolo y haciéndoles vulnerables ante una serie de infecciones, algunas de las cuáles pueden poner en peligro la vida ⁽¹⁾.

El significado SIDA es Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida es el estado de la infección por el VIH caracterizado por bajos niveles de defensas y la aparición de infecciones oportunistas ⁽²⁾.

Los odontólogos juegan un papel importante en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en la cavidad bucal. Ya que del 30% al 80% de estas personas sufren infecciones por hongos, leucoplasias y otras manifestaciones bucales propias de la infección por VIH. De ahí, la importancia de la identificación temprana, el mantenimiento adecuado de la higiene bucal y la visita periódica al odontólogo, son considerados aspectos importantes dentro de la prevención.

Es necesario el conocimiento adquirido durante la vida académica del alumno de estomatología acerca de temas de interés como lo es el VIH/SIDA, por lo que estarán expuesto constantemente no solo a esta enfermedad que se ha cobrado millones de vidas en estos últimos años a nivel mundial, sino también el saber prevenir y no ser vector de infecciones de esta de ninguna otra enfermedad.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

Hasta la actualidad el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial. Hasta finales del 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) 36,9 millones de personas en el mundo se encuentran infectadas por VIH, el mayor porcentaje de infectados se encuentran en África Subsahariana representado por casi un 70%. Solo el 15,8% de la población mundial infectada recibe un tratamiento adecuado ⁽³⁾ ⁽⁴⁾.

En el Perú el primer caso de VIH se reportó en el año 1983. Según el Ministerio de Salud (MINSA) el número de infectados de VIH ya en el 2015 fue de 59,276 casos y 28,164 casos de SIDA. El 50 % han sido registrados entre los 20 y 34 años de edad, siendo la edad promedio de infección de VIH entre los 15 y 24 años. Se ha estimado que más de 70 mil personas vive con esta enfermedad, pero solo se conoce entre 15 y 20 mil tienen el diagnóstico y mantienen contacto con el MINSA. Las ciudades con mayor incidencia de casos en el Perú corresponden a Lima, Callao, Loreto, Arequipa, Ica, Lambayeque, Piura y Ancash ⁽⁵⁾

Los odontólogos juegan un papel importante en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en la cavidad bucal. Ya que del 30% al 80% de estas personas sufren infecciones por hongos, leucoplasias y otras manifestaciones bucales propias de la infección por VIH. De ahí, la importancia de la identificación temprana, el mantenimiento adecuado de la

higiene bucal y la visita periódica al odontólogo, son considerados aspectos importantes dentro de la prevención.

Es por ello, se hace necesario el conocimiento adquirido durante la vida académica del alumno de estomatología acerca de temas de interés como lo es el VIH/SIDA, por lo que estarán expuesto constantemente no solo a esta enfermedad que se ha cobrado millones de vidas en estos últimos años a nivel mundial, sino también el saber prevenir y no ser vector de infecciones de esta de ninguna otra enfermedad.

1.2. Delimitación de la Investigación

1.2.1. Delimitación Espacial

Esta investigación está comprendida en la Región de Lambayeque en la Provincia de Chiclayo, realizada en las instalaciones de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo en los alumnos del 9º ciclo de la Escuela de Estomatología en el año 2016.

1.2.2. Delimitación Social

La contrastación se realizó dos encuestas dirigidas a los alumnos del 9º ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo.

1.2.3. Delimitación Temporal

Esta investigación es de actualidad ha sido realizada el 10 de octubre del 2016

1.2.4. Delimitación Conceptual

Esta investigación abarca dos conceptos fundamentales el nivel de conocimiento y la actitud en la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

1.3. Formulación del Problema de Investigación

1.3.1. Problema principal

- ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud en la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo 2015?

1.3.2. Problemas secundarios

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo?
- ¿Cuál es la actitud de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA de la

Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo?

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento básico de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo según la carga viral/CD4 que presentan los pacientes con VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo según la patología bucal que presentan los pacientes de con VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a las vías de transmisión de VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los protocolos de atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de bioseguridad en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas?

- ¿Cuál es el nivel de información de recibida de VIH/SIDA durante los estudios de pre-grado en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo Principal

- Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud en la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo 2015.

1.4.2. Objetivos Secundarios

- Determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo.
- Determinar la actitud de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo.
- Determinar el nivel de conocimiento básico de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a la atención odontológica del paciente

portador de VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

- Determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo según la carga viral/CD4 que presentan los pacientes con VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.
- Determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo según la patología bucal que presentan los pacientes de con VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.
- Determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a las vías de transmisión de VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.
- Determinar el nivel de conocimiento de los protocolos de atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.
- Determinar el nivel de conocimiento de bioseguridad en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.
- Determinar el nivel de información de recibida de VIH/SIDA durante los estudios de pre-grado en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

- Si existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud en la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo 2015.

1.5.2. Hipótesis Secundaria

- El nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo es regular.
- La actitud de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo es inadecuada.
- El nivel de conocimiento básico de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas es regular.
- El nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo según la carga viral/CD4 que presentan los pacientes con VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas es regular.

- El nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo según la patología bucal que presentan los pacientes de con VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas es regular.
- El nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a las vías de transmisión de VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas es regular.
- El nivel de conocimiento de los protocolos de atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas es regular.
- El nivel de conocimiento de bioseguridad en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas es regular.
- El nivel de información de recibida de VIH/SIDA durante los estudios de pre-grado en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas es regular.

1.5.3. Variables

a) Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA

Definición conceptual

El VIH es el Virus de Inmunodeficiencia Humana que ocasiona el SIDA y que ataca al organismo destruyendo las defensas del cuerpo, dejando a la

persona vulnerable a varias infecciones y enfermedades. El SIDA es la etapa avanzada de la infección por VIH en la que se han debilitado las defensas del cuerpo y se manifiestan diversas enfermedades.⁽⁵⁾

Definición Operacional

Para medir el nivel de conocimiento utilizaremos un cuestionario previamente validado en la investigación de Rodríguez R⁽⁶⁾. “Nivel de conocimiento sobre la atención de personas con el VIH/SIDA en estudiantes del quinto año de la facultad de odontología de la universidad de carabobo” en Venezuela. El cuestionario estuvo conformado por 29 preguntas divididas en 7 ítems. El primer ítem enfocada a realizar preguntas sobre el conocimiento general sobre VIH/SIDA, el segundo ítem relacionada con la carga viral/CD4, el tercer apunta sobre conocimientos de patología bucal, un cuarto ítem se refiere a los niveles de conocimientos sobre transmisión, el quinto ítem con preguntas sobre protocolo, Un sexto ítem dirigido a la bioseguridad y un último ítem evalúa la información que recibió el alumno durante su vida académica.

b) Actitud hacia las personas sobre VIH/SIDA

Definición conceptual

Es la forma en la que un individuo se adapta de forma activa a su entorno y es la consecuencia de un proceso cognitivo, afectivo y conductual⁽⁷⁾.

Definición Operacional

Para evaluar el nivel de actitud se realizó un cuestionario ya validado en un estudio realizado por Tuesta S. ⁽⁸⁾ con su trabajo titulado “Actitud del cirujano dentista en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA en la ciudad de Trujillo, 2010”. El cuestionario estuvo conformado por 12 preguntas. Los puntajes han sido categorizados de la siguiente manera:

Actitud adecuada. _ 24 - 36 puntos que corresponde a las actitudes cuyas mediciones van del percentil 50 en adelante (del puntaje ideal del rango 12 a 36 ⁽²⁰⁾).

Actitud Inadecuada: 12 a 23 puntos que corresponde a la actitud con puntajes debajo del percentil 50 (del puntaje ideal, del rango 12 a 36)

1.5.3.1. Operacionalización de variables

Cuadro 1. Operacionalización de Variables

Variables	Dimensiones	Indicador
Nivel de conocimiento VIH/SIDA	Conocimientos básicos sobre VIH/SIDA (preguntas 1,2,3)	VIH SIDA
	Conocimientos sobre carga viral/CD4 (preguntas 4,5 y 6)	Carga viral Desarrollo del SIDA Periodo de ventana
	Conocimientos sobre patología bucal (preguntas 7,8,9,10,11)	Candidiasis bucal Caries Sarcoma de Kaposi Herpes Labial Enfermedad periodontal
	Conocimientos sobre transmisión (preguntas 12, 13, y 14)	Saliva Leche materna Sangre

	Conocimientos sobre protocolos (preguntas 15,16,17,18 y 19)	Entrenamiento Conteo inmunológico CD4 Recuento linfocitario CD4 Medicamentos antirretrovirales
	Conocimientos sobre Bioseguridad (preguntas 20,21,22,13 y 24)	Normas de bioseguridad universal Normas de bioseguridad Universidad Alas Peruanas
	Información recibida en los estudios universitarios (preguntas 25,26,27,28,29 y 30)	Asignaturas de la universidad Prácticas clínicas Conocimientos teoricosos
Actitud de los alumnos VIH/SIDA	Capacidad para atender al paciente con VIH/SIDA	Actitud adecuada
		Actitud inadecuada

1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Tipo y Nivel de la investigación

a) Tipo de investigación

Según su finalidad: Básica. _ También conocido como pura o teórica, la finalidad de nuestra investigación es conocer si existe relación entre el nivel del conocimiento y la actitud en la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA.

Según la fuente de datos: Investigación de campo. _ Porque se realizó en situ, en las instalaciones de la Universidad Alas Peruanas Filial – Chiclayo.

Según el nivel de conocimiento que se desea alcanzar: Descriptiva y correlacional. _ Porque se describe y relaciona el nivel de conocimiento y la actitud.

Según el tiempo en que se efectúan: Sincrónicas. _ Aquellas que estudian fenómenos que se dan en un corto tiempo.

Según la naturaleza de la información que se recoge para responder al problema de investigación: Cualitativa – Investigación participativa. Se realizó una encuesta

b) Nivel de investigación

Se refiere al grado de profundidad donde se evidencia que es descriptivo-correlacional.

1.6.2. Método y diseño de Investigación

a) Método de la Investigación

El método a utilizar es Descriptivo – Correlacional

b) Diseño de la Investigación

Según el propósito de estudio: Observacional. Se realizó la investigación observando las respuestas de los cuestionarios

Según la cronología de la observación: Prospectivo. Porque se ha realizado en el presente.

Según el número de mediciones: Transversales. Los datos han sido recogidos en un solo momento.

1.6.3. Población y muestra de la Investigación

a) Población

La población fue conformada por todos los alumnos matriculados en el 9º ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo.

b) Muestra

La muestra fue conformada por un total de 31 estudiantes pertenecientes al 9 ciclo específicamente de la asignatura de Estomatología Legal y Forense.

1.6.4. Técnica e Instrumentos de recolección de datos

a) Técnicas

Se utilizaron dos cuestionarios uno orientado a medir el nivel de conocimiento y el otro con orientación a medir el nivel de la actitud frente a personas con VIH. Se utilizó la observación directa de las respuestas plasmadas en los cuestionarios.

b) Instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado fueron dos cuestionarios una para medir el nivel de conocimientos y el otro destinado a medir la actitud. Ambos instrumentos ya estaban validados porque se hicieron estudios con ellos en diferentes tiempos y diferentes países.

1.6.5. Justificación, Importancia y Limitaciones

a) Justificación

Muchas investigaciones han señalado que existe rechazo y miedo al contagio de esta enfermedad. Este temor no solo es del personal de salud sino también de la población en general, el miedo está latente cuando se trata de infectarse dentro de las áreas de salud y específicamente dentro del consultorio dental.

Diversos estudios realizados en diferentes países evidencian que muchos odontólogos desconocen o no dominan los conocimientos necesarios para diagnosticar, tratar a un paciente con VIH/SIDA.

Muchas de estas personas son víctimas de discriminación es por ello que la Federación Dental Internacional (FDI) en el año 2000 emitió una declaración “No se debe negar la atención dental a un paciente con VIH/SIDA”⁽⁹⁾

Tal vez la carencia de conocimientos y las actitudes inadecuadas hacia este tipo de paciente se deba a la falta de asignaturas especializadas que no solo llevaría a perjudicar la formación integral y el desempeño del futuro odontólogo, sino también la atención adecuada a los pacientes en general y pacientes con VIH/SIDA.

b) Importancia

Es importante ya que los planes de estudios de las escuelas o facultades de odontología obvian una materia importante como lo es la atención a pacientes medicamente comprometidos, entre ellos pacientes con VIH/SIDA. Como consecuencia el alumno sale poco preparado en este aspecto, es

decir, con bajo conocimiento lo que llevaría más adelante a una amenaza en el sistema sanitario, lo que llevaría a una inadecuada actitud en la atención de salud bucal y general en pacientes con estas condiciones de salud traduciéndolo en una alta tasa de discriminación.

c) Limitaciones

En general, no se encontró ningún tipo de limitaciones en el presente trabajo.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio de investigación

Herrera M, Vela L, Zúñiga D. (Chiclayo, 2014) ⁽¹⁰⁾. “Nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes de odontología frente a la atención de pacientes con VIH/SIDA en la provincia de Chiclayo, Lambayeque – 2014”. El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes de odontología frente a la atención de pacientes con VIH/SIDA. Fue desarrollado un estudio de tipo descriptivo, donde participaron 106 estudiantes que cursan el V, VII, IX y XI ciclo, quienes respondieron un cuestionario de 35 ítems cuya validez de contenido fue dada por juicio de expertos y la confiabilidad por una prueba piloto, los resultados lo integraron en una base de datos y se procesaron con un nivel de confianza de 0.05. La mayoría de los participantes era de sexo femenino (67.9%). La edad promedio predominante fue entre 21 y 23 años (47.2%). La mayoría de estudiantes pertenecieron al VII ciclo (33.0%). Se encontró que el 50.0% tiene un regular conocimiento, el 47.1% posee una actitud indiferente. La mayoría de los estudiantes de odontología (24.5%) presentan un conocimiento regular con una actitud indiferente.

Rodríguez R. (Venezuela, 2013). ⁽⁶⁾ “Nivel de conocimiento sobre la atención de personas con el VIH/SIDA en estudiantes del quinto año de la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo”. Realizó un trabajo de campo de nivel descriptivo donde realizó la aplicación de dos cuestionarios, uno dirigido a estudiantes y el otro a docentes también realizó

de la revisión del contenido de las asignaturas de toda la carrera empleando una lista de cotejo, ítems que se corresponden en ambos instrumentos y que obtuvo como resultado que existe un 31% de los estudiantes no tiene dominio cognoscitivo sobre los conceptos básicos del VIH/SIDA, lo que pudiera tener relación con los docentes de áreas clínicas encuestados en quienes solo un 68,15% de ellos poseen los conocimientos básicos sobre la conceptualización del VIH/SIDA. Así mismo, se evidenció que sobre estos tópicos no existen suficientes temas, siendo la asignatura de Odontopediatría I y en las únicas, tratándose específicamente acerca del protocolo post-exposición ocupacional y Odontopediatría II, mientras que no existe ni clase teórica específica para la atención de estos pacientes, ni asignaturas clínicas que atiendan estos pacientes.

Dávila ME, Mujica MJ. (Venezuela, 2013) ⁽¹¹⁾. "Actitud de los estudiantes de medicina y enfermería hacia las personas que viven con VIH/SIDA". Se realizó un estudio descriptivo transversal para determinar la actitud de los estudiantes de Medicina y Enfermería hacia las PVVS. La población en estudio la conformaron 1 787 estudiantes, la muestra fue seleccionada a través de un muestreo estratificado con afijación proporcional, que quedó conformada por 226 estudiantes del programa de Medicina y 90 estudiantes del programa de Enfermería. La edad promedio fue de 20.98 ± 2.75 años y 72.2% correspondió al sexo femenino. El 19.3% tuvo una actitud "favorable" hacia las PVVS. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la actitud y las variables sexo y edad ($p > 0.05$). El 88.2% de los

estudiantes de Medicina presentó una actitud "desfavorable", no obstante, existen diferencias estadísticamente significativas entre la edad y la actitud de los estudiantes de Medicina ($p = 0.009$), mientras en los estudiantes de Enfermería la actitud fue "favorable" en 25.6%; no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la edad y la actitud.

Dávila M, Gil M. (Venezuela, 2011) ⁽¹²⁾. "Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA". En esta investigación tenían como objetivo determinar el nivel de conocimiento (NC) y la actitud de los odontólogos hacia portadores del VIH/SIDA. Participaron 48 profesionales que laboran en el sector público, quienes respondieron un instrumento de 50 ítems. La mayoría de los participantes (77,1%) pertenecían al género femenino. La edad promedio fue de $41,3 \pm 9,4$ años y en su mayoría con más de 20 años de graduados. Encontraron que el 60,4% presentan un NC bueno, 43,8% tienen una actitud negativa hacia el portador VIH/SIDA. No observaron diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$) al relacionar NC con la actitud. Al analizar el NC por ítem, 64,6% reportó como "falso" que el riesgo de morir por el virus de la hepatitis B (VHB) sea mayor que el causado por el VIH, 85,8% afirma que las personas con SIDA deben ser aisladas y 60,4% reportaron incorrectamente la medida de esterilización indicada a ser usada en el consultorio dental. Con respecto a la actitud, 45,8% tuvo una actitud negativa para tratar al portador VIH/SIDA. Encontraron una actitud desfavorable entre los profesionales con mayor tiempo de ejercicio a pesar de su nivel de conocimiento bueno. Llegaron a la

conclusión que los resultados sugieren que deben incorporarse estrategias de educación y sensibilización para los odontólogos con la finalidad de mejorar la práctica profesional en el tratamiento odontológico a personas portadoras de VIH/SIDA.

Uribe AF, Orcasita L. (Colombia, 2011) ⁽¹³⁾. "Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud". Tuvo como objetivos evaluar los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en los profesionales, teniendo en cuenta que son los principales agentes de cambio a los que acude la comunidad. La muestra lo conformó por 34 profesionales de la salud, 70,6% mujeres y 17,6% hombres, con edades entre 19 y 69 años (M = 33,71; DT = 11,53), pertenecientes a una entidad de salud pública de Cali (Colombia). Fue aplicado para este estudio "Adaptación colombiana de la escala VIH/sida-65", "Escala multicomponente de fobia al sida" y "Escala de autoeficacia generalizada (SEA-27)". Obtuvieron como resultados la mayoría de los profesionales de la salud tienen conocimientos adecuados sobre la infección por VIH, una actitud positiva frente a las personas diagnosticadas con el virus y una mayor autoeficacia frente al VIH/sida. Discusión y conclusiones: aunque los profesionales poseen conocimientos correctos, actitudes positivas y autoeficacia frente a la infección por VIH/sida, es necesario fortalecer estrategias que refuercen algunos conceptos y comportamientos favorables frente al VIH/sida ya que son necesarios para las intervenciones dirigidas a la población que accede a los servicios que

prestan los profesionales de salud, con el fin de propiciar actitudes y capacidades en el autocuidado de la comunidad.

Acosta B, Perez E, Mueses H, Pinzón EM, Posner GS. (Colombia, 2011)

⁽¹⁴⁾. “Actitud de los estudiantes en tres facultades de odontología en Santiago de Cali, Colombia, frente a pacientes con VIH”. Objetivos: Conocer la actitud de estudiantes de odontología de Cali respecto del manejo de personas con diagnóstico de VIH/SIDA. Método: Estudio observacional descriptivo mediante aplicación de una encuesta aplicada en 1.173 estudiantes de tres facultades de odontología de Cali, clasificados en tres grupos (preclínica, clínica inicial y clínica final). Resultados: participó un 63,4%; 50% tenía menos de 20 años, 68% mujeres. 92% solteros y 82% católicos. Se encontró actitud positiva entre 86% y 92%, la disposición de atender pacientes fue más favorable en preclínica ($p=0.03$). Aunque 88,7% mostró disposición de atender pacientes VIH+; entre los que pensaban que sería difícil hacerlo para su personal auxiliar, se encontró 33% de estudiantes con probabilidad de hacerlo, ($p= 0.03$). Cuando se interrogó sobre conocimientos acerca del VIH/SIDA, 66,7% (clínica final) y 82,2% (preclínica) percibían que no habían recibido entrenamiento previo ($p<0,001$). Conclusiones: Se evidenció que la intención de atender pacientes VIH+ era similar a lo reportado en otros países americanos e Irlanda. Los estudiantes necesitan recibir un mejor entrenamiento con el fin de disminuir sus temores y mejorar su actitud para atenderlos.

Mascolo P, Michelena A, Monestiroli D, Montero J, Montes I, Mora N. (Venezuela, 2011) ⁽¹⁵⁾. “Conocimiento, actitudes y percepciones sobre vih/sida e infecciones de transmisión sexual en estudiantes ingresados a odontología y medicina de una universidad venezolana”.

Por estas razones el objetivo de la presente investigación fue evaluar el nivel de CAP de una muestra de estudiantes de pregrado de primer año de ambas carreras de una universidad venezolana (Universidad Central de Venezuela), con respecto a las ITS e infección VIH/SIDA. Del total (n=120), 63,3% correspondió al sexo femenino; la edad promedio fue de 18,64 años. Con respecto a la proporción de respuestas correctas o en acuerdo de toda la muestra estudiada, se encontró que, del total de preguntas, el rango de respuestas correctas o en acuerdo en la población evaluada estuvo entre 60% y 100,0%, respondiendo correctamente o en acuerdo en promedio 82,6% de las respuestas ($\pm 8,46$), siendo significativamente mayor en estudiantes de medicina (84,92% $\pm 7,78$ %) que en estudiantes de odontología (80,29% $\pm 8,54$ %) ($t=3,101$; $p=0,002$). En términos generales se observó que los estudiantes evaluados tanto de odontología como de medicina de la principal universidad venezolana presentan un buen nivel de conocimiento básico como actitudes y percepciones adecuadas sobre el VIH/SIDA e ITS. Es importante tomar en consideración los resultados para futuros estudios y especialmente para intervenciones que permitan con ello tener una correcta actitud y percepción sobre el VIH/SIDA e ITS por parte de ellos.

Moreno AB, Noriega BA, Valencia J, Armendariz Z, Barrera LF. (Mexico, 2011).⁽¹⁶⁾ “Actitudes de estudiantes universitarios hacia personas con VIH/SIDA”. El objetivo de este estudio fue medir las actitudes de los estudiantes universitarios hacia las personas con VIH/SIDA. Los participantes fueron 107 alumnos de distintos Programas educativos de una Institución de Educación Superior, de los cuales 62 eran del sexo masculino (57.9%) y 45 del sexo femenino (42.1%). El rango de edad osciló entre 18 y 36 años, con una media de 19.79 años. Para la medición de la actitud se utilizó la Escala de Actitud ante el SIDA para Enfermería (EASE) de Fernández, Fernández y Tomás-sábado (2006). La recogida de datos se llevó a cabo en la universidad, se solicitó colaboración voluntaria a los participantes, donde se les explicó que la información era confidencial y con el fin de desarrollar una investigación, el instrumento fue autoaplicado; con la información recabada se prosiguió a la captura de los datos en el programa SPSS 15.0 para el análisis de resultados. Mismos que demuestran que el 50.5% de los participantes presentan un nivel de aceptación medio, el 48.6% se ubican en el grupo de actitud positiva hacia personas con SIDA, el .9% presenta una actitud desfavorable. Se concluye que los universitarios de esta población tienden a aceptación hacia las personas con SIDA

Prieto S. (Venezuela, 2011)⁽¹⁷⁾. “Actitudes del profesional de la salud hacia los pacientes con SIDA”. presente estudio se diseñó la Escala ACSI para medir actitudes de los profesionales de a la salud hacia el paciente con

SIDA. A través del análisis factorial se detectaron dos factores que cubren las siguientes dimensiones: ⁽¹⁾ Rechazo por temor al contagio y ⁽²⁾ Discriminación. En el estudio participaron seis muestras diferentes: médicos, enfermeras, bioanalistas, odontólogos, estudiantes del área de a la salud y otras profesiones. Mediante análisis de varianza se detectó que los odontólogos mostraron, consistentemente, una actitud más negativa hacia el paciente con SIDA en el factor Rechazo y en total de la Escala. La muestra de enfermeras obtuvo la mayor puntuación en el factor Discriminación. Se asume que ello pueda ser debido a la mayor probabilidad de contagio y riesgo que presenta su actividad clínica.

Tuesta S. (Trujillo, 2010). ⁽⁸⁾ “Actitud del cirujano dentista en el manejo del paciente portador de vih/sida”. Su objetivo fue determinar la actitud del Cirujano Dentista en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA en dicha ciudad. Fue un estudio observacional descriptivo que incluyó un total de 145 Cirujanos Utilizó una encuesta de 12 preguntas cerradas tipo Likert y anónima. Obtuvo como resultados que 87 Cirujanos Dentistas tienen actitud adecuada (60%) y 58 Cirujanos Dentista obtuvieron actitud inadecuada (40%). según edad observó que conforme aumenta la edad el porcentaje la actitud adecuada de los Cirujanos Dentista disminuye, según género encontraron que el sexo masculino en su mayoría presentaba una actitud adecuada que los de sexo femenino, los cirujanos que tienen mayor tiempo de ejercicio profesional muestran una actitud adecuada en su mayoría que los que tienen menos de 5 años en la profesión y según centro de trabajo

mostraron que los cirujanos dentistas que trabajan en tanto en la entidad pública y privada tienen una actitud adecuada con un 59% y 65.2% . En general la actitud es adecuada frente a la atención de pacientes portadores con VIH/SIDA.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Los Virus. Historia, concepto y estructura.

En el siglo pasado fue acuñado el término virus para describir a los agentes causantes de enfermedades más pequeñas que las bacterias. Estas se pueden multiplicar dentro del interior de células vivas, causando muchas enfermedades en los seres humanos, animales, bacterias y plantas ⁽¹⁸⁾

En 1892 el científico ruso Dmirtry I. Ivanovsky describió a unas partículas microscópicas, conocido más tarde como virus del mosaico del tabaco. En 1898 Martinus W. Beijerinck describió que se trataba de partículas infecciosas. Más tarde, Wendell Meredith Stanley demostró que este virus estaba compuesto por el ácido ribonucleico y de una envoltura proteica. Con el desarrollo de la microscopia electrónica se posibilitó la visualización del virus por primera vez. Entre 1960 y 1970 ya se descubrieron numerosos virus, este descubrimiento se debió no solo al desarrollo de la microscopia electrónica, sino también, al desarrollo de las centrifugas de alta velocidad que permite concentrarlos y purificarlos y al desarrollo de los medios de cultivo ⁽¹⁹⁾

Los virus más pequeños y simples están constituidos únicamente por ácido nucleico y proteínas, siendo este ADN O ARN, pero nunca ambos. Poseen también una capa protectora de proteína o en su defecto proteína combinada. La nucleocapsida está compuesta por la capsida y sus subunidades conocidos como capsomeros⁽²⁰⁾.

La cubierta de la proteína se llama capsida y las unidades que la componen se les conoce como capsomeros. La nucleocapsida está compuesta por la capsida y las subunidades llamados capsomeros. Los virus son parásitos intracelulares obligados, ellos solo son capaces de replicarse en células con un metabolismo activo, cuando se encuentran fuera de una célula activa son inertes⁽²¹⁾

2.2.2. Teorías sobre el origen del VIH/SIDA

En 1981 el Centro para el Control de Enfermedades de los EE. UU alertaba a la comunidad científica sobre una rara entidad morbosa. Recibía un número inusual de reportes referidos al Sarcoma de Kaposi y neumonía *Pneumocystis carini*. Los afectados tenían como características ser jóvenes, sin antecedentes de terapia inmunosupresora y homosexuales. A los meses el mundo estaba enfrentando una nueva epidemia cuya causa no estaba ni está claramente identificada y que fue denominada “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” (SIDA o AIDS en el idioma inglés)⁽²²⁾.

En la actualidad se han planteado tres teorías referentes al SIDA cada una de ellas sujetas a importantes objeciones.

La primera teoría habla sobre el surgimiento del SIDA por azar. Esta teoría habla de la transmisión del mono al ser humano. Al ser el SIDA causado por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH. Existe el VIH-1 que es virus responsable de la epidemia que se verifica con mayor frecuencia en personas que habitan las regiones centrales y oriental de África. La comunidad científica concuerda en que proviene de un agente viral que infecta a varios primates africanos, particularmente a monos verdes y mandriles. Este agente viral se denomina SIV (Simian Immunodeficiency Virus, virus de la inmunodeficiencia de los simios) y afecta, pero no mata a los primates ⁽²³⁾.

La mutación de los SIV a los VIH también son sucesos inusuales, de muy baja probabilidad. Se dice que la transmisión entre las especies (o la mutación) ocurrió por primera vez en el siglo XX. Pero es poco factible que por azar dos virus del tipo SIV muten en forma independiente a los del tipo VIH en tan corto lapso de tiempo, cuando desde hace miles de años los africanos han estado expuestos al contagio con sangre de primates ⁽²²⁾.

Una segunda teoría afirma que siempre existió la transmisión del mono a hombre, pero no había condiciones para que ello se extendiera ya que en África rural, sus habitantes habitaban en pequeñas aldeas y desarrollaban

una vida sedentaria. Entonces aquellos contagiados por los monos solo transmitían la enfermedad a la pequeña comunidad de familias y vecinos y las muertes pues pasaban desapercibidas ya que las expectativas de una larga vida eran muy bajas. Con el inicio de la modernización la gente migró a las grandes ciudades donde se dan las condiciones apropiadas para la transmisión de la enfermedad, ya que contribuía a ello factores como la aparición prostitución en gran escala, las enfermedades venéreas y el uso repetido de jeringas hipodérmicas ⁽¹⁹⁾

La última hipótesis establece que el el SIDA se originó en el laboratorio, ya sea por transfusiones de sangre de chimpancés a humano, con el fin de curar la malaria. Otra sería el trasplante de un testículo de mono a humano, un experimento llevado a cabo para retrasar el envejecimiento y un experimento el intento de creación de la vacuna contra poliomelitis ⁽²⁴⁾

El origen del SIDA sigue siendo un misterio sin resolver. Se debe de tener en cuenta que el conocimiento de mismo podría ser de gran utilidad para el desarrollo de una vacuna, mejorar los tratamientos, ayudarnos a establecer pautas para una alerta temprana relativo a un nuevo virus o mutación ⁽²⁰⁾

2.2.3. Epidemiología

La OMS considera al VIH como un importante problema de salud pública, son 34 millones de muertes que este virus lleva cobrando hasta el momento.

El mayor porcentaje de personas infectadas están en África subsahariana con un aproximado de 25 millones, ellos representan el 70% de personas infectadas en el mundo, siendo estos datos establecidos en el 2014. En Sudamérica la mayor cantidad de personas infectadas se encuentran en México y Brasil ⁽³⁾.

Se habla de una disminución del 35% de nuevas infecciones entre los años 2000 y 2015, esto se explica gracias a la ampliación del tratamiento antirretrovirico a todas las personas con VIH. Se estima que para el 2030 la mejora del tratamiento antirretrovirico y el aumento de las opciones preventivas podrían ayudar a evitar 21 millones de muertes relacionadas con el SIDA ⁽²⁵⁾.

En el Perú, el primer caso fue reportado en 1983, desde entonces la cifra ha ido en aumento, hasta alcanzar en el año 2014 la cifra acumulada de 54,611 para pacientes infectados con VIH y 32,221 para diagnosticados con SIDA ^{(26) (5)}.

Los primeros casos de SIDA en el Perú, correspondían a homosexuales, estos adquirieron la enfermedad en el extranjero. En los años 90, el 90% de las infecciones pertenecían a la población homosexual. En 1995 la transmisión heterosexual se empezó a elevar, yendo en un franco ascenso, incluso llegando a superar a la población homosexual. Desde esa fecha ha habido un claro aumento de la proporción de pacientes mujeres dentro de la

población infectada, siendo un alto riesgo de transmisión vertical, con el consiguiente aumento de niños infectados ⁽⁵⁾.

2.2.4. Estructura del VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pertenece a la familia Retroviridae, Son virus con envoltura que presentan un genoma de ácido ribonucleico (ARN) monocatenario de polaridad positiva y se replican de manera inusual a través de una forma intermedia de ácido desoxirribonucleico (ADN) bicatenario. Esta replicación lo hace mediante la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa, que dirige la síntesis de ADN a través de ARN. Después de pasar de ARN monocatenario a ADN se inserta dentro del ADN propio de la célula infectada donde se comporta como un gen más ⁽²⁷⁾.

También se ha identificado que el virus de la inmunodeficiencia humana pertenece a la familia de los lentivirus por lo tanto puede permanecer en latencia dentro del organismo durante periodos largos de tiempo y se activan cuando surgen condiciones favorables para eso. En la actualidad se sabe que el VIH nunca permanece inactivo ya que desde que se instala en el organismo empieza a reproducirse ⁽²⁸⁾.

En la actualidad se conocen dos subtipos del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el VIH-1 y el VIH-2. El VIH-2, se encuentra limitado

principalmente a la parte occidental de África, el VIH-1, posee una gran variabilidad genética y se extiende por todos los continentes, siendo el agente causal de la mayoría de los casos de SIDA ⁽²⁹⁾.

Como todos los retrovirus, el VIH-1 es un virus RNA de una sola cadena, sentido positivo y apenas 100nm de diámetro, presenta un nucleocápside cilíndrico y denso, que contiene las proteínas centrales, el RNA genómico y la transcriptasa inversa rodeado de una envoltura lipídica ⁽³⁰⁾

El virus de la inmunodeficiencia humana tiene forma de esfera con un diámetro de 80-110 nm. Está compuesta por una *envoltura externa que está formada por una bicapa lipídica* que procede de la célula huésped, aquí se encuentran dos glicoproteínas importantes para el reconocimiento del receptor de las células Diana, estas son, las proteínas de cubierta externa (gp120), y las transmembranas (gp 41), ellas derivan también de la célula huésped. La proteína p17 que se encuentra en la parte interna de la membrana y favorece el anclaje en la misma y por último, una nucleocápside central (*Core*) formada por las proteínas estructurales p24 y las enzimas transcriptase inversa, protease e integrasa que son necesarios para la replicación viral ⁽³¹⁾.

Según datos de la OMS a nivel mundial en el 2014, 1,2 millones de personas fallecieron a causa del VIH, a finales del mismo año había 36,9 millones de

personas infectadas por el VIH, de los cuales 2 millones de personas contrajeron el HIV en 2014.

África subsahariana es la región más afectada donde se registran casi el 70% de las nuevas infecciones a nivel mundial. Por otro lado, solo el 54% de las personas infectadas con VIH conocen su estado serológico.

En cuanto a la cantidad de personas que reciben terapia antirretroviral a mediados de 2015 lo hacían 15,8 millones. Los datos sobre la disminución de nuevas infecciones vienen siendo alentadoras ya que entre el 2000 y 2015 ello viene disminuyendo en un 35% y las muertes relacionadas con el sida en un 24%. Según la explica que esta disminución se debe gracias a los esfuerzos internacionales que llevaron a la consecución mundial de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionadas con el VIH.

Así mismo, que tanto la ampliación del tratamiento antirretrovírico y el aumento de las opciones preventivas podrían ayudar a evitar 21 millones de muertes relacionadas con el sida y 28 millones de nuevas infecciones para 2030 ⁽³¹⁾.

En el Perú la epidemia del VIH mantiene las características de una epidemia concentrada, ya que tiene una prevalencia en la población general menor a 1% y más de 5% de elevada prevalencia (en mujeres transgénero y hombres

que tienen sexo con hombres). La vía de transmisión predominante es la vía sexual ⁽⁵⁾

El centro nacional de epidemiología y prevención y control de enfermedades dice: “La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, se realiza de acuerdo a lo establecido en la NTS N° 115- MINS/DGE V01 “Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú” ⁽³²⁾

2.2.5. Transmisión del VIH/SIDA

Hace dos décadas se pensaba que la transmisión del VIH/SIDA era únicamente por vía sexual y que era una enfermedad exclusiva homosexual pero el tiempo ha demostrado otras formas de contagio como son transmisión sanguínea, sexual o perinatal ⁽³³⁾.

Se ha encontrado que dentro de las principales formas de contagio se encuentran las conductas sexuales (89,7%) seguido de la transmisión del virus por contacto directo con sangre infectada (8%) ya sea por transfusión sanguínea, en hemofílicos, donadores, en usuarios de drogas intravenosas o por exposición ocupacional; y en último lugar con un 1,8% por vía perinatal, el contagio de la madre al hijo, sea durante la gestación, el parto o el amamantamiento

La mayoría de estudios revisados afirma que el contagio del virus a través de la saliva y la orina es imposible ya que descartan la ha sido descartada por múltiples estudios, ya que sobrevivencia del virus en tales fluidos por las características propias del virus ⁽²⁾

Sin embargo, acciones como compartir jeringas o navajas o cualquier utensilio que haya estado en contacto directo con la sangre o fluidos de los órganos genitales y los hemoderivados de la sangre, representan una fuente de alto riesgo o de mayor probabilidad de contagio del VIH y pueden considerarse como Conductas de Alto Riesgo ⁽¹⁵⁾.

2.2.6. Evolución del VIH/SIDA después de la infección.

La infección por el VIH puede dividirse en cuatro fases clínicas que son: la infección aguda; la fase asintomática, también conocida como latencia clínica; la fase sintomática inicial o precoz y como etapa final el SIDA ⁽²⁰⁾.

2.2.6.1. Infección Aguda

Dentro de fase encontramos a la infección primaria y el síndrome de la infección aguda y la seroconversión.

La infección primaria se refiere al momento de contacto con sangre o fluidos cervicales o vaginales infectados.

Durante los primeros días el virus es sumamente activo esta consiguiendo infectar a linfocitos disminuyendo y destruyendo linfocitos especializados en distintos tipos de tareas, que no se pueden volver a recuperar, debilitando así el sistema inmunológico.

Las personas son consideradas como portadoras del virus inmediatamente después de su infección, pudiendo transmitirles el virus a otras personas, independientemente del tiempo que hayan tenido el virus. Se da durante los primeros 5 días ⁽²⁰⁾.

El Síndrome Infección Aguda/ Seroconversión suele aparecer de 2 a 4 semanas después de la infección produciéndose una lucha entre el VIH y el sistema inmunológico, una de las características de esta etapa es que el VIH se reproduce a gran velocidad, estableciéndose no solo en los linfocitos CD4 y otras células del sistema inmunológico, sino también en el intestino, en células del sistema nervioso y en otros tejidos, como la sangre, donde la carga viral es elevada.

Después de unas semanas aproximadamente la mitad de las personas infectadas suelen experimentar síntomas parecidos a los de una gripe o una mononucleosis. Además de síntomas de infección viral, tales como: fiebre, adenopatía, faringitis, mialgia, artralgia, rash cutáneo maculopapular eritematoso, ulceraciones mucocutáneas involucrando mucosa oral, esófago

y órganos genitales, hiporexia, adinamia, cefalea, fotofobia, hepatoesplenomegalia, pérdida de peso, náuseas y vómitos ⁽¹¹⁾.

Los pacientes pueden presentar, además, candidiasis oral, neuropatía periférica, meningoencefalitis aséptica y síndrome de Guillain-Barré. Los hallazgos de laboratorio inespecíficos son transitorios e incluyen: linfopenia seguida de linfocitosis, presencia de linfocitos atípicos, plaquetopenia y elevación sérica de las enzimas hepáticas.

Los síntomas suelen durar aproximadamente 14 días, la persistencia de los síntomas por más de 14 días pueden estar relacionadas a una evolución más rápida hacia el SIDA.

Pasado este periodo ocurre una estabilización se puede evidenciar la recuperación del número de linfocitos CD4, pero nunca en su nivel original (500 y 1600 células), la disminución de la carga viral con un valor más o menos estable a este valor se le conoce como basal de carga viral que suele estar por debajo de 50,000 ó 70,000 virus por mm^3 . Cuanto más bajo sea ese valor basal, mejor suele ser el pronóstico de evolución para la persona infectada, es en este punto que el sistema inmunológico ha permitido la producción de anticuerpos ⁽³²⁾.

La mayor parte de las personas infectadas se ven saludables por muchos años aunque tengan el virus en sus cuerpos. Estos síntomas suelen

desaparecer ya que el cuerpo comienza a producir los anticuerpos contra el virus (seroconversión). La única forma de averiguar si una persona tiene el VIH es tomar una prueba de anticuerpos.

2.2.6.2. Fase Asintomática

La presencia de los anticuerpos significa que el sistema inmunológico ha podido, de momento, controlar la infección. Pero también significa que el VIH ha logrado establecerse con éxito en el organismo. Cuando a una persona se le detectan los anticuerpos al VIH en la sangre se dice que es Seropositiva (individuo que no ha presentado sintomatología alguna pero que posee el VIH).⁽³⁴⁾

El tiempo entre el momento de la infección y la aparición de los síntomas de los anticuerpos se le conoce como Periodo de ventana que suele durar entre los dos y seis meses. Aquí una persona puede estar infectada pero una prueba de detección puede dar como resultado negativo, es por ello se recomienda esperar al menos 3 meses desde el momento en que se tuvo riesgo de infección⁽²⁰⁾.

2.2.6.3. Fase sintomática inicial o precoz

Es la etapa después de seroconversión hasta que aparecen los primeros síntomas y signos de la inmunodeficiencia, cuando no hay un tratamiento el virus parece dañar lentamente al sistema inmunológico durante años

después de la infección. En esta etapa se recomienda realizar exámenes como el conteo de células T, para observar la variación y avance del VIH, también se debería comenzar a tomar un tratamiento preventivo aún antes de desarrollar síntomas. Usualmente, los síntomas aparecen cuando el virus ha causado daño considerable al sistema inmunológico ⁽²¹⁾.

La mayor parte de las personas con VIH presentan síntomas leves antes de desarrollar enfermedades más serias. En esta etapa el portador de la infección por el VIH puede presentar señales y síntomas inespecíficos y de intensidad variable, además de procesos oportunistas de menor gravedad, principalmente en la piel y en las mucosas ⁽³⁵⁾.

Existen señales y síntomas inespecíficos bastante comunes como la sudoración nocturna que puede o no estar acompañada de fiebre, si hay presencia de fiebre se debe de considerar la posibilidad de una infección oportunista por lo que se debe realizar una investigación clínica y de laboratorio específica. La fatiga también es una manifestación frecuente sintomática inicial por el VIH esta puede ser más intensa al fin de la tarde y después de una actividad física excesiva.

Cuando existe una fatiga progresiva y debilitante se debe tener cuidado ya que puede involucrar la presencia de infección oportunista. El adelgazamiento es muy común dentro de los síntomas generales asociados a la infección por el VIH (95 a 100%) asociado generalmente a otras

condiciones, como anorexia y asociado con diarrea intensa lo hace más común.

La trombocitopenia es menos común caracterizado por un número normal o aumentado de megacariocitos en la médula ósea y niveles elevados de inmunoglobulinas asociadas a plaquetas, relacionado con la púrpura trombocitopénica inmune. Clínicamente los pacientes pueden presentar solamente sangramientos mínimos como petequias, equimosis y, ocasionalmente, epistaxis. Desde el punto de vista de laboratorio, se considera el número de plaquetas inferior a 100.000 células/mm³ ⁽³⁶⁾.

Manifestaciones Clínicas

Dentro de los procesos oportunistas más comunes en la fase sintomática inicial tenemos: la Candidiasis oral y vaginal incluyendo la recurrente ⁽³⁷⁾

La candidiasis oral es la infección fúngica que ocurre con mayor frecuencia en pacientes portadores del VIH presentándose en dos formas:

La pseudomembranosa que consiste en placas blancuzcas removibles en la lengua y las mucosas, suelen ser pequeñas o amplias y diseminadas.

Y las eritematosas caracterizadas como placas rojizas en mucosas, paladar blando y duro o superficie dorsal de la lengua. También suelen presentar queilitis angular que produce eritema y grietas en las comisuras de los labios. ⁽³⁸⁾.

En cuanto a la candidiasis vulvovaginal en mujeres con VIH positivo pueden presentarse en formas extensas o recurrentes con o sin acometimiento oral, ello suele presentarse tanto en la fase precoz como avanzada de la enfermedad. Las especies patogénicas incluyen *Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis* y otras menos comunmente aisladas ⁽²⁰⁾.

La leucoplasia oral pilosa es un espesamiento epitelial benigno, causado probablemente por el virus Epstein-Barr, se caracteriza por presentar lesiones blancas que varían de tamaño y apariencia, pudiendo ser planas o en forma de pliegues, vellosidades o proyecciones.

Frecuentemente ocurre en los márgenes laterales de la lengua, pero también se puede presentar en la mucosa bucal, paladar blando y duro. ⁽²⁾

Gingivitis y otras enfermedades periodontales suelen manifestarse de forma suave o agresiva en pacientes con infección pelo VIH, cuya evolución es rápidamente progresiva ⁽³⁹⁾.

Úlceras aftosas es común que presenten úlceras considerablemente extensas, resultado de la coalescencia de pequeñas úlceras en la cavidad oral y faringe, de carácter recurrente y etiología no definida. Al ser incómodas suele producir odinofagia, anorexia y debilitación del estado general ⁽⁶⁾.

Diarrea es una infección común por el VIH que aparece desde su fase inicial. En la infección precoz por el VIH, se debe sospechar de patógenos entericos más comunes como: *Salmonella sp*, *Shigella sp*, *Campylobacter sp*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, adenovirus, rotavirus. Y en las fases más avanzadas estos patógenos suelen ser: *Cryptosporidium parvum* e *Isospora belli*.

Sinusitis y otras sinusopatías suelen ocurrir con relativa frecuencia. Su forma aguda es más común en la fase inicial de la enfermedad por el VIH, incluyendo los mismos agentes considerados en pacientes inmunocompetentes: *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* y *H. influenzae*. Otros agentes como *S. aureus* y *P. aeruginosa* y hongos se han encontrado en cuadros de sinusitis aguda, pero su comprometimiento en sinusitis crónicas es mayor. Fiebre, cefalea, síntomas locales y drenaje mucopurulento nasal forman parte del cuadro ⁽⁴⁰⁾.

Herpes simple recurrente generalmente este tipo de pacientes se coinfecta con el virus herpes simple 1 y 2. El HSV-1 es responsable por las lesiones labiales y el HSV-2 por las lesiones genitales, sin embargo ambos tipos son capaces de causar infección en cualquier lugar.

Herpes Zoster desarrollan aquellos adultos que previamente fueron infectados por el virus varicela zoster y desarrollan episodios de herpes zoster frecuente.

2.2.6.4. SIDA

La persona es diagnosticada con SIDA cuando es portador de VIH, tiene un recuento de linfocitos CD4 menor de 200 células/mm³ o si padece de alguna de las enfermedades definitorias de sida. Estas enfermedades incluyen infecciones oportunistas y neoplasias o ambas, que no ocurren en personas sanas y que, en cambio, son muy frecuentes en personas con VIH. Estas infecciones oportunistas son aquellas producidas por agentes que no producen enfermedades en personas con un sistema inmunológico normal, pero aprovechan la "oportunidad" de manifestarse en las personas afectadas por el VIH⁽³⁵⁾.

2.2.7. Patologías bucales asociadas al VIH/SIDA

Desde siempre las manifestaciones orales han sido una parte importante para el diagnóstico y predicción. La candidiasis oral ha sido considerada una de las más prevalentes y significativas. Con las nuevas terapias las manifestaciones como el Sarcoma de Kaposi o la leucoplasia vellosa, han reducido su prevalencia⁽³⁹⁾.

Han sido registradas más de 40 manifestaciones orales asociadas en mayor o en menor medida con la infección por VIH. Según su origen estas lesiones pueden ser clasificadas como nicóticas, víricas, bacterianas, neoplásicas y otras como las úlceras aftosas.

Cuadro 2. Manifestaciones orales relacionadas con la infección por el VIH

Infecciones micóticas	Candidiasis Eritema gingival lineal Micosis profundas
Infecciones bacterianas	Gingivitis necrotizante Periodontitis necrotizante Angiomatosis bacilar Tuberculosis
Infecciones víricas	Herpes simple Leucoplasia vellosa Verrugas Herpes zoster Úlceras por citomegalovirus
Neoplasias	Sarcoma de Kaposi Linfoma oral
Otras	Úlceras inespecíficas Xerostomía Tumefacción parotídea Pigmentación intraoral Etc.

Fuente. Aguirre JM, et. ⁽⁴¹⁾

2.2.8. Protocolo y bioseguridad en la práctica odontológica para la atención de personas infectadas con VIH/SIDA

El odontólogo como profesional de la salud debe de garantizar la seguridad tanto para el paciente como para sí mismo. Por lo general, los profesionales del área de odontología tienen una atención inadecuada hacia los pacientes con VIH/SIDA. Ya que existe una escasa información durante la formación académica, evidenciándose este hecho en diferentes estudios realizados ⁽²⁴⁾.

Es sabido que el medio de transmisión del VIH se produce a través de la sangre, encontrándose este en personas infectadas y sin manifestaciones clínicas aparentes. El profesional está en constante riesgo de infección, si no

toma las medidas adecuadas de protección. Si el odontólogo, el personal auxiliar o el paciente sufrieran de un pinchazo, el riesgo de infección sería de 0,04% pero con una seroconversión de 1,7% a diferencia de la hepatitis que varía entre un 30% y 60% ⁽²⁵⁾ (2).

Chauca R, dijo: “Protocolo se puede definir como el conjunto de normas y disposiciones legales vigentes que, junto a los usos, las costumbres y las tradiciones, rige la celebración de los actos oficiales, y en otros muchos casos, la celebración de actos de carácter privado, cuyo objetivo es cubrir todas las necesidades que requiere el conjunto de actividades que deben ser realizadas” ⁽²⁵⁾.

AIDS CommunityI. Dijo: a bioseguridad, se trata de la adopción de un comportamiento preventivo (actitudes y conductas) por parte del personal que trabaja en una institución que presta los servicios de salud, cuyo propósito es disminuir el riesgo del profesional de adquirir infecciones en el medio laboral ⁽⁴²⁾.

La finalidad de protocolo de bioseguridad en odontología es el de reducir el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas a través de la sangre, secreciones orales y respiratorias, entre paciente y profesional y entre pacientes, sin olvidar a los colaboradores que trabajan con el odontólogo ⁽⁴³⁾.

En cuanto a la atención odontológica esta puede ser dividida en dos grupos:

Primero aquellos procedimientos de alto riesgo como una cirugía simple, cirugía compleja, endodoncia, periodoncia, operatoria, odontología pediátrica, prostodoncia y urgencias. Y los procedimientos de bajo riesgo como la valoración clínica con sus respectivos diagnósticos las prótesis dentales, la ortodoncia y la toma de rayos X⁽⁴⁴⁾.

A pesar de esta clasificación para fines académicos no se debe de descuidar la bioseguridad y el autocuidado en la consulta odontológica. Se debe de tener en cuenta que todo el personal involucrado debe de estar capacitado en las medidas de bioseguridad universales⁽⁴⁵⁾.

2.2.8.1. Odontólogo

Tendrá contacto directo con el paciente es por ello que dentro de todos los protocolos de atención a pacientes con VIH/SIDA se recomienda las barreras internas que consiste en que el profesional debe contar toda la batería completa de vacunación que incluye hepatitis B (VHB) o anticuerpos para hepatitis B, influenza, tétano, difteria, tuberculosis, y triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis)^{(14) (45)}.

Una recomendación importante es que este tipo de profesional debería de llevar un estilo vida adecuado (bajo riesgo de contagio) y debe actualizarse periódicamente en las medidas de bioseguridad⁽⁴⁶⁾.

La medida protectora externa consiste en la vestimenta que el operador viste como es el uso de batas que debe de ser de mangas largas, material

sintético y solo debe de ser usado en el área de trabajo. Otra indumentaria es el gorro que debe de ser usado en cualquier procedimiento que generen aerosoles ⁽⁴⁷⁾.

El uso de caretas o gafas también son importantes ya que sirven para prevenir salpicaduras de fluidos o partículas proyectadas hacia el rostro del operador ya que muchos gérmenes son considerados como oportunistas. La mascarilla protege la mucosa nasal y la vía oral, por la contaminación provocadas por e instrumental rotatorio ⁽⁴⁸⁾

Los guantes de látex nunca deben de ser dejados de lado, siendo utilizados para todo procedimiento y deben de ser desechados entre paciente y paciente. Es más, en la actualidad se considera que al deteriorarse tan rápidamente deben de ser cambiadas cada hora inclusive en un mismo paciente, ya que estudios realizados han demostrado que al pasar el tiempo se hace más poroso

Si se diera el caso que el profesional presenta alguna lesión exudativa de la piel, algún tipo de cicatrización de tipo quirúrgica, dermatitis, en la piel debe de abstenerse de realizar procedimientos odontológicos. Algunos estudios muestran que con esta práctica se hacen más porosos, lo cual les quita la condición de barreras de protección. Si se presenta algún tipo de dermatitis o lesión exudativa de la piel, o algún tipo de cicatrización de tipo quirúrgica o traumática reciente, el profesional debe abstenerse de realizar procedimientos odontológicos que creen, en contacto con sangre,

secreciones o fluidos mientras se realiza una curación completa de la lesión.

(49)

Es importante el lavado clínico de las manos ya que tiene como objetivo reducir la flora residente y transitorios. Ello debe de realizarse antes y después de usar el baño, después de estornudar, toser, tocarse la cara o el cabello, luego de coger objetos inanimados y al finalizar las actividades.

2.2.8.2. Personal Auxiliar

Al igual que el odontólogo debe de tener el esquema completo de vacunación, es obligatorio el uso de batas de manga larga, gorro, guantes y mascarilla. También debe de realizar el lavado de mano. Cuando manipule el instrumental dental para ser lavado, desinfectado y esterilizado debe de usar guantes de caucho. Debe de utilizar soluciones químicas o yodadas para la desinfección de sillón dental, foco de luz y equipo de radiología. Posteriormente debe de secar las superficies ya desinfectadas para luego cubrirlas con superficies de plástico⁽⁵⁰⁾.

Para la limpieza del instrumental han sido establecidos los métodos de desinfección y esterilización. Donde se incluye la desinfección a un alto nivel que incluyen la recepción del material contaminado, limpieza, descontaminación, desinfección, secado, empaque, identificación (rotulación), esterilización, almacenamiento, transporte y distribución⁽⁵¹⁾

Según su riesgo de infección el instrumental se clasifica en: Crítico: penetran (lavar, desinfectar, esterilizar). Semicrítico: contactan (lavar, desinfectar, esterilizar). No crítico: no contactan (lavar, desinfectar)

2.2.8.3. Accidente laboral

El riesgo de contraer VIH/SIDA con un objeto punzocortante ya sea por un pinchazo o corte es del 0,3%, el riesgo de contraer por contacto de heridas en mucosas o piel es de 0,04%. Por ello, cuando ocurre este tipo de accidentes se debe dejar sangrar la herida durante 30 segundos, para luego lavarla con agua y solución salina y gran cantidad de jabón. No se debe de usar cepillo ni hipoclorito de sodio ya que puede producir excoriación. También determinar la profundidad de la herida. Se debe de revisar el diagnóstico de la historia clínica del paciente. Informar al departamento de control de infecciones y a la aseguradora de riesgos profesionales.⁽³⁴⁾

Cuadro 3. Tratamiento bucodental de la persona infectada por el VIH

1. Las acciones de promoción de la salud son las de mayor importancia colocándolas en primer orden.
2. Los tratamientos preventivos ocupan el segundo orden de importancia estratégica en el abordaje de estas personas, tomando en consideración los factores de protección que debe brindarse a la persona que vive con VIH/SIDA.
3. La persona que vive con VIH/SIDA, debe recibir cobertura de protección obligatoria con la aplicación semestral de soluciones tópicas a base de fluoruros, complementadas con enjuagatorios también a base de fluoruros en sus hogares.
4. La aplicación de sellantes de fosas y fisuras para personas que viven con VIH/SIDA es imperativa, debido a que por este medio se reduce aún mas, la posibilidad de que deban practicársele tratamientos invasivos, en muchos casos evitables.
5. Desde el punto de vista de los abordajes invasivos, el tratamiento periodontal ocupa el primer orden y le siguen los tratamientos restaurativos. Los tratamientos citados, pueden ser aplicados en cualquier establecimiento de atención clínica.
6. El tratamiento de mantenimiento y control periodontal, es uno de los de mayor relevancia, por facilitar la observación, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, de otros factores de riesgo.

7. El tratamiento periodontal debe ser enfocado al control de los factores de riesgo de infección y al mantenimiento de los tejidos de soporte. En el caso de tratamiento de mayor complejidad como cirugías, estas deben realizarse con instrumentos manuales que no requieren electricidad.
8. En lo relativo con el tratamiento restaurador, la aplicación de biomateriales no registra datos de incompatibilidad con ninguno de los que comúnmente se emplean, siendo los ionómeros de vidrio los materiales de elección preferidos.
9. El hecho de que la persona sea VIH, no contraindica los tratamientos de endodoncia, prótesis y ortodóntico. 10. Los procedimientos de exodoncia u otro tipo quirúrgico, deben ser realizados de forma similar que en personas VIH negativas, para lo cual el manejo de los efectos inflamatorios postquirúrgicos deben tenerse presentes por estar relacionados con un mayor riesgo de infección. Como la infección puede causar trombocitopenia, toda persona VIH positiva, debe ser valorado en su función hemostática.
11. Desde la perspectiva de las complicaciones postquirúrgicas comparadas entre personas seropositivas y seronegativas, no existe evidencia de resultados diferentes entre las mismas, ni hay confirmaciones sobre los beneficios de la aplicación de terapia antimicrobiana pre y posquirúrgica.
12. Si la persona está experimentando un período de neutropenia (menos de 500 células por milímetro cúbico), debe suministrarse antibiótico terapia antes y después de la cirugía.
13. La terapia antimicrobiana con antibióticos bactericidas, debe limitarse a pacientes con neutropenia severa y en tratamiento coadyuvante en las manifestaciones bucodentales de la infección por el VIH. Esta debe consultarse con el médico tratante para proveer una terapia efectiva y reducir la probabilidad de crear resistencia bacteriana.
14. En lo relacionado con el uso de soluciones anestésicas locales en personas infectadas por el VIH, no existen contraindicaciones especiales.
15. No existen contraindicaciones conocidas para no ofrecer tratamiento bucodental a niños VIH positivos, teniendo como indicaciones prioritarias los procedimientos preventivos basados en la aplicación de fluoruros tópicos y sellantes de fosas y fisuras, así como las medidas de promoción de la salud para ellos y sus familias.

Fuente. Seguridad Social Costarricense ⁽⁵²⁾

2.2.9. Actitud

El termino actitud se ha definido en diferentes campos de estudio como lo es en el ámbito social, psicológico, marketing, pedagógico, entre otros.

Es un hecho que existe diversas definiciones de actitud pero la más acertada es la de Baron R, que en su libro de Psicología Social la define como: “La actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto

definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto”⁽⁵³⁾

La actitud desde un punto de vista general puede ser positiva o negativa. La positiva es abarcada por la igualdad, tolerancia, paciencia que alguien puede tener respecto a otra definiendo un parámetro de conducta favorable, recreando un entorno social positivo. Por el contrario, es negativa cuando existe una predisposición o conductas convertidas en malas intenciones de una persona ante la sociedad

Las actitudes están constituidas por 3 elementos cognitivos, afectivos y conductual, estas de manera a integrada o interdependiente contribuyen a que la gente reaccione de una manera específica.

Para que exista una actitud es necesario la presencia de una representación cognoscitiva objeto, y esta viene a estar formada por las percepciones y creencias hacia el objeto. Cuando no se conoce o no hay información del objeto no puede haber ningún tipo de actitud.

La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea. El Componente más característico de las actitudes es el afectivo ello es el sentimiento a favor o en contra de un objeto social. Tenemos también a la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera conocido como el componente conductual que el componente más activo de la actitud.²⁵

2.3 Definición de términos básicos

VIH

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un microorganismo que ataca al Sistema Inmune de las personas, debilitándolo y haciéndoles vulnerables ante una serie de infecciones, algunas de las cuáles pueden poner en peligro la vida ⁽¹⁾.

SIDA

El significado de esta sigla es Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida es el estado de la infección por el VIH caracterizado por bajos niveles de defensas y la aparición de infecciones oportunistas ⁽²⁾.

Seropositivo/a

Una persona es considerada seropositivo cuando por medio de un análisis de sangre existe la presencia de anticuerpos específicos contra el VIH en un organismo infectado ⁽³⁴⁾.

Infecciones oportunistas

Son infecciones producidas por otros agentes que aparecen cuando hay una disminución del sistema inmunitario de una persona infectada con VIH. Son infecciones que el organismo podría combatir si el sistema inmunitario estuviese sano, pero cuando el organismo está infectado es incapaz de protegerse ⁽³⁴⁾.

Linfocitos

El linfocito es un tipo de leucocito que proviene de la diferenciación linfoide de las células madre hematopoyéticas ubicadas en la médula ósea y que completa su desarrollo en los órganos linfoides primarios y secundarios (médula ósea, timo, bazo, ganglios linfáticos y tejidos linfoides asociados a las mucosas) ⁽³⁴⁾.

Linfocitos B

Su diferenciación se produce en la médula ósea y pasan por varios estadios: célula pro-B, célula pre-B, célula B inmadura, linfocito B maduro, que se diferencian gracias a la expresión de moléculas de membrana. Se clasifican en dos tipos: B-1 (producen anticuerpos IgM sin ayuda de los linfocitos T y se subdividen en B-1a y B-1b) y los B-2 (los convencionales) ⁽³⁶⁾.

Linfocitos T

Maduran en el timo, y al igual que los linfocitos B, pasan por distintos estadios caracterizados por una expresión diferencial de marcadores típicos. Se clasifican dependiendo de su receptor en: linfocitos T α y linfocitos T α/β . Estos últimos, dependiendo de la función que realizan, se subdividen en: helper (CD4+), citotóxicos (CD8+) y reguladores (CD4+ CD25+) ⁽³⁸⁾.

Linfocitos CD4

Los linfocitos CD4 son un tipo de células que forman parte del SI y que se encargan de la fabricación de anticuerpos para combatir las infecciones. Son

la diana preferente del VIH. Al destruirlos el VIH acaba con la capacidad defensiva del cuerpo ⁽³⁴⁾.

Conocimiento

Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas ⁽⁵⁴⁾.

Actitud

Es la tendencia del individuo a reaccionar, ya sea positiva o negativamente, a cierto valor social” ⁽⁵⁵⁾.

Sistema inmunológico

Es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones, de bacterias y virus ⁽⁵⁶⁾.

CAPITULO III. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

3.1. Análisis de Tablas y Gráficos

Tabla 1. Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes.

Intervalo Conocimiento		Puntaje Alcanzado Actitud(agrupado)		
		Actitud Inadecuada	Actitud Adecuada	Total
Bajo	Recuento	8	1	9
	%	29,6%	25,0%	29,0%
Regular	Recuento	16	2	18
	%	59,3%	50,0%	58,1%
Bueno	Recuento	3	1	4
	%	11,1%	25,0%	12,9%
Total	Recuento	27	4	31
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.

Cuestionario de actitud de la Universidad de Trujillo. Muestra 31 estudiantes

Elaboración propia

Fecha: 25 de noviembre del 2016

Tal como se aprecia en la tabla 10 de los 31 estudiantes, el 58% (18) obtuvieron nivel de conocimiento Regular. Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno. Con la enfermedad VIH/ SIDA, el 12,9% (4) obtuvieron nivel de conocimiento Bueno y el 29% (9) obtuvieron Bajo nivel de conocimiento. De los cuales 27 del total que alcanzaron categoría de Actitud Inadecuada, el 50,3% (16) obtuvieron también nivel de conocimiento Regular, el 29,6% (8) obtuvieron nivel de conocimiento Bajo y el 11,1% (3) nivel Bueno. En comparación de los 4 que alcanzaron categoría de Actitud Adecuada, el 50% (2) obtuvieron nivel de Regular y el 25% (1) obtuvieron nivel Bueno y Bajo respectivamente. La diferencia numérica observada entre el Conocimiento y la Actitud representa una diferencia significativa pero no son suficientes para concluir que existe asociación entre

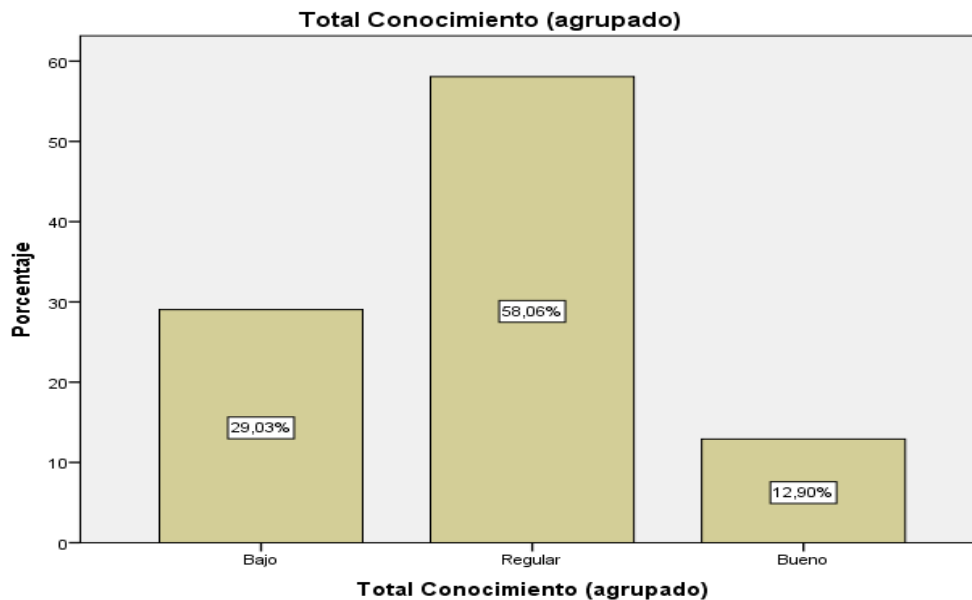
el conocimiento y la actitud de los estudiantes ante el manejo de los pacientes del VIH/SIDA.

Tabla 2. Nivel de conocimiento en la atención odontológica del del paciente portador de VIH/SIDA

Válido		Frecuencia		Porcentaje	
	Bajo	9		29,0	
	Regular	18		58,1	
	Bueno	4		12,9	
	Total	31		100,0	

Fuente: Cuestionario sobre el nivel de conocimiento y Actitud frente a pacientes portadores de VIH/SIDA. De la Universidad de Carabobo y Universidad de Trujillo, respectivamente.
Muestra 31 estudiantes
Elaboración propia
Fecha: 25 de noviembre del 2016

Gráfico 1. Nivel de conocimiento en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario sobre el nivel de conocimiento y Actitud frente a pacientes portadores de VIH/SIDA. De la Universidad de Carabobo y Universidad de Trujillo, respectivamente.
Muestra 31 estudiantes
Elaboración propia
Fecha: 25 de noviembre del 2016

La tabla 2 y el gráfico 1 muestra que, de los 31 estudiantes, el 58% (18) obtuvieron nivel de conocimiento Regular en la atención del paciente portador de VIH/SIDA frente al manejo de paciente con la enfermedad VIH/SIDA, el 12,9% (4) obtuvieron nivel de conocimiento Bueno y el 29% (9) obtuvieron Bajo nivel de conocimiento.

Tabla 3. Prueba de chi² entre el nivel de conocimiento general y la actitud en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,598 ^a	2	,742
Razón de verosimilitud	,506	2	,776
Asociación lineal por lineal	,294	1	,588
N de casos válidos	31		

Se puede apreciar en la Tabla 3, aplicando el método Chi cuadrado (para variables categóricas generales) entre las variables transformadas Nivel de Conocimiento y Resultado de la Actitud, No se halla relación significativa entre las variables mencionadas ($p > 0.005$).

Tabla 4. Actitud en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA

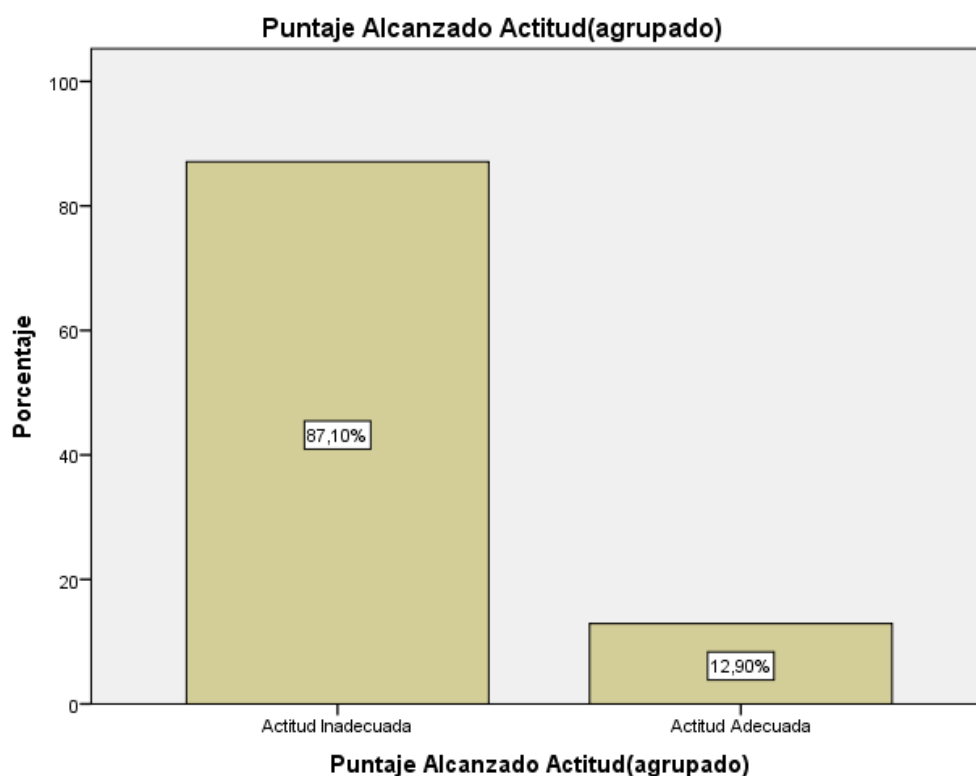
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Actitud Inadecuada	27	87,1%
	Actitud Adecuada	4	12,9%
	Total	31	100,0%

Fuente: Cuestionario de actitud frente a pacientes portadores de VIH/SIDA Universidad de Trujillo. Muestra 31 estudiantes

Elaboración propia

Fecha: 25 de noviembre del 2016

Gráfico 2. Actitud en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA en los estudiantes del noveno ciclo de la escuela de estomatología de la universidad al peruanas filial Chiclayo 2016



Fuente: Actitud frente a pacientes portadores de VIH/SIDA Universidad de Trujillo. Muestra 31 estudiantes
Elaboración propia
Fecha: 25 de noviembre del 2016

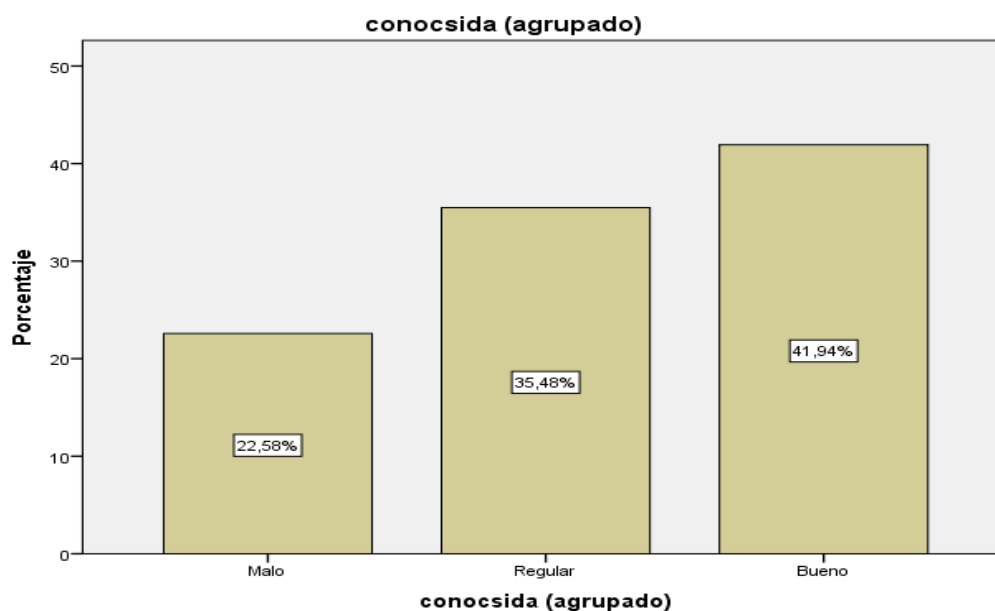
Tal como se aprecia en la tabla 4 y gráfico 2 de los 31 estudiantes, el 87% (27) obtuvieron Actitud Inadecuada, como se aprecia en la tabla de los 31 estudiantes, el 13% (4) obtuvieron es su evaluación Actitud Adecuada. La diferencia numérica observada entre las Categorías representa una diferencia significativa entre las actitudes de cada estudiante.

Tabla 5. Conocimientos básicos sobre VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	7	22,6%
	Regular	11	35,5%
	Bueno	13	41,9%
Total		31	100,0%

Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.
Muestra 31 estudiantes
Elaboración propia
Fecha: 25 de noviembre del 2016

Gráfico 3. Conocimientos básicos sobre VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo.



Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.
Muestra 31 estudiantes
Elaboración propia
Fecha: 25 de noviembre del 2016

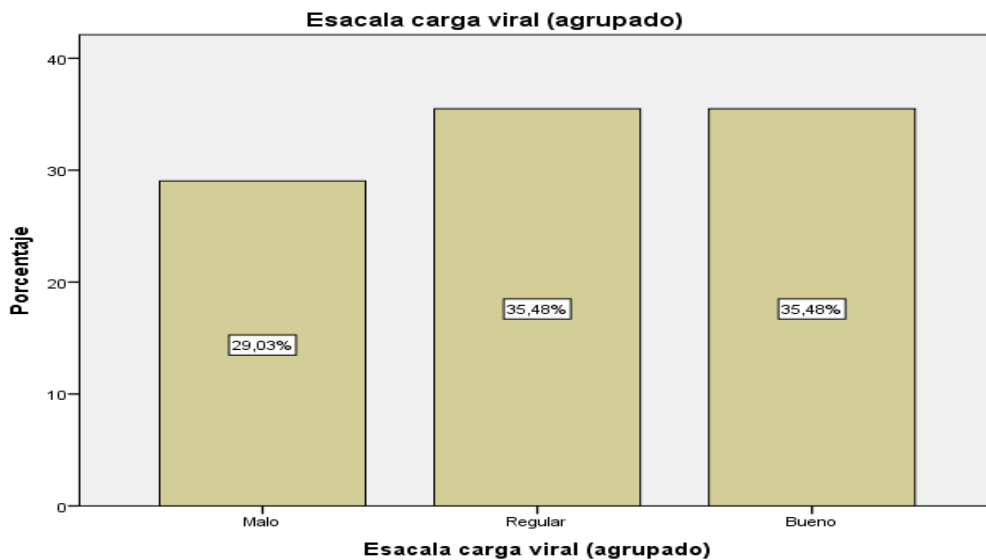
Tal como se aprecia en la Tabla 5 y Gráfico 3 de los 31 estudiantes, el 23% (7) obtuvieron la categoría de Malo en conocimiento sobre VIH/SIDA, 36% (11) obtuvieron categoría de Regular y el 42% (13) obtuvieron categoría Bueno. La diferencia numérica observada entre las Categorías representa una diferencia significativa.

Tabla 6. Conocimiento sobre carga viral del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	9	29,0%
	Regular	11	35,5%
	Bueno	11	35,5%
Total		31	100,0%

Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.
Muestra 31 estudiantes
Elaboración propia
Fecha: 25 de noviembre del 2016

Gráfico 4. Conocimiento sobre carga viral del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo



Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.
Muestra 31 estudiantes
Elaboración propia
Fecha: 25 de noviembre del 2016

Tal como se aprecia en la tabla 6 y gráfico 4 de los 31 estudiantes, el 29% (9) obtuvieron la categoría de Malo en conocimiento sobre Carga Viral, 36% (11) obtuvieron categoría de Regular y el 36% (11) obtuvieron categoría Bueno.

La diferencia numérica observada entre las Categorías representa una diferencia no significativa.

Tabla 7. Conocimientos sobre patología bucal del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	6	19,4%
	Regular	8	25,8%
	Bueno	17	54,8%
Total		31	100,0%

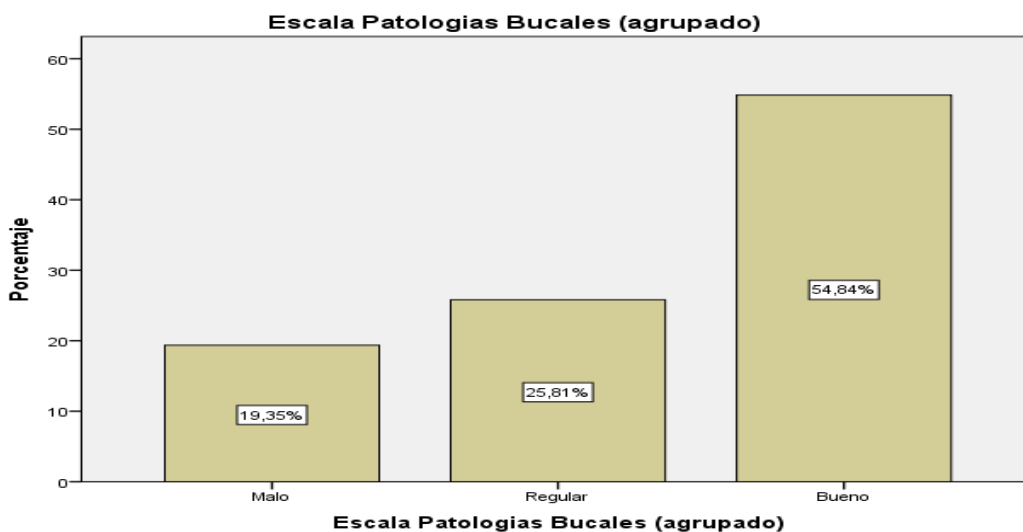
Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.

Muestra 31 estudiantes

Elaboración propia

Fecha: 25 de noviembre del 2016

Gráfico 5. Conocimientos sobre patología bucal del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo



Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.

Muestra 31 estudiantes

Elaboración propia

Fecha: 25 de noviembre del 2016

Tal como se aprecia en la tabla 7 y gráfico 5 de los 31 estudiantes, el 19% (6) obtuvieron la categoría de Malo en conocimiento sobre Patologías Bucales, 26% (8) obtuvieron categoría de Regular y el 55% (17) obtuvieron categoría Bueno.

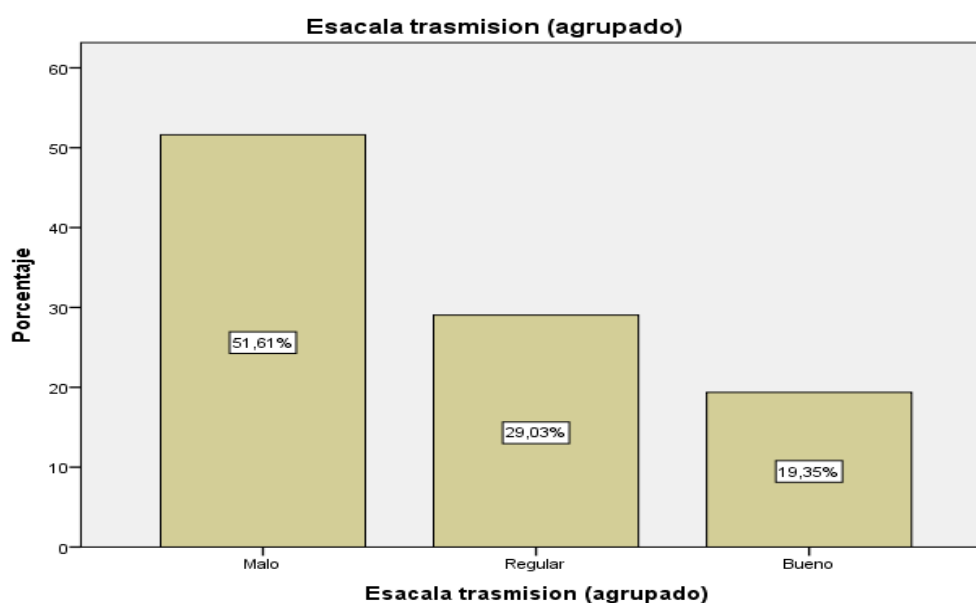
La diferencia numérica observada entre las Categorías representa una diferencia no significativa.

Tabla 8. Conocimiento sobre la transmisión VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	16	51,6%
	Regular	9	29,0
	Bueno	6	19,4
Total		31	100,0%

Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.
Muestra 31 estudiantes
Elaboración propia
Fecha: 25 de noviembre del 2016

Gráfico 6. Conocimiento sobre transmisión del VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo



Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.
Muestra 31 estudiantes
Elaboración propia
Fecha: 25 de noviembre del 2016

Tal como se aprecia en la tabla 8 y gráfico 6 de los 31 estudiantes, el 52% (16) obtuvieron la categoría de Malo en conocimiento sobre TRANSMISION EN LOS ESTUDIANTES, 29% (9) obtuvieron categoría de Regular y el 19% (6) obtuvieron categoría Bueno. La diferencia numérica observada entre las Categorías representa una diferencia no significativa

Tabla 9. Conocimiento sobre protocolos del paciente para la atención de pacientes portadores de VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	11	35,5%
	Regular	6	19,4%
	Bueno	14	45,2%
Total		31	100,0%

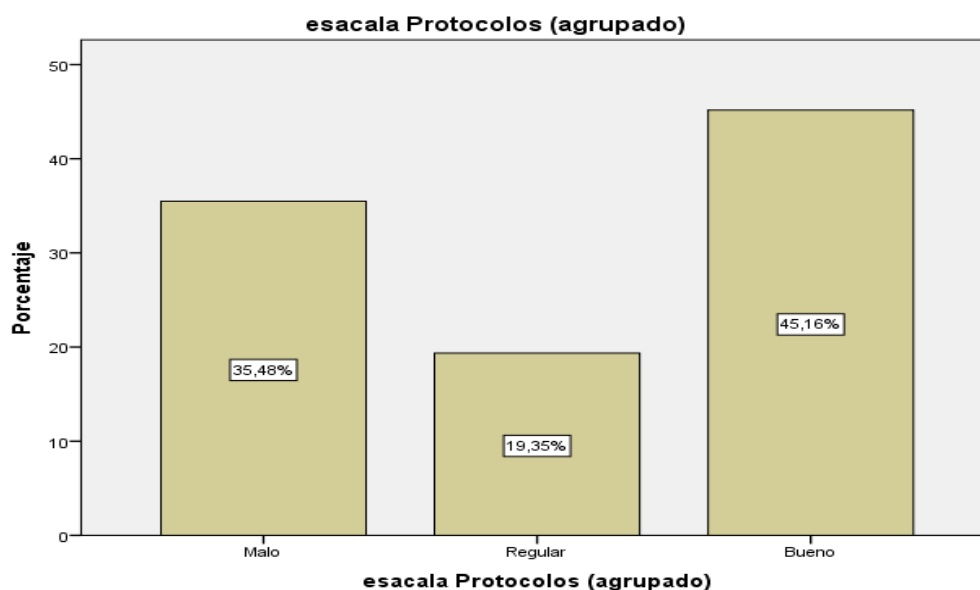
Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.

Muestra 31 estudiantes

Elaboración propia

Fecha: 25 de noviembre del 2016

Gráfico 7. Conocimiento sobre protocolos del paciente para la atención de pacientes portadores de VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.

Muestra 31 estudiantes

Elaboración propia

Fecha: 25 de noviembre del 2016

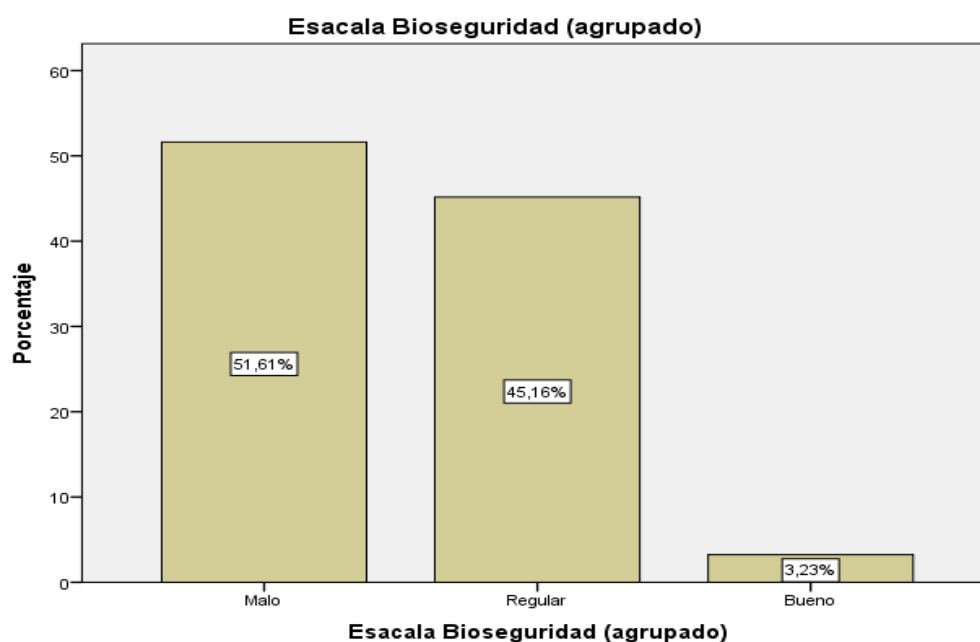
Tal como se aprecia en la tabla 9 y gráfico 7 de los 31 estudiantes, el 36% (11) obtuvieron la categoría de Malo en conocimiento sobre protocolos en los estudiantes, 6% (9) obtuvieron categoría de Regular y el 19% (6) obtuvieron categoría Bueno. La diferencia numérica observada entre las Categorías representa una diferencia no significativa.

Tabla 10. Conocimiento sobre bioseguridad del paciente portador de VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	16	51,6%
	Regular	14	45,2%
	Bueno	1	3,2%
Total		31	100,0%

Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.
Muestra 31 estudiantes
Elaboración propia
Fecha: 25 de noviembre del 2016

Gráfico 8. Conocimiento sobre bioseguridad del paciente portador de VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.
Muestra 31 estudiantes
Elaboración propia
Fecha: 25 de noviembre del 2016

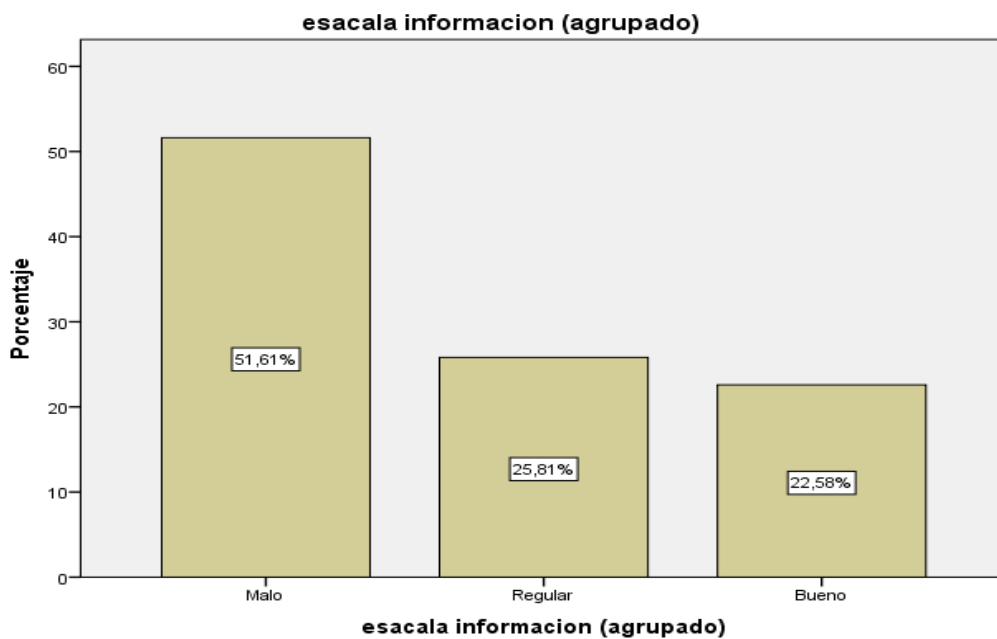
Tal como se aprecia en la tabla 10 y gráfico 8 de los 31 estudiantes, el 52% (16) obtuvieron la categoría de Malo en conocimiento sobre Bioseguridad, como se aprecia en la tabla de los 31 estudiantes, el 45% (14) obtuvieron la categoría de Regular en conocimiento sobre BIOSEGURIDAD EN LOS ESTUDIANTES, 3% (1) obtuvieron categoría Bueno. La diferencia numérica observada entre las Categorías representa una diferencia no significativa.

Tabla 11. Conocimiento sobre la información recibida durante los estudios universitarios del paciente portador de VIH/SIDA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	16	51,6%
	Regular	8	25,8%
	Bueno	7	22,6%
Total		31	100,0%

Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.
Muestra 31 estudiantes
Elaboración propia
Fecha: 25 de noviembre del 2016

Gráfico 9. Conocimiento sobre la información recibida durante los estudios universitarios del paciente portador de VIH/SIDA



Fuente: Cuestionario de Nivel de Conocimientos de VIH/SIDA Universidad de Carabobo.
Muestra 31 estudiantes
Elaboración propia
Fecha: 25 de noviembre del 2016

Tal como se aprecia en la tabla 11 y gráfico 9 de los 31 estudiantes, el 52% (11) obtuvieron la categoría de Malo en conocimiento sobre INFORMACION RECIBIDA DURANTE SUS ESTUDIOS, 26% (8) Obtuvieron categoría de Regular y el 23% (7) obtuvieron categoría Bueno. La diferencia numérica observada entre las Categorías representa una diferencia no significativa.

3.2. Discusión

En el presente estudio no se encuentra relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de la atención del paciente portador de VIH/SIDA lo que quiere decir que no siempre un alto o buen nivel de conocimiento significa que el estudiante u odontólogo como lo demuestra estudios realizados en Venezuela por Rodriguez R (6) que tenga una actitud adecuada.

Por otro lado, Moreno AB (16) encontró una aceptación positiva frente a personas con VIH/SIDA pero ello en jóvenes de 18 a 26 años estudiantes universitarios de diferentes facultades en México. Mascolo (15) en Venezuela encontró que en estudiantes de medicina tenían una actitud adecuada frente a la atención de pacientes portadores de VIH/SIDA. Coincidentemente Tuesta (8) en Trujillo encuentra una actitud adecuada hacia la atención de estos pacientes.

La mayoría de estudios revisados muestran que la población tiene actitudes y conocimientos adecuados o altos, respectivamente. Son pocos los estudios que encuentran una actitud inadecuada o un bajo conocimiento como ha ocurrido en el presente estudio, donde se encontró una actitud inadecuada y un conocimiento regular, como lo encontrado por Dávila M (11) en Venezuela en el 2013.

3.3. Conclusiones

- No se encontró relación entre el nivel de conocimiento y actitud en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA.
- Se encontró un nivel de conocimiento regular en relación la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA.
- En cuanto a la actitud un alto porcentaje tiene una actitud inadecuada para en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA.
- Se encontró que más de la mitad de los estudiantes tenían un conocimiento básico sobre los pacientes portadores con VIH/SIDA entre regular y bueno.
- En relación al conocimiento sobre carga viral se encontró que los porcentajes estaban casi equilibrados entre bueno, regular y malo.
- En cuanto al conocimiento de patología bucal en pacientes portadores de VIH/SIDA se encuentra que más de la mitad tiene un conocimiento bueno.
- En relación al conocimiento sobre la trasmisión del VIH/SIDA más de la mitad no posee un buen conocimiento.
- En relación a los protocolos de atención de pacientes portadores con VIH/SIDA la mayoría tiene un buen conocimiento, pero también un porcentaje importante tiene un conocimiento malo.
- Más de la mitad de los estudiantes tiene un conocimiento malo en relación al conocimiento de bioseguridad.

- Más de la mitad de los estudiantes manifiestan no haber recibido una buena información acerca de la atención a pacientes portadores con VIH/SIDA durante su formación universitaria.

3.4. Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos se recomienda realizar el presente estudio en alumnos del internado y de los primeros ciclos de la escuela de estomatología con el fin de comparar el nivel de conocimiento y actitud hacia pacientes portadores de VIH/SIDA.

Se recomienda a los docentes ahondar más sobre las enfermedades sistémicas y de transmisión sexual como el VIH/SIDA.

Se recomienda a la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas implementar protocolos de bioseguridad.

3.6. Fuentes de Información

- 1) (CDC) CfDC. Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS)-- United States. MMWR Morb Mortal Wkly Rep.. 1982; 31(37).
- 2) Centro Nacional para la prevención y control del VIH y el SIDA. CENSIDA. [Online].; 2012 [cited 2016 Julio 22. Available from: El origen del SIDA continúa siendo un misterio sin resolver. La solución del mismo excede ampliamente al campo académico por al menos tres importantes razones: (i) el conocimiento preciso del origen podría ser fundamental para el desarrollo de una vacuna.
- 3) Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA. [Online].; 2012 [cited 2016 Agosto 21. Available from: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/.
- 4) Organización de las Naciones Unidas. ONUSIDA. [Online].; 2015 [cited 2016 Agosto 20. Available from: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/.
- 5) Ministerio de Salud del Perú. Especial del SIDA. [Online].; 2015 [cited 2016 Agosto 20. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/vih/default.asp>.
- 6) Rodríguez R. Tesis Digitales. [Online].; 2013 [cited 2016 Julio 21 [Tesis digitales de pregrado]. Available from: <http://docplayer.es/15473637-Universidad-de-carabobo-facultad-de-ciencias-de-la-educacion-direccion-de-postgrado-maestria-de-investigacion-educativa.html>.
- 7) Real Academia de la Lengua Española. Diccionario. [Online].; 2015 [cited 2016 Agosto 23. Available from: <http://www.rae.es/>.
- 8) Tuesta S. Colegio Oodontológico del Perú. [Online].; 2010 [cited 2016 Julio 23. Available from: <http://www.cop.org.pe/biblioteca/index.php/tesis/16-estomatologia-de-pacientes-especiales/216-actitud-del-cirujano-dentista-en-el-manejo-del-paciente-portador-de-vih-sida-en-la-ciudad-de-trujillo-2010>.
- 9) Federación Dental Internacional. Federación Dental Internacional. [Online].; 2016 [cited 2016 Octubre 1. Available from: <http://www.fdiworldental.org/home.aspx>.
- 10) Herrera M, Vela L, Zuñiga D. Tesis pregrado USAT. [Online].; 2014 [cited 2016 Julio 25. Available from: <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/388>.
- 11) Dávila ME, Mujica MJ. Actitud de los estudiantes de medicina y enfermería hacia las personas que viven con VIH/sida. Salud(i)ciencia. 2013; 20.

- 12) Dávila M, Gil M. NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LOS ODONTOLOGOS HACIA PORTADORES DE VIH/SIDA. Acta Odontologica Venezolana. 2011 Diciembre ; 5(2).
- 13) Uribe AF, Orcasita L. Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. Revsita digital Universidad de Colombia. 2011 Mayo; 29(2).
- 14) Acosta B, Perez E, Mueses H, Pinzon EM, Posner GS. Actitud de los estudiantes en tres facultades de odontología en Santiago de Cali, Colombia, frente a pacientes con VIH. Acta Bioethica. 2012; 17(2).
- 15) Conocimiento, actitudes y percepciones sobre VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual en estudiantes ingresados a odontología y medicina de una universidad venezolana. Revista Médica de Risaralda. 2011; 17(2).
- 16) Moreno B, Valencia J, Armendariz Z, Barrera LF. ACTITUDES DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS HACIA PERSONAS CON. In Memorias eCongreso del Instituto Tecnológico de Sonora; 2011; Mexico DF.
- 17) Prieto S. Actitudes del profesional de la salud hacia los pacientes con SIDA. Revista de la Universidad Los Andes- Venezuela. 2011; 5(4).
- 18) Organizacion Medica Colegial de Madrid. Manual del SIDA Madrid: IDEPSA; 1987.
- 19) MD. Historia del SIDA Mexico DF: Siglo XXI; 1992.
- 20) MD. Manual del SIDA Bilbao: Organizacion Medica Colegial de Bilbao; 1993.
- 21) Exposición laboral al VIH y tratamiento antirretroviral. Gaceta Oodntologica. 1998; 1(2).
- 22) Gonzales E. Conocimientos y opiniones de los médicos de atención primaria de Madrid sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) como base para la planificación de los recursos asistenciales. 2000. Tesis Doctoral.
- 23) Stuposida. Stuposida. [Online].; 2016 [cited 2016 Octubre 15. Available from: <http://www.stopsida.org/>.
- 24) JH. Educación formal y VIH/SIDA. 1st ed. Bogota: Difundir; 2006.
- 25) EC. [Manual de bioseguridad en la practica odontoestomatológica].; 2003 [cited 2016 octubre 21. Available from: <http://www.cepis.ops-oms.org/>.
- 26) Sociedad Peruana de Dermatologia. Epidemiologia del SIDA en el Peru. Dermatologia Peruana. 1998; 8.
- 27) RB, VP. Long-tern reinfection of the human genome by endogenous retrovirus. Pro Nath Acad Sci. ; 101(14).

- 28) Norma de Bioseguridad del Ministerio de Salud Pública U. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 30. Available from: <http://www.infecto.edu.uy/prevencion/bioseguridad/bioseguridad.htm>.
- 29) Exposición laboral al VIH y tratamiento antirretroviral. Gaceta Odontologica. 1998; 1(2).
- 30) MA, AE. Reduction Of HIV - associated oral lesions after highly active antirretroviral Therapy. Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999; 88.
- 31) D, AC. Effect of highly active antiretroviral therapy on frequency of oral warts. Lancet. 2001; 357.
- 32) Ministerio de Salud. [Online].; 2016 [cited 2016 agosto 30. Available from: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=361&Itemid=346.
- 33) Cruz Roja Española. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 30. Available from: <http://www.cruzroja.es/vih/Vias-de-Transmision-VIH.html>.
- 34) ASOCIACION DEL SIDA - Mexico. Informacion del SIDA. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 21. Available from: <http://www.sida-aids.org/informacion/65-que-es-el-vihsida.html?start=3>.
- 35) Medicina Bd. Medline. [Online].; 2016 [cited 2016 Noviembre 1. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/bsd/pmresources.html>.
- 36) AS. e impact of HIV and AIDS with dentistry in the next decade. CDA JOURNAL; 24(1).
- 37) SP. Patología oral y maxilofacial contemporánea Elsevier , editor. Mdríd; 2004.
- 38) JB. Medicina y Patología Bucal Valencia: Medicina Oral; 2013.
- 39) LJG, DCM, SN, SF, BB. The association between oral manifestations and the socioeconomic and cultural characteristics of HIV-infected children in Brazil and in the United States. Rev Panam Salud Publica. 2003; 14.
- 40) GF, TJS, DC, MDP, R. Oral melanotic macules in patients infected with human immunodeficiency virus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1990; 70.
- 41) JMA, MA, A. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004; 9.
- 42) AIDS community. AIDS community research initiative of American ethical. N Engl J Med. 1999; 321.

- 43) GAB. Revisión de las normas de bioseguridad en la atención odontológica, con un enfoque en VIH/SIDA. Univ Odontol.. 2010 Enero; 29(62).
- 44) C, MAP, JR. Bioseguridad en Odontología. Rev Virtual Odontol Ejercicio Profesional. 2002 Mayo; 3(25).
- 45) BLA. Atención al paciente VIH/SIDA: legislación. Acta Bioeth. 2006; 12(1).
- 46) HM. Bioseguridad en cirugía maxilofacial. MediCiego. 2011; 11(1).
- 47) MGM, DFB, ES, R. Oral manifestations of VIH positive children. J Clin Pediatr Den. 2001; 42.
- 48) RNB, MFS. Oral paracoccidiodomycosis: a retrospective study of 62 brazilian patients. Oral Dis. 2001.
- 49) República del Perú, Ministerio de Salud.. Norma técnica.Bioseguridad en odontología. 2014..
- 50) A, CS, JC. Manifestaciones de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la cavidad oral. Med Clin. 2003; 120.
- 51) SM, RE. Actitudes de rechazo. 2014..
- 52) Salud. [Online].; 2016 [cited 2016 Enero 31. Available from: <https://www.justlanded.com/espanol/Costa-Rica/Guia-Just-Landed/Empleo/Seguridad-Socia>.
- 53) Unidas OdIN. Boletin Epidemiologico del SIDA en el Peru. [Online].; 2016 [cited 2016 Noviembre 22. Available from: www.onu.gob.org.pe.
- 54) Diccionario de la lengua Espanola. Diccionario. [Online].; 2016 [cited 2016 Setiembre 23. Available from: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>.
- 55) J. Actitud USA: Jubilee; 2012.
- 56) Mexico AdS. Portal del SIDA. [Online].; 2016 [cited 2016 Setiembre 14. Available from: <http://www.sida-aids.org/informacion/65-que-es-el-vihsida.html?start=3>.

ANEXOS

ANEXO 01

Matriz de consistencia

ENUNCIADO DEL PROBLEMA (PREGUNTA)	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	HIPÓTESIS (SI LA HUBIERA)
<ul style="list-style-type: none"> ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud en la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo 2015? 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud en la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo. 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo. Determinar la actitud de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo. Determinar el nivel de conocimiento básico de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. Determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo según la carga viral/CD4 que presentan los pacientes con VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. Determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo según la patología bucal que presentan los pacientes de con VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. 	<p>Hasta la actualidad el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial. Hasta finales del 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) 36,9 millones de personas en el mundo se encuentran infectadas por VIH, el mayor porcentaje de infectados se encuentran en África Subsahariana representado por casi un 70%. Solo el 15,8% de la población mundial infectada recibe un tratamiento adecuado¹.</p> <p>En el Perú el primer caso de VIH se reportó en el año 1983. Según el Ministerio de Salud (MINS) el número de infectados de VIH ya en el 2015 fue de 59,276 casos².</p> <p>Los odontólogos juegan un papel importante en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en la cavidad bucal. Ya que del 30% al 80% de estas personas sufren infecciones por hongos, leucoplasias y otras manifestaciones bucales propias de la infección por VIH. De ahí, la importancia de la identificación temprana, el mantenimiento adecuado de la higiene bucal y la visita periódica al odontólogo, son considerados aspectos importantes dentro de la prevención³.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud en la atención odontológica del paciente portador VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Chiclayo 2015.

		<ul style="list-style-type: none">• Determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo con respecto a las vías de transmisión de VIH/SIDA de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.• Determinar el nivel de conocimiento de los protocolos de atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.• Determinar el nivel de conocimiento de bioseguridad en la atención odontológica del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.• Determinar el nivel de información de recibida de VIH/SIDA durante los estudios de pre-grado en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.		
--	--	--	--	--

ANEXO 02.

Cuestionario de Actitud

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUD

Instrucciones: En cierre en un círculo la alternativa que consideres correcta.

1. Considera usted que los pacientes por VIH/SIDA son un riesgo inminente de contagio a pesar de todos los cuidados preventivos.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 3) En desacuerdo.

2. Se siente usted capacitado para trabajar con pacientes infectados por VIH/SIDA.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 3) En desacuerdo

3. En su consulta se atiende a la persona, aunque se haya identificado como portador de VIH/SIDA.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 3) En desacuerdo

4. Si usted tiene un paciente portador con VIH/SIDA, le daría la última cita para su tratamiento Odontológico.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 3) En desacuerdo

5. Usted le exigiría un certificado médico a un paciente que sospecha que tiene VIH/SIDA.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 3) En desacuerdo 41

6. Cree usted que la atención odontológica hacia el paciente infectado por VIH/SIDA debe ser igual que para el resto de las personas.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 3) En desacuerdo

7. Cree usted que las normas de bioseguridad deberían aplicarse con mayor severidad en los pacientes infectados por VIH/SIDA.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 3) En desacuerdo

8. Cree usted que perdería pacientes si se enteran que atiende a personas portadores con VIH/SIDA.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 3) En desacuerdo

9. Debería ser protocolizado en los servicios odontológicos públicos y privados solicitar al paciente la prueba de VIH.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 3) En desacuerdo

10. Considera usted la necesidad de manejar una H.C que muestre a determinados pacientes de riesgo.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 3) En desacuerdo

11. Cree usted que sería necesario un establecimiento odontológico para atender solo a portadores con VIH/SIDA.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 3) En desacuerdo

12. Usted le realizaría todos los tratamientos odontológicos que requiera, al paciente portador con VIH/SIDA (incluyendo cirugías).

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. 3) En desacuerdo

ANEXO 03.

Cuestionario sobre nivel de conocimiento de VIH/SIDA

CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO

No.	Ítems	Si	No
01	¿Es la infección por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) un conjunto de signos y síntomas que se presentan cuando el sistema inmune se ha debilitado?		
02	¿Es el SIDA una etapa de la infección por VIH?		
03	¿Existe diferencia entre una persona con el VIH y una con el SIDA?		
04	¿Es la carga viral un examen que refleja la cantidad de virus en el organismo?		
05	¿Una persona puede tardar hasta diez (10) años en desarrollar SIDA?		
06	¿El periodo de ventana es una etapa que ocurre justo antes de desarrollar el SIDA?		
07	¿Es la candidiasis bucal la patología más frecuente de la infección por el VIH?		
08	¿Presentan bajo índice de caries los niños y adultos con VIH?		
09	¿Es actualmente el Sarcoma de Kaposi la patología principal en pacientes con VIH?		
10	¿Es el Herpes Labial la principal característica clínica bucal en pacientes con VIH?		
11	¿Es bajo el índice de enfermedad periodontal en pacientes con el VIH?		
12	¿Representa la saliva un medio de transmisión del VIH?		
13	¿Representa la leche materna un medio de transmisión del VIH?		
14	¿Constituye la picada del zancudo un medio de transmisión del VIH?		
15	¿Ha recibido algún tipo de entrenamiento para la atención de personas con VIH/SIDA?		
16	¿Es el conteo inmunológico (CD4) un parámetro a ser considerado en el momento de establecer el tratamiento odontológico en una persona con VIH?		

No.	Ítems	Si	No
17	¿Debe desarrollarse de manera diferente el plan de tratamiento en un paciente con un recuento linfocitario (CD4) de 60mm ³ ?		
18	¿Producen los medicamentos antirretrovirales alguna reacción adversa con repercusión a nivel bucal?		
19	¿Es la Xerostomía una de las manifestaciones clínicas más comunes del consumo de medicamentos antirretrovirales?		
20	¿Difieren las normas de Bioseguridad a emplear en cualquier paciente al de la atención de una persona con VIH?		
21	¿Se debe aplicar normas de bioseguridad especiales para atender personas con VIH?		
22	¿Sabe usted a que centros de atención debe acudir luego de una exposición ocupacional?		
23	¿Los medicamentos antirretrovirales forman parte de la terapéutica de la exposición post-ocupacional?		
24	¿Las normas de bioseguridad de la Facultad de Odontología de la Universidad de Alas Peruanas filial Chiclayo establecen el uso de doble guantes para atención de personas con VIH?		
25	¿Es suficiente la información respecto a atención de personas con VIH/SIDA impartida en los contenidos de las asignaturas en la escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas?		
26	¿Es completa la información brindada en las asignaturas sobre la atención de personas con VIH?		
27	¿Es necesario incluir más prácticas clínicas relacionadas con la atención de pacientes con VIH/SIDA?		
28	¿Está usted capacitado para atender personas con VIH/SIDA?		
29	¿Es necesario la creación e inclusión de un protocolo de atención odontológica para personas con VIH en alguna asignatura?		

**Solicitud al Director de la Escuela de Estomatología de la UAP
filial Chiclayo**

**Solicito: Autorización para realizar proyecto
de tesis.**

Señor(a)

Mg. CD. Antonio Víctor Durand Picho

Director de la Escuela Académico Profesional de Estomatología

Presente. -

Yo, Maritza Vasquez Vasquez identificada con DNI N°
16805421 ex alumna de la Facultad de Estomatología de la Universidad Alas
Peruanas filial Chiclayo, ante usted me presento respetuosamente y expongo:

Que al haber concluido mis estudios de pre-grado me
encuentro realizando mi tesis cuyo título es "Relación entre el nivel de conocimiento y
actitud del manejo del paciente portador de VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de
la universidad alas peruanas de la ciudad de Chiclayo", por lo cual solicito una
autorización para realizar dos encuestas a los alumnos del 9° Ciclo de la Facultad
de Odontología.

Agradeceré a usted acceder a lo solicitado

Lunes 17 de octubre del 2016



Firma

16805421

Maritza Vasquez Vasquez

ANEXO 05. Consentimiento informado
“Año de la Consolidación del Mar de Grau”



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
FILIAL CHICLAYO

Chiclayo, ____ de julio del 2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR ENCUESTA A LOS ALUMNOS DEL 9º CICLO DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CHICLAYO

Estimado y Distinguido alumno:

Todos sabemos de la importancia del VIH/SIDA en nuestra profesión es de vital significancia percibir acerca de los conocimientos y las actitudes frente a este tipo de pacientes. Es por ello me encuentro realizando una tesis sobre el tema y necesito del apoyo de uds. en cuanto a los conocimientos adquiridos durante su vida universitaria. Por la cual les adjunto 2 cuestionarios que será llenada de forma anónima en un máximo de media hora. Espero contar con su apoyo.

Desde ya agradezco su participación en el presente estudio.

Yo, _____, identificad(a) con DNI

Nº _____, _____ autorizo

a la bachiller en estomatología Maritza Vasquez Vasquez realice para con fines educativos.

Firma

ANEXO 06. Fotografías

REALIZANDO CUESTIONARIO



