



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

*CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL
CIRUJANO DENTISTA HACIA INDIVIDUOS VIH*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

CINTHIA DIANA SABÁS MENDIETA

DIRECTOR: DR. ADELFO ENRIQUE ACOSTA GÍO

MÉXICO, D. F. SEPTIEMBRE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la OPS.

En el VIH el lenguaje es muy importante. La elección de las palabras puede repercutir positiva o negativamente en la respuesta a la epidemia.

La Organización Panamericana de la Salud propone una terminología apropiada para la fase actual de la epidemia, dicha terminología es utilizada en este texto.¹

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres

Por darme la vida, por su amor, apoyo y comprensión, por sus consejos, por hacerme lo que soy, por su esfuerzo constante hasta hoy, por creer siempre en mí, por aceptar mis defectos y mis locuras, por estar siempre junto a mí. No existen palabras en el mundo para decirles cuanto los amo. Por que son lo mejor que la vida me ha dado.

A mi hermana

Por ser mi complemento, por las risas y los buenos momentos, por ser mi cómplice y compañera, por que sin ti mi vida no seria la misma. Te quiero mucho.

A mis abuelos

Por que desde el cielo o la tierra siempre están a mi lado, gracias por todo su amor y cuidados. Ojala estuvieran todos ahora aquí conmigo...

A mis tíos

Por que a lo largo de mi vida me han querido y cuidado como a una hija. Gracias por su amor y apoyo.

A mis primos

Por compartir mi vida, por llorar y reír juntos, por que más que primos Dios me bendijo con 12 hermanos. Los amo.

A Ale Cruz

Por no dejarme tirar la toalla nunca, por ayudarme a perseguir y alcanzar mis sueños, por escuchar, por los consejos, por compartir esta aventura de 3 años, por los buenos y los malos momentos, por el día a día... Sabes que este trabajo también te pertenece. Gracias por todo.

A mis amigos

Por ser incondicionales, por ser lo que son y por ser como son, por que cada momento juntos es irrepetible. Gracias por darle ese toque especial a mis días.

A la UNAM

Por mi formación académica, pero más allá de eso por que no solo me ha enseñado sobre Odontología, me acepto como soy y mejoró lo que era. Por el honor de pertenecer a este lugar sin igual. Por tener el privilegio de ser una mujer azul y oro, por que para mi estar aquí es lo máximo.

Al Dr. Enrique Acosta

Por enseñarme el maravilloso mundo de la investigación en odontología, por su paciencia, apoyo y dedicación para la realización de este proyecto. Gracias por que ahora amo más mi profesión.

A Dios

Por regalarme cada día, por la salud y el amor de mi familia, por escuchar y consolarme en los momentos mas difíciles, por que siempre ha estado ahí, a mi lado por que solo gracias a el he tenido todas estas bendiciones.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
Respuesta al VIH.....	1
La estrategia que falla.....	1
Las dos nuevas herramientas: terapia antirretroviral y pruebas rápidas.....	2
Terapia antirretroviral.....	2
Pruebas rápidas.....	2
La nueva oportunidad.....	3
Si no tomamos la oportunidad y todo falla.....	3
¿Qué vamos a hacer los dentistas?.....	4
ANTECEDENTES.....	4
JUSTIFICACION.....	5
PROBLEMA DE ESTUDIO.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	7
HIPOTESIS.....	8
MATERIALES Y METODOS.....	8

Cuestionario.....	8
Población.....	8
Criterios de Inclusión.....	8
Criterios de Exclusión.....	8
Análisis Estadístico.....	9
RESULTADOS.....	9
Conocimientos.....	9
Actitudes.....	10
Prácticas.....	12
Lesiones Cardinales Asociadas con VIH.....	15
DISCUSION.....	15
CONCLUSIONES.....	24
Propuesta Educativa.....	24
ANEXO FIGURAS.....	26
ANEXO TABLAS.....	33
REFERENCIAS.....	42
ANEXO CUESTIONARIO.....	46

Respuesta al VIH.

Tras 25 años de esfuerzo, quedan todavía muchos retos por afrontar. Sin embargo, es también un momento de esperanza y muchas posibilidades. Se están logrando notables avances allí donde el liderazgo político apoya al sector salud en su cooperación con otros sectores y, en términos más amplios, con la comunidad para combatir el VIH. La determinación mundial de incrementar los recursos humanos y económicos, difundir las iniciativas de prevención, ampliar el acceso al tratamiento antirretroviral en los países en desarrollo y prestar apoyo a la investigación en materia de prevención y tratamiento está generando oportunidades. Ahora se nos ofrece una gran oportunidad de mejorar no solo la asistencia de las personas que viven con VIH sino también los sistemas de atención a la salud. ²

La estrategia que falla.

De acuerdo con los reportes de ONUSIDA en algunos países de África meridional las tasas de prevalencia son tan altas que uno de cada cinco adultos está infectado con este virus. Alrededor de 1,230,000 personas se infectaron en Asia Pacífico y Europa Oriental durante el 2002. En Asia Pacífico y Europa Oriental hay aproximadamente 8.4 millones de personas portadoras del virus y China es el país que parece estar más expuesto a la epidemia debido a la migración con fines económicos, y la transmisión sexual. En América Latina viven cerca de 1.5 millones de personas con VIH, incluyendo 150,000 adultos y niños que se infectaron en el 2002. Haití tiene una prevalencia de VIH del 5 %, la más alta del mundo después de África Subsahariana. ⁴

Las cifras de personas infectadas han aumentado convirtiéndose 2006 en el año de más alto índice desde que se dio a conocer el primer caso de la enfermedad en 1981.⁴

Las dos nuevas herramientas: terapia antirretroviral y pruebas rápidas.

Terapia antirretroviral

Dentro de las estrategias propuestas por la Organización Mundial de la Salud en 2003 tenemos la iniciativa 3x5, es decir 3 millones de personas recibiendo tratamiento antirretroviral a finales del 2005 ⁵. Para que esto se llevara a cabo, fue necesario explotar las oportunidades - o *entry points* - para identificar a las personas que podrían ser beneficiadas con el tratamiento. Los Entry Points (Puntos de Entrada) deberán proveer, o facilitar el acceso a la prueba de VIH y consejería, la puerta a los servicios de tratamiento. ^{6 y 7}

Pruebas rápidas.

Aproximadamente 25% de los individuos VIH+ no saben de su infección y son la fuente del 67% de las nuevas infecciones en los Estados Unidos ⁸. Las metas nacionales en la prevención de enfermedades para identificar y tratar a estos individuos se beneficiarán mediante la búsqueda de conductas de riesgo, consejería, pruebas y referencia en lugares no tradicionales y el uso de métodos diagnósticos adicionales tales como la prueba rápida para anticuerpos anti VIH en saliva. ^{9 y 10}

En los Estados Unidos, la infección por VIH es generalmente descubierta en una etapa avanzada, usualmente en el curso del cuidado médico y a menudo durante el cuidado de complicaciones de VIH. Un diagnóstico temprano es preferible, por que podría agilizar el acceso al cuidado apropiado e incrementar la proporción de pacientes VIH+ que reciben tratamiento, además mejora la calidad de cuidados para las personas y las poblaciones ¹¹.

Un Punto de Entrada incluye: situaciones clínicas donde probablemente hay una gran sospecha de enfermedad relacionada con el VIH (servicios clínicos; servicios de tuberculosis) o donde la gente que busca atención tiene un alto riesgo de infección por VIH (enfermedades de transmisión sexual o servicios de tratamiento de drogas inyectables). Oportunidades dentro de la comunidad para identificar a la gente con alta prevalencia quienes no son usuarios de servicios de salud. Un entry point debe: ir donde la infección por VIH y las enfermedades relacionadas están; encontrar gente quien más necesite el tratamiento; buscar a la gente que no acude a otros servicios de salud.

La nueva oportunidad.

Los avances en la farmacología y actividades altruistas han dado la oportunidad de que la terapia antirretroviral mejore y aumente el número de personas con acceso a ella. Esta estrategia es insuficiente y si fuera la única no vamos a poder erradicar la enfermedad. Cuando un paciente puede pasar años sin conocer su estado seropositivo participa en conductas de riesgo e infecta a otras personas. La mejor estrategia sería tamizar a toda la población para detectar aquellos portadores, enviarlos a terapia antirretroviral y evitar que participen en conductas de riesgo. La prueba rápida para detectar anticuerpos anti VIH en saliva es una herramienta que va a permitir la identificación de los pacientes previamente no detectados. Esto abre la oportunidad de incluir a los dentistas como profesionales de la salud para actuar como puntos de entrada y ayudar a que los pacientes tengan acceso a la terapia antirretroviral.

Si no tomamos la oportunidad todo falla...

Los sistemas de enseñanza y los niveles de educación se están viendo afectados por el número creciente de jóvenes obligados a abandonar las escuelas para atender a familiares enfermos y cuidar de sus hermanos. Más de 11 millones de niños africanos han perdido a uno o a ambos progenitores debido al VIH. La propagación e impacto del VIH están afectando desproporcionadamente a la población joven, y por consiguiente, al futuro de la propia comunidad mundial. ²

El sector salud se enfrenta a graves carencias de recursos humanos y económicos, especialmente en los países más afectados. Muchos de sus servicios e instalaciones tienen dificultades para hacer frente al impacto creciente del VIH. Esto ha quedado claramente demostrado en África Subsahariana, donde las personas con enfermedades relacionadas con el VIH ocupan más del 50% de las camas hospitalarias, y la demanda desborda a las organizaciones y centros que proveen atención y apoyo. ²

Además, al tiempo que crece la demanda de servicio de atención de la salud, aumenta también el personal sanitario que fallece o se ve incapacitado para trabajar debido al VIH en esta región. Para compensar estas bajas y satisfacer la demanda creciente de servicios se necesitará formar más médicos y enfermeras y establecer nuevas categorías de profesionales sanitarios. La situación de África puede reproducirse en otras regiones si no se establecen ahora estrategias para fortalecer la capacidad humana y económica del sector sanitario. ²

¿Que vamos a hacer los dentistas?

Numerosos estudios han demostrado el impacto negativo de la infección por VIH en la salud bucal (12, 13, 14, 15). Aproximadamente del 40 al 50% de los individuos VIH+ padecen infecciones bucales por hongos, bacterias o virus que ocurren a menudo en la etapa temprana del curso de la enfermedad. Las lesiones orales fuertemente asociadas con la infección por VIH incluyen Candidiasis Pseudomembranosa, Leucoplasia Velloso, Gingivitis y Periodontitis VIH, Sarcoma de Kaposi y Linfoma no Hodgkin. Se ha observado también disminución de la producción de saliva en el curso de la infección por VIH. Un decremento en el fluido salival puede no solo aumentar el riesgo de caries dental si no que también tiene un impacto negativo en la calidad de vida, por la dificultad para masticar, deglutir y saborear la comida. ¹⁶

Los servicios y los profesionales de la salud bucal pueden contribuir efectivamente en el control del VIH a través de la educación y promoción de salud, cuidados del paciente, control de infecciones efectivo. Así como contribuir efectivamente en el diagnóstico temprano y prevención de esta enfermedad. (17, 18, 19, 20, 21)

ANTECEDENTES.

A escala mundial, el principal modo de transmisión del VIH es el contacto sexual. El VIH se propaga también por el consumo de drogas inyectables, por transmisión de la madre al niño y en el medio hospitalario, por sangre contaminada. La importancia relativa de los distintos modos de transmisión varía de unas regiones del mundo a otras.²

En muchos países el VIH hunde aún más en la pobreza a las personas, por que las familias pierden a quienes las mantienen, su sustento se ve amenazado y sus ahorros se consumen debido al costo de la atención de la salud. La pandemia agrava así mismo la presión que soportan las instituciones y los recursos nacionales, y debilita los sistemas sociales que ayudan a las personas a afrontar la adversidad. Hay pruebas de que en las áreas mas gravemente afectadas, el VIH está deteriorando la seguridad y la productividad humanas, limitando el desarrollo económico.²

Cada día hay 14,000 nuevas infecciones, más de la mitad de estas ocurren en personas menores de 25 años.¹⁶

Desde que se dio a conocer el primer reporte de SIDA en la década de los 80's,²² diversos países realizaron encuestas sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de los estudiantes de odontología hacia los individuos VIH. Una búsqueda de los artículos indexados en MedLine, bajo las palabras clave "conocimientos actitudes prácticas dentista VIH", arrojó un resultado de 35 artículos. En los 80's se publicaron 2 artículos realizados en Estados Unidos, en los 90's investigadores de países como Irán, Japón, Canadá, Italia, Inglaterra y México²³ comenzaron sus publicaciones en el tema y así sumaron 23 artículos en esa década. A partir del año 2000 se han publicado 10 artículos, nuevamente encontramos investigaciones hechas en Estados Unidos, Europa y África, y América Latina aumenta su participación en estas publicaciones con 3 artículos, de los cuales 2 fueron realizados por investigadores mexicanos^(24 y 25). Al parecer, en México la investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los dentistas hacia individuos VIH comenzó doce años después del primer reporte.

JUSTIFICACIÓN

La declaración de Phuket ²⁶ emitida en Julio de 2004 en Tailandia, invita a todos los dentistas alrededor del mundo a incrementar su participación en el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la infección por VIH para elevar la calidad de vida y expectativa de estos pacientes, así como a unirse a los esfuerzos de salud pública para disminuir la diseminación de esta enfermedad.

La declaración de Phuket propone 7 acciones a tomar.

- *“Proveer la sistematización de la información epidemiológica de salud oral de las condiciones asociadas a la infección por VIH.*
- *Promover la investigación de las enfermedades orales relacionadas con el VIH y la identificación de las lesiones características del VIH/SIDA.*
- *Integrar las condiciones de salud oral relacionadas con el VIH/SIDA en el sistema nacional de vigilancia.*
- *Diseminar la información de VIH/SIDA relacionadas con las enfermedades orales, tratamiento y prevención a través de los medios de comunicación.*
- *Entrenar a los trabajadores de salud primaria en la búsqueda de lesiones y cuidados de primer nivel relacionados con el VIH/SIDA.*
- *Acceso a los servicios de salud y provisión de cuidados de salud oral VIH/SIDA, así como la promoción de una mejor calidad de vida en personas infectadas con VIH/SIDA, enfatizando la relación entre salud oral y salud en general.*
- *Desarrollo de actitudes positivas hacia el cuidado de la salud oral en pacientes VIH/SIDA.”*

La OMS requiere de la participación de los dentistas del mundo ya que son profesionistas capacitados para el diagnóstico y tratamiento de lesiones bucales.

PROBLEMA DE ESTUDIO

Surge la necesidad de hacer un diagnóstico de los alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAM para saber si cuentan con los conocimientos, prácticas y actitudes adecuadas para responder al llamado de ayuda que se presenta en la declaración de Phuket y así convertirse en un punto de entrada.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAM hacia los individuos VIH.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar sus CONOCIMIENTOS en Medicina bucal, en campos como identificación, diagnóstico y tratamiento de lesiones orales asociadas al VIH. Así como el conocimiento de la existencia, el uso adecuado de la prueba rápida para detectar anticuerpos anti-VIH en saliva (Ora Quick)²⁷ y centros especializados disponibles donde podrían remitir a estos pacientes en caso de ser necesario. Su conocimiento en cuanto a otras enfermedades transmisibles en el consultorio como HB, así como en Control de Infecciones, Seguridad Ocupacional y la epidemiología del VIH en México.

Evaluar de sus ACTITUDES la percepción de su preparación académica en el área de medicina bucal y control de infecciones, la seguridad que sienten para diagnosticar y dar tratamiento a lesiones orales causadas por enfermedades sistémicas. Su disposición a recibir entrenamiento para la aplicación e interpretación de la prueba rápida en saliva, y para que la utilizarían en caso de contar con ella. Como perciben su obligación moral y profesional de brindar atención dental a los pacientes VIH, si les gustaría actualizar su conocimiento en medicina bucal para poder identificar, diagnosticar y tratar las manifestaciones bucales causadas por esta enfermedad, en que casos remitirían a los pacientes VIH y en cuales no. Su temor a ser expuestos ocupacionalmente a VIH, conocer la disposición que tienen de atender a estos pacientes, el grado de rechazo que pudieran representar y finalmente su percepción en cuanto al grado de participación del dentista en este problema de salud pública mundial. El grado de rechazo hacia estos pacientes y los motivos por los que esto se presenta. La confianza que tienen en sus prácticas en Control de infecciones al atender a un paciente VIH y si conocían personalmente algún individuo VIH+.

Evaluar de sus PRÁCTICAS la frecuencia con que han detectado manifestaciones bucales, signos o síntomas propios de esta enfermedad en alguno de sus pacientes, el número de pacientes que les ha declarado ser VIH, así como la posibilidad de haber atendido algún paciente portador del virus sin haberse percatado de su condición sistémica.

HIPÓTESIS

Los conocimientos, actitudes y prácticas de los alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAM tienen áreas susceptibles a ser optimizadas, sobre todo en cuanto a control de infecciones y medicina bucal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Cuestionario.

Se aplicó un cuestionario impreso de 30 preguntas cerradas. A los encuestados se les pidieron datos como edad, género, número de años atendiendo pacientes y número de pacientes atendidos hasta el momento. Se notificó a los alumnos que el cuestionario sería resuelto de manera anónima y no afectaría en ningún sentido sus calificaciones.

Población.

La muestra fue de conveniencia, compuesta por 400 alumnos de la Facultad de Odontología, 100 alumnos de cada año de 1º a 4º. Se obtuvo la colaboración de profesores de Odontología Preventiva y Periodoncia para la aplicación de cuestionario.

Criterios de Inclusión.

Se incluyó a todos los alumnos hombres y mujeres que cursaban por primera vez alguno de los primeros 4 años de la carrera.

Criterios de exclusión.

Se excluyó a los alumnos que estuvieran recursando una o todas las materias del grado anterior.

Análisis estadístico.

Con las respuestas obtenidas se elaboró una base de datos en hoja de cálculo Excel, posteriormente procesamos los datos en el programa estadístico SPSS.

El sondeo se hizo buscando diferencias estadísticamente significativas entre género, año escolar, edad, grado que cursa y número de pacientes que ha atendido hasta el momento.

RESULTADOS

Conocimientos.

Entre el 7 y 14% de los alumnos encuestados piensan que su preparación sobre VIH a nivel licenciatura es "suficiente". El porcentaje de alumnos que respondieron "aceptable" aumenta en los primeros tres años de estudio pero no alcanza ni el 60% (Figura 1).

En cuanto a su capacidad para identificar manifestaciones bucales propias de enfermedades sistémicas, la proporción de alumnos de los cuatro años que contestaron "suficiente" es \leq 12%. Se encontró diferencias significativas ($p < .0001$) en la capacidad de identificar lesiones bucales entre los cuatro grados de estudios (Figura 2). También hubo diferencias significativas en la percepción de los géneros sobre su capacidad para identificar lesiones; 57% de los varones y 40% de las mujeres la consideran "aceptable" ($p=0.03$), y la opción "insuficiente" predominó en las mujeres.

Entre los 21 alumnos (6%) de 1° a 4° que "SI" han detectado signos y síntomas propios de sida, ninguno considera "suficiente" su capacidad de diagnosticar lesiones bucales asociadas a enfermedades sistémicas (Tabla 3). De los 355 alumnos que "NO" han detectado signos ni síntomas de sida, 30% considera "suficiente" su capacidad de diagnosticar lesiones bucales asociadas a enfermedades sistémicas ($p=0.01$).

Entre el 4 y el 12% de los estudiantes equivocadamente considera que "SI" es más fácil contagiarse de VIH que de Hepatitis B, los que responden correctamente que "NO" aumentan en 4° hasta 50% (Figura 3).

Del 23 al 29% de los estudiantes declaran que "Si" conocen el contenido de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH (NOM-010-SSA2-1993), y sólo el 2% de la población encuestada dice conocer el número de casos de VIH registrados a nivel nacional (Tabla 1).

Sobre el manejo confidencial de la información médica de sus pacientes 44% de los alumnos de 1° año, y del 21 al 26% de los alumnos de 2° a 4° "NO" recibieron educación durante sus estudios de licenciatura. Se encontró una diferencia significativa ($p=0.03$) entre los cuatro grados (Tabla 1).

Actitudes.

Con respecto a la prueba rápida para detectar anticuerpos anti VIH en saliva, si existiera, más del 95% de los alumnos "SI" estaría dispuesto a aplicarla rutinariamente a todos sus pacientes (Tabla 1) Las mujeres (98%) se muestran mas dispuestas que los hombres (89%) para realizar esta prueba a todos sus pacientes ($p=0.0004$). Todos los encuestados estarían dispuestos a recibir entrenamiento para la aplicación e interpretación de esta prueba, así como asesoría pre y post test (Tabla 1). En 1° año 74% de los alumnos y 86% de los alumnos de 2° a 4° año creen que la prueba rápida para VIH en saliva "desde luego" debe ser aplicada por los dentistas. Más del 96% de los encuestados cree que "todos los dentistas" de ejercicio privado y público deberían aplicar esta prueba en su consulta (Figura 4).

Los alumnos que utilizarían esta prueba en sus pacientes para "condicionar su tratamiento dental" son 11% en 1° año y aumentan hasta 22% en 4° año. Del 50 al 58% de los alumnos la utilizaría para "prevenir infecciones cruzadas". Los estudiantes que la utilizarían apropiadamente para "detectar y reportar nuevos casos" son solo una quinta parte de los alumnos de 1° y 2° año, y alrededor de una cuarta parte de los alumnos de 3° y 4° año (Figura 5). Se encontró una diferencia significativa entre los cuatro años ($p=0.034$). Los alumnos que tienen temor "fuerte" ($n=125$) y "moderado" ($n=239$) aplicarían estas pruebas a sus pacientes para "prevenir infecciones cruzadas" como primera opción (60% y 54%, respectivamente). La segunda opción varía entre estos dos grupos; los que tienen temor "fuerte" la usarían para "condicionar el tratamiento dental" (18%), mientras que los que tienen temor "moderado" (23%) lo harían para "detectar y reportar nuevos casos" ($p=.0498$)Tabla 7.

El número de alumnos que "SI" consideran una obligación PROFESIONAL dar atención dental a pacientes VIH aumenta de 1° a 2° año hasta 95%, pero disminuye de 3° a 4° año hasta llegar a tres cuartas partes de la población de 4° año. Se encontró una diferencia significativa entre los cuatro grados ($p=.0092$). En la Tabla 2 se muestra el comportamiento de la muestra en general. Del 41 al 52% de los alumnos consideran su obligación MORAL de brindar dicha atención a estos pacientes como "muy fuerte", y los que la consideran "moderada" van del 48 al 53% de la muestra.

A más del 95% de los alumnos encuestados les gustaría actualizar su conocimiento en medicina bucal para identificar, diagnosticar y tratar las lesiones bucales asociadas con VIH (Tabla 2).

Conforme aumenta el año escolar la disposición de atender las lesiones bucales asociadas con VIH disminuye (Figura 6), mientras que en 1° año se distingue claramente los que están dispuestos a dar tratamiento y los que dudan, en 4° año el porcentaje es casi 50—50. Se encontró una diferencia significativa entre los cuatro grados

($p=.0207$). En general en la población mas del 60% si estaría dispuesto a atender estas lesiones en su práctica privada (Tabla 2).

Los alumnos que califican su temor a ser expuesto ocupacionalmente a VIH como "muy fuerte" son alrededor de un tercio de la población de 1° y 2°, pero aumenta para el 4° año hasta 41%. En el mejor de los casos solo el 6% de los alumnos de 1° año lo consideran "nulo" (Figura 7).

Al parecer el grado de temor no impide que continúen brindando tratamiento, ya que si un paciente resulta VIH positivo en la prueba aplicada por ellos, 80% de los alumnos que tienen temor "moderado" o "nulo" y 68% de los alumnos que tienen temor "muy fuerte", "continúan atendiéndolo" independientemente del temor ($p=.03$), Tabla 5.

Se encontró una diferencia significativa ($p=.005$) entre el temor al VIH y la confianza en sus conocimientos en control de infecciones; de los 89 alumnos que confían "mucho" en sus conocimientos de control de infecciones 72% tiene temor "moderado", 25% "muy fuerte" y 3% nulo (Tabla 6).

Del 10 al 18% de los alumnos cree que el atender personas VIH "SI" provoque rechazo en sus demás pacientes, siendo los de mayor porcentaje el 3° y 4° año. La quinta parte de 1° y 2°, la cuarta parte de 3° y solo el 14% de 4° cree que "NO" (Tabla 2).

Los hombres (31%) parecen confiar más que las mujeres (20%) en su preparación en control de infecciones como para atender a un paciente VIH+ y estar seguros ocupacionalmente ($p=0.0021$). Los alumnos que respondieron que confiaban "mucho" aumentan en 2° año hasta 30% pero disminuyen en los alumnos de 4° año hasta 19% (Figura 8), los que confían "poco" son tres cuartas partes de la población de 1° y 4° año, para 2° y 3° disminuye hasta 65% ($p=.0382$).

Prácticas.

Al preguntar si remitirían a clínicas especializadas a los pacientes VIH que le soliciten tratamiento de operatoria dental, refiriendo su condición desde la primera cita, los alumnos que respondieron "no lo remito" disminuye conforme avanza el nivel de estudios, del 19 al 25% de los estudiantes lo remitirían "solo si presenta lesiones bucales asociadas con SIDA" y del 39 al 45% de los alumnos de 3° y 4° año "solo atenderían sus padecimientos de urgencia" (Figura 9). El 12% de los alumnos de 4° año "lo remitirían sin atenderlo".

De los 128 alumnos que "no remitirían" a clínicas especializadas a los pacientes VIH+, 105 (82%) "Si" están dispuestos a tratar lesiones cardinales asociadas con sida en su práctica privada (Tabla 8). De los 136 alumnos que "solo atenderían su urgencia", sólo uno "No" está dispuesto a tratar estas lesiones en su práctica privada ($p < .0001$).

Al comparar las respuestas a "Si aplicara la prueba a uno de sus pacientes y resulta positivo..." contra "¿Remitiría a los pacientes VIH+ que le soliciten tratamiento dental?" 6 (7%) alumnos "no lo remitirían", 44 (49%) "solo atenderían sus padecimientos de urgencia", 21 (24%) "lo remitirían" sin atenderlo (Tabla 9). En cambio, de los 288 alumnos que continuarían atendiendo a ese paciente, 126 (43%) "no lo remiten", y sólo 5 (2%) "lo remitirían" sin atenderlo ($p < .0001$).

En el mejor de los casos solo el 7% de los alumnos de 3° año dicen que "SI" conocen alguna institución donde podrían remitir a estos pacientes para su tratamiento bucal. Se encontró una diferencia significativa entre los cuatro grados ($p = .022$). La Tabla 1 muestra el comportamiento de la muestra en general.

Si un paciente resulta positivo a la prueba rápida en saliva para VIH aplicada por ellos, los alumnos que respondieron "continuo atendiéndolo" aumentan de 1° a 2° año hasta llegar a 90% y de 3° a 4° año disminuyen significativamente hasta el 62% (Figura 10). Los alumnos que "lo remiten" aumentan del 10 al 38%, siendo el 4° año el de más alto porcentaje. Se encontró una diferencia significativa entre los cuatro grados ($p < .0001$).

Alrededor de 90% de los alumnos encuestados "NO" han detectado en sus pacientes signos o síntomas propios de VIH al realizar la historia clínica (Tabla 3). Del total de la muestra, muy pocos alumnos (del 3 al 5%) "han atendido dentalmente algún paciente VIH que declare ser positivo desde la primera cita" (Tabla 3). Se encontró una diferencia significativa entre los cuatro grados ($p = .021$). Por otro lado, los que creen que "si, es posible" haber atendido a un paciente VIH sin percatarse de su condición sistémica aumentan conforme el año escolar hasta 58% en 4° año (Figura 11), la respuesta "no sé" se presenta en alrededor de un tercio de la población general. Se encontró una diferencia significativa entre los cuatro grados ($p < .0001$). En la Tabla 3 se muestra el comportamiento general de la muestra.

De los 321 alumnos que "No" han atendido algún paciente VIH+, 44% cree "posible" haber atendido a un VIH+ sin darse cuenta, 34% "no saben" si esto pudo o no haber ocurrido y 23% equivocadamente lo cree imposible ($p = .0123$). De los 20 alumnos que al realizar la historia clínica "Si" han detectado en sus pacientes signos o

síntomas propios de sida, 10% dice equivocadamente que es "imposible" haber atendido a un paciente VIH+ sin percatarse de su condición sistémica.

De los 177 alumnos que dicen que es "sí, es posible" haber atendido a un paciente VIH+ sin percatarse de su condición, 82% "No" ha detectado en sus pacientes signos o síntomas propios de sida, 10% "sí" y 8% "no sabe" ($p=.0061$), Tabla 10.

Sobre las medidas en control de infecciones que adoptarían al atender a un paciente VIH+, los alumnos que respondieron "las mismas que para todos mis pacientes" disminuyen gradualmente de 1° a 4° año (Figura 12), el "uso (hipotético) de doble guante y cubrebocas" aumenta del 13% en 1° año al 38% en 4° año ($p=.0007$). Del 60 al 70% de los alumnos creen que "SI" es necesario adoptar medidas especiales para el manejo del instrumental dental usado en un paciente VIH, siendo el 4° año el más alto de ese porcentaje. La Tabla 1 muestra el comportamiento de la muestra en general.

Sobre qué tan probable es que acuda a su consultorio un paciente VIH+ solicitando tratamiento dental, "muy probable" aumentó progresivamente del 1° al 4° año hasta llegar al 64% (Figura 13), los que creen que es "poco probable" disminuyen de 21% en 1° año a 4% en 4° año ($p=.0317$).

De los 196 alumnos que creen que es "muy probable" que acuda a su consultorio un paciente VIH+ solicitando tratamiento dental 45% dice que "sí, es posible" haber atendido a un paciente VIH+ sin percatarse de su condición sistémica (Tabla 11). De los 148 alumnos que creen que es "medianamente probable" que acuda a su consultorio un paciente VIH+ 44% dice que "sí, es posible" haber atendido a un paciente VIH+, 21% dice que "no, imposible". De los 41 alumnos que creen que es "poco probable" que acuda a su consultorio un paciente VIH+ solicitando tratamiento dental 44% dice que "no sabe" si ha atendido a un paciente VIH+ ($p=.0001$).

Entre el 9 y el 17% de los alumnos "conoce personalmente algún individuo VIH+", siendo el 2° año el de mayor porcentaje. El 18% de la población masculina y el 10% de la femenina "conoce personalmente algún individuo VIH+" ($p=0.05$). En la Tabla 1 se muestra el comportamiento general de la muestra.

Pocos alumnos conocen algún individuo VIH+ y con pocos también los que han atendido alguno de estos pacientes, pero no son necesariamente los mismos alumnos ($p=.004$), Tabla 12.

Más del 89% de los estudiantes "SI" ha recibido por lo menos una dosis de la vacuna contra la Hepatitis B. En la Tabla 1 se muestra el comportamiento general de la muestra

Lesiones cardinales asociadas con VIH.

Al responder la pregunta 3 del cuestionario en la que se les pide llenar una tabla sobre las 7 lesiones cardinales, su diagnóstico y tratamiento, estos fueron los resultados:

- De los 400 alumnos encuestados se esperaban 2800 respuestas correctas pero sólo se obtuvieron 515 (18%) (Figura 14).
- Se esperaba obtener 700 respuestas correctas por cada grado. Los 100 alumnos de 1° año tuvieron un total de 39 aciertos (6%), los de 2° año 34 aciertos (5%), los de 3° año 185 aciertos (26%) y los de 4° año 257 aciertos (37%) (Tabla 13).
- Conforme aumenta el grado aumenta el número de lesiones que mencionan (Tabla 13). Hubo diferencias significativas ($p < 0.0001$) por año en las proporciones de alumnos que mencionaron cada lesión. Con un valor de $p < 0.0001$ entre el número de veces que fue mencionada cada una de las 7 lesiones, la "candida" es la lesión más mencionada, seguida por el "sarcoma de Kaposi", ambas fueron mencionadas en la muestra en los 4 grados. La gingivitis ulcerosa necrosante, la periodontitis de rápido progreso, leucoplasia vellosa y el linfoma no Hodgkin son las siguientes lesiones más nombradas, en ese orden. El eritema gingival linear es la lesión menos mencionada, ya que solo un alumno la nombró.
- De los alumnos que mencionan alguna lesión, los que la pueden diagnosticar disminuyen en número, y de estos, los que conocen el tratamiento son menos aun (Tabla 14, Figura 15 y 16).
- El conocimiento de las siete lesiones cardinales aumenta conforme el número de pacientes atendidos durante la carrera hasta el momento de la encuesta (Tabla 15).

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación muestran que en general el conocimiento y las habilidades básicas en medicina bucal de esta muestra de alumnos son deficientes. Muy pocos consideran tener suficiente preparación teórica y clínica para identificar, diagnosticar y tratar lesiones bucales propias de enfermedades sistémicas, incluida la infección por VIH. Desde la década de los 90's a la fecha diversos investigadores han evaluado la percepción de la enseñanza en sus encuestas, algunos de los resultados fueron que el nivel de conocimientos está relacionando con los años de práctica y horas trabajadas por semana ²⁸, los alumnos estaban insatisfechos con sus conocimientos sobre diagnóstico y manejo de los pacientes VIH+ ²⁹, muchos alumnos desconocían los factores relacionados con sida tales como diseminación y manifestaciones bucales ³⁰, y aunque en algunas encuestas el nivel de conocimientos sobre prevención y transmisión fue bueno en general, hubo una proporción de encuestados que creyó que el VIH puede ser transmitido por vía oral y respiratoria ²⁹.

Por otro lado, los alumnos que creen que si es posible haber atendido a un paciente VIH sin percatarse de su condición aumentan conforme al año de estudios. La mayoría de ellos no han detectado signos ni síntomas propios de sida en la historia clínica, aunque es posible que de todas formas no podrían hacerlo debido a su limitado conocimiento de la enfermedad.

Respecto a las siete lesiones cardinales en boca asociadas con sida, candidiasis y sarcoma de Kaposi son las dos lesiones mas mencionadas por los alumnos en los cuatro años escolares. Este mismo comportamiento se presentó en estudios anteriores como el de Rudolph ³¹ en 1999 en el que las manifestaciones bucales mas comúnmente asociadas fueron candidiasis, leucoplasia vellosa y sarcoma de kaposi. Kiatura ³² encontró que la mayoría de sus alumnos encuestados considera que está en posibilidades de hacerse cargo de las manifestaciones bucales asociadas. Por otro lado, Samaranyake ³³ encontró que casi todos los encuestados conocían la mayoría de las manifestaciones bucales.

Conforme aumenta el año escolar, el número de materias clínicas y teóricas cursadas y el número de pacientes que ha tratado cada alumno, aumenta también el número de lesiones que mencionan. Sin embargo, los que pueden diagnosticarlas son menos que los que pueden mencionarlas, y los que pueden darles

tratamiento son aun menos que los que pueden diagnosticarlas. Contrario a las expectativas, el número de alumnos dispuestos a atender en su consultorio lesiones bucales asociadas con sida disminuye conforme aumenta el año escolar.

Son pocos los alumnos que consideran más probable contagiarse de VIH que de Hepatitis B, sin embargo los alumnos que tienen un alto temor de contagiarse ocupacionalmente con VIH aumentan conforme al año escolar. A pesar de los esfuerzos educativos en control de infecciones una proporción de alumnos manifiesta temores infundados. Esto demuestra la limitada confianza que estos alumnos tienen en su conocimiento en control de infecciones, los que confían mucho disminuyen gradualmente mientras aumenta el año escolar y mas de la mitad de los encuestados confían poco. En 1990 una encuesta realizada por Bray ³⁴ mostró que el 50% de los encuestados creyó que el sida es un grave problema para los dentistas, Sote ³⁵ en 1992 encontró que el 82% de sus encuestados creían que el VIH es el mayor riesgo ocupacional.

Al atender a un paciente VIH los alumnos que usarían las mismas medidas en control de infecciones que para todos sus demás pacientes van disminuyendo cuando aumenta el año escolar, contrario a lo esperado según las Precauciones Estándar ³⁶. Por otro lado, los que usarían medidas especiales como uso de doble guante y cubrebocas aumentan gradualmente. Más de la mitad de los alumnos creen que es necesario adoptar medidas especiales para el manejo del instrumental utilizado con un paciente VIH. Resultados parecidos se habían descrito anteriormente por Kiautra ³², quien observó que solo 2% tiene la misma actitud al atender pacientes infectados y no infectados.

La proporción de alumnos que siente obligación profesional de atender a estos pacientes es notablemente alta en los primeros dos años de la carrera, pero disminuye hasta tres cuartas partes de la población en el 4º año. Esta ultima proporción de alumnos que sienten obligación moral se ha mantenido relativamente constante desde estudios anteriores hasta este, sin embargo en un estudio realizado por Rankin ³⁷ en el cual se comparaba una población de estudiantes contra una de profesionistas, se observó que mas alumnos que dentistas sienten obligación profesional de atender a estos pacientes.

Tabla A. Comparación de resultados de 2 encuestas realizadas en México.

	1993	2006
Conoce personalmente algún individuo VIH+	4%	13%
No ha atendido pacientes VIH+	95%	97%
Siente obligación profesional	78%	76%
Siente obligación moral	83%	45%
Si esta vacunado contra HB	20%	91%

La encuesta hecha en 1993 ²² fue realizada con alumnos de 4° año, razón por la cual en la tabla se muestra únicamente la comparación con los alumnos de 4° año de nuestra encuesta.

De acuerdo con la tabla A, la proporción de alumnos que conoce individuos VIH ha aumentado progresivamente, actualmente en 2006 esta proporción es tres veces mayor a la encontrada en 1993. La proporción de alumnos que no ha atendido dentalmente pacientes VIH+ es parecida en las dos encuestas, así

como los alumnos que sienten obligación profesional de brindar tratamiento a estos pacientes. De igual manera Askarian ²⁸ en 2006 encontró en Estados Unidos que 77% de los encuestados creía que tenía obligación profesional de tratarlos. Se observó un decremento en la proporción de alumnos que sienten obligación moral de 83% en 1993 a 45% en 2006. Menos de la mitad de los alumnos consideran su obligación moral de brindar dicha atención a estos pacientes como "muy fuerte", lo cual es contrario a lo que Hu ³⁸ en 2004, Chan ²⁹ en 1997 y Maupome ²² en 1993 encontró, ya que en estos tres estudios más del 80% de los encuestados sentían deber moral de atender a estos pacientes. Afortunadamente su actitud respecto a la vacuna ha mejorado ya que en 2006 la proporción de alumnos que cuenta con la vacuna es cuatro veces más que los alumnos en 1993.

Recientemente la FDA (Food and Drug Administration) autorizó la comercialización de la prueba rápida para detectar anticuerpos anti VIH en saliva (Ora Quick) ²⁷, hace poco tiempo que esta prueba llegó a México y aun no es ampliamente conocida. Los consultorios dentales pueden ser utilizados como un lugar adicional para realizar estas pruebas ³⁹. El uso correcto de esta prueba según el CDC (Centers for Disease Control) ⁴⁰ es identificar los casos previamente no detectados para remitirlos a terapia antirretroviral. Los alumnos mostraron una buena actitud respecto a esta prueba, tienen interés y disposición para aplicarla a todos sus pacientes y recibir entrenamiento, también creen que a todos los dentistas de ejercicio privado y público les corresponde aplicarla. Sin embargo el uso que le darían a esta herramienta parece no ser el más adecuado, ya que más de la mitad de ellos la utilizaría para prevenir infecciones cruzadas, los que la utilizarían correctamente para detectar y reportar nuevos casos son pocos, y el resto de la población la usaría para condicionar el tratamiento dental. De acuerdo con los peores temores en cuanto al uso de esta prueba, si ellos la aplicaran a sus pacientes y alguno resultara positivo, los que continúan atendiéndolo se reducen significativamente conforme aumenta el año escolar, al mismo tiempo que los que lo remiten aumentan. Aunado al mal uso, los que saben donde remitir a estos pacientes son solo un 7%.

Con el uso adecuado de las pruebas rápidas los nuevos casos pueden ser detectados en etapas tempranas, en las que según un estudio presentado recientemente por Brenner ⁴¹ se encontró que la transmisión se amplía en las etapas tempranas de la infección, y así estos individuos no se convierten en nuevas fuentes de infección.

Las actitudes negativas y tendencias a remitir por parte de los estudiantes encuestados coincide con los reportes de algunos investigadores como lo que Kaimenyi ⁴² observo en 1994, puesto que el 52% de sus encuestados buscaba casos sospechosos de sida antes de comenzar el tratamiento, 52% sentían que debían tener derecho a decidir si tratan o no a estos pacientes y 10% decía que los pacientes deben ser aislados de los no infectados. También Sote ³⁵ en 1992 y Askarian ²⁸ en 2006 encontraron que gran parte de la población de alumnos creía que debían ser tratados por un especialista (84 y 75% respectivamente). Incluso algunas investigaciones como la realizadas por Crossley ³² en 2004 fueron fundamentadas por que una organización de la región señalo que algunos pacientes VIH habían tenido dificultad en el acceso a la atención dental.

El conocimiento de las lesiones bucales asociadas con sida que demuestran los alumnos aumenta conforme el año escolar (aunque en el mejor de los casos no es lo ideal), y esto no necesariamente significa que sus actitudes y prácticas hacia estos pacientes mejoren. Se observó que mientras aumenta el conocimiento y la experiencia, aumenta también el temor y disminuye la disposición de brindar tratamiento a estos pacientes.

La mayoría de los estudiantes sabe de sus deficiencias académicas y están muy dispuestos a recibir entrenamiento en cuanto a medicina bucal y propiamente de la infección por VIH, reforzando las necesidades educacionales señaladas anteriormente por Seacat ³² en 2003, Rudolph ³¹ en 1999 y Kitaura ³². Así como Rohn ⁴⁵ señaló que las actitudes de los estudiantes dentales podría ser mejorada brindando mas experiencias e información.

En 1990 Bray ³⁴ realizó un estudio en el que el 55% de los estudiantes encuestados pensaba que el atender personas VIH "SI" provocaba rechazo en sus demás pacientes. En nuestra encuesta del 10 al 18% de los alumnos encuestados lo cree, siendo los de mayor porcentaje el 3° y 4° año. Aunque los alumnos en la actualidad siguen teniendo esa percepción es notable que la proporción ha disminuido.

Se encontraron pocas diferencias estadísticamente significativas en conocimientos, actitudes y prácticas entre géneros, dentro de las cuales están: 1) Mas hombres que mujeres califican como aceptable su capacidad para identificar lesiones bucales asociadas a enfermedades sistémicas, 2) las mujeres están mas dispuestas a aplicar la prueba rápida que los hombres, 3) los hombres confían mas en sus prácticas en control de infecciones, 4) mas hombres que mujeres conocen individuos VIH+. Anteriormente McCarthy ⁴⁶ también obtuvo

en su estudio diferencias entre géneros, por ejemplo, los estudiantes masculinos tenían actitudes negativas significativamente más altas hacia estos pacientes que las mujeres, las mujeres tenían mejor conocimiento que los hombres, las mujeres estaban más dispuestas que los hombres a reportar nuevos casos, los hombres reportaron más preocupación que las mujeres de perder pacientes en el consultorio si saben que trata pacientes VIH+ y en general se observó que el acceso a la atención bucal es afectado por las diferencias de género.

Para poder integrar al dentista en este problema de salud mundial para controlar la diseminación del VIH, el entrenamiento teórico y práctico que ofrece cada Escuela de Odontología debe responder a las necesidades de los individuos VIH+ así como de los programas nacionales e internacionales de salud.

De acuerdo con un artículo que describe las principales características de la enseñanza de la Odontología en México, en el año 2003 existían 70 escuelas que formaban odontólogos a nivel licenciatura. De estas escuelas, 41 son públicas y 29 privadas. La duración de la licenciatura varía de 4 a 5 años. El número estimado de profesores fue de 4,644 con un promedio de 70 profesores por escuela. La docencia se imparte de manera intramuros y la investigación generalmente no forma parte del proceso enseñanza-aprendizaje.⁴⁷

La Facultad de Odontología de la UNAM cuenta con un programa de 36 Materias, de las cuales 19 son teóricas y 17 teórico-clínicas. El número de horas clínicas semanales aumenta conforme el año escolar.⁴⁸

Semanalmente los alumnos de primer año llevan entre sus materias teóricas Educación Para la Salud 2 horas, 3 horas teóricas de Odontología Preventiva y Salud Pública Bucal I, y 2 horas clínicas de esta materia.

Los alumnos de segundo año, dentro de sus materias llevan 3 horas teóricas de Odontología Preventiva y Salud Pública Bucal II y 2 horas de clínica; 5 horas de teoría de Patología General e Inmunología y Operatoria Dental 2 horas teóricas y 3 horas clínicas semanalmente.

Los alumnos de tercer año llevan dentro de sus clases semanales Endodoncia 2 horas de teoría y 2 de clínica; Operatoria Dental 3 horas de clínica y 1 de teoría; Periodoncia 2 horas de teoría y 2 de clínica; Exodoncia 2 horas de teoría y 2 de clínica; Patología Bucal 4 horas de teoría sin clínica.

Semanalmente los alumnos de cuarto año tienen Operatoria Dental 3 horas de clínica, Endodoncia 2 horas de clínica y 1 hora de teoría, Periodoncia 3 horas de clínica, Prostodoncia 4 horas de clínica y una hora de teoría, Prótesis Dental Fija y Removible 4 horas de clínica y 1 de teoría, Cirugía Bucal 1 hora de teoría y 3 de clínica, Medicina bucal 4 horas de teoría sin clínica.

Los alumnos de quinto año semanalmente tienen 15 horas de Clínica Integral Adultos y 10 horas de Clínica Integral Niños. No llevan materias teóricas asociadas a la clínica, razón por la cual este grupo de alumnos no fue incluido en la muestra.

Basados en lo anterior podemos explicar algunas de las respuestas obtenidas de acuerdo con el año de estudio. Es decir, los alumnos de primer y segundo año con su poca experiencia con pacientes y con solo una materia teórico clínica pueden no tener los conocimientos ni las habilidades necesarias para atender este tipo de pacientes. Pero a partir de tercer año el número de horas que trabajan en clínica y el número de materias teórico prácticas aumenta, además se integran materias como patología bucal y medicina bucal, pero ninguna con clases en clínica. Extrañamente los alumnos que están a punto de terminar la carrera sienten menos obligación profesional de atender a estos pacientes. Los alumnos que, en teoría, cuentan con más conocimientos son los que mas remiten, tal vez no aprendieron lo que deberían, ya que de igual manera son los que tiene más temor de contagiarse ocupacionalmente. La proporción de alumnos que no creen que atender a estos pacientes en su consultorio provoque rechazo es menor en 4° año respecto a los tres anteriores, probablemente sea por que ellos ya tienen una visión mas clara de lo importante que es su consultorio a diferencia de los que empiezan la carrera. Desafortunadamente los alumnos con poca práctica clínica confían más en sus conocimientos en control de infecciones que los alumnos que trabajan más horas en clínica. Contrario a lo esperado, pocos alumnos de los dos últimos años de la carrera continuarían brindando tratamiento a un paciente si este resulta positivo a la prueba rápida aplicada por ellos, por otro lado, son mas los alumnos de 1° y 2° que si lo harían. Sobre las medidas en control de infecciones que usarían para atender a un paciente VIH+ los alumnos de 1° y 2° año parecen tener las mejores practicas, tal vez por tener menos temor, por desconocer mas sobre la infección o por que son los que dicen confiar mas en sus conocimientos en control de infecciones, ya que los que usarían las mismas que para todos sus pacientes disminuye de 1° a 4° mientras que los que usarían doble guante y doble cubrebocas se triplica de 1° a 4°, y en 4° año se

encuentra la proporción mas grande de alumnos que creen que es necesario adoptar medidas especiales para el manejo del instrumental. Por otro lado el aumento en el nivel de conocimientos se ve claramente relacionado con el año de estudios y número de pacientes atendido hasta el momento.

Los 400 alumnos encuestados representan aproximadamente la quinta parte de la población total de alumnos de primero a cuarto año de la Facultad de Odontología de la UNAM. Aunque no podemos asegurar que los resultados obtenidos en esta encuesta reflejen la realidad de los estudiantes de toda nuestra facultad y mucho menos de todo el país ya que a nivel nacional hay 30,000 estudiantes de Odontología distribuidos en las diversas escuelas y facultades.

Sin embargo, la constante en la educación odontológica en México es que no existe una materia donde se enseñe de manera teórica y práctica control de infecciones. La metodología para enseñar medicina bucal es únicamente teórica con médicos u odontólogos enseñando la materia.

En México cada día adquieren VIH 15 personas más, 50% de las nuevas infecciones se producen en jóvenes de entre 18 y 24 años de edad, grupo considerado de mayor riesgo. ⁴⁹ El VIH representa la cuarta causa de muerte en los varones y la séptima en la población femenina, nuestro país ocupa el lugar 23 en prevalencia (menor al 0.1%) en América Latina y el Caribe y el sitio 94 a nivel mundial. La población más afectada se encuentra bien definida dentro de la comunidad homosexual, y aunque la población heterosexual no se ha visto gravemente afectada, actualmente las mujeres heterosexuales, principalmente amas de casa, son el grupo que va en aumento. Sin embargo esta situación de aparente control podría cambiar si no atendemos pronto este problema de salud pública. Por lo anterior podemos concluir que en nuestro país la población con VIH o SIDA no representa un problema de salud tan grave como en algunos otros países de América Latina, el Caribe o África, pero las razones por las cuales debemos participar en los esfuerzos de salud pública son:

1. por que la boca se debe considerar parte de la salud integral del individuo
2. por que el dentista es un servidor de la salud capacitado para diagnosticar y tratar lesiones bucales asociadas con sida y por que existen nuevas herramientas diagnosticas que pueden y deben utilizar
3. por que al detectar nuevos casos disminuyen las fuentes de infección y así la diseminación
4. por que al remitirlos a terapia antirretroviral aumenta su calidad de vida

5. por que si aumenta la participación de los dentistas ayudarían a mantener controlada la infección en nuestro país y a controlarla en algunos otros
6. por que al educar se desarrolla una actitud positiva de los cirujanos dentistas hacia los individuos VIH+
7. por que la facultad brinda mas tratamiento a la población en general que los servicios de salud del gobierno
8. por que la facultad es un ejemplo a seguir de las demás universidades del país e incluso de América Latina

CONCLUSIONES

En general todos los encuestados están conscientes de sus necesidades académicas y se muestran muy dispuestos a ampliar su conocimiento en medicina bucal, así como a conocer y utilizar nuevos métodos diagnósticos.

Pero el mayor reto es formar a los futuros cirujanos dentistas en medicina bucal, control de infecciones y salud pública, por lo cual sería importante actualizar a los profesores y diseñar un programa educativo que se pueda diseminar al resto de las escuelas y facultades de odontología, reunir la investigación con la docencia y ampliar el acceso a la información (libros, journals, Internet).

Propuesta educativa.

MEDICINA BUCAL. En el programa de la materia se debe incluir entrenamiento práctico (no solo teórico) para el diagnóstico y tratamiento de lesiones bucales asociadas con cualquier enfermedad sistémica como parte del tratamiento integral del paciente.

CONTROL DE INFECCIONES. El plan de estudios de la carrera debe incluir esta materia, con profesores altamente capacitados para impartirla en clases teóricas dentro del aula y prácticas en clínica.

SALUD PÚBLICA. Se debe enseñar a los alumnos a participar en los problemas de salud nacionales e internacionales, deben hacer conciencia de la importancia de su participación en los programas de salud. Se les debe involucrar durante la carrera en estos programas para crear en ellos el deseo de participar aun después de haber concluido sus estudios.

ANEXO FIGURAS

FIGURA 1. ¿Cómo percibe su preparación sobre VIH/SIDA a nivel licenciatura para brindar tratamiento DENTAL a un paciente VIH+/SIDA?

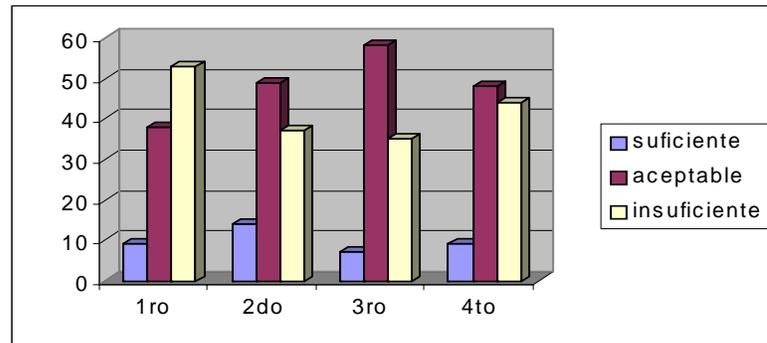


FIGURA 2. ¿Cómo califica su capacidad para identificar manifestaciones bucales propias de enfermedades sistémicas?

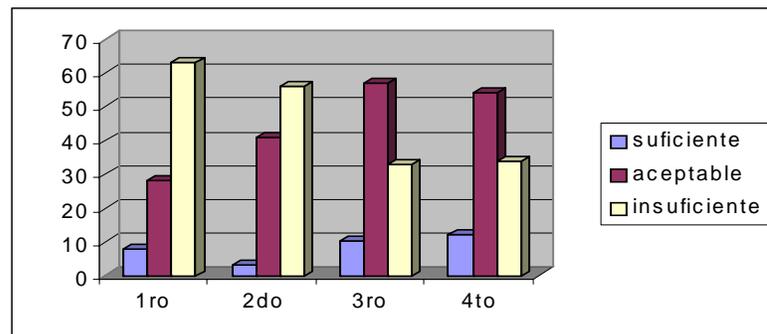


FIGURA 3. ¿Considera que es más fácil contagiarse de VIH que de Hepatitis B?

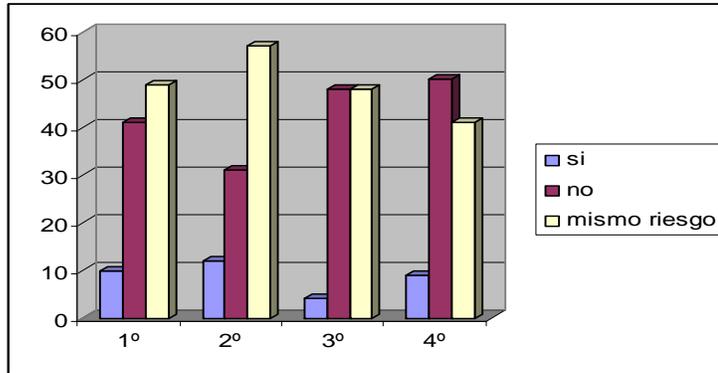


FIGURA 4. ¿Cree que la prueba rápida para VIH en saliva debe ser aplicada por los dentistas?

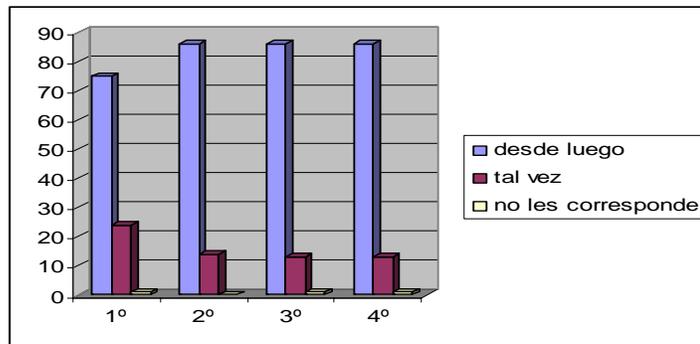


FIGURA 5. Utilizaría esta prueba en sus pacientes para:

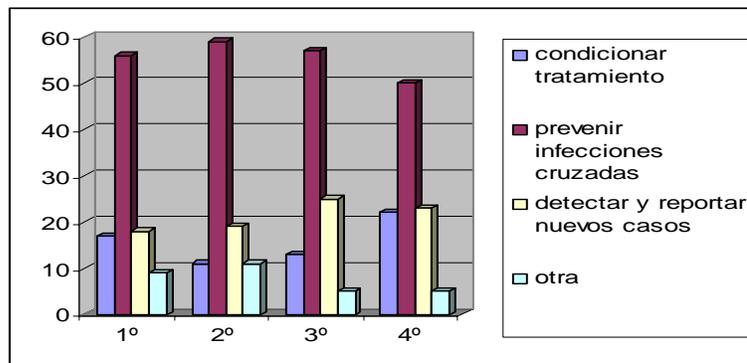


FIGURA 6. Cinco de las siete lesiones cardinales asociadas con SIDA, pueden ser tratadas por el odontólogo, ¿estaría dispuesto a hacerlo en su práctica privada?

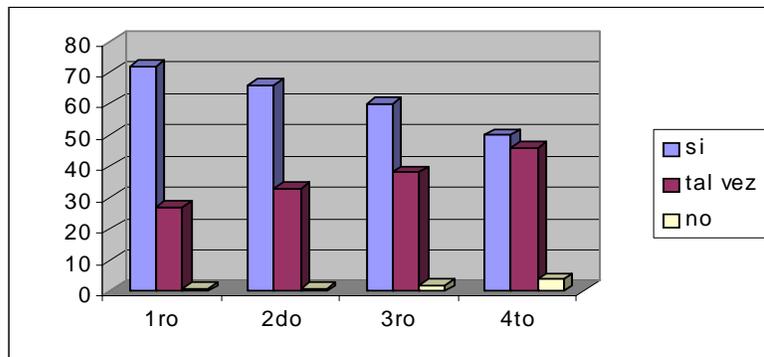


FIGURA 7. ¿Como califica su temor a ser expuesto ocupacionalmente a VIH?

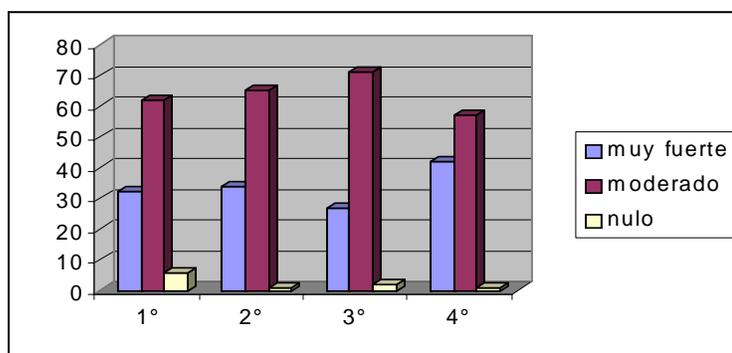


FIGURA 8. ¿Qué tanto confías en tu preparación en Control de infecciones, como para atender a un paciente VIH+/SIDA y estar seguro ocupacionalmente?

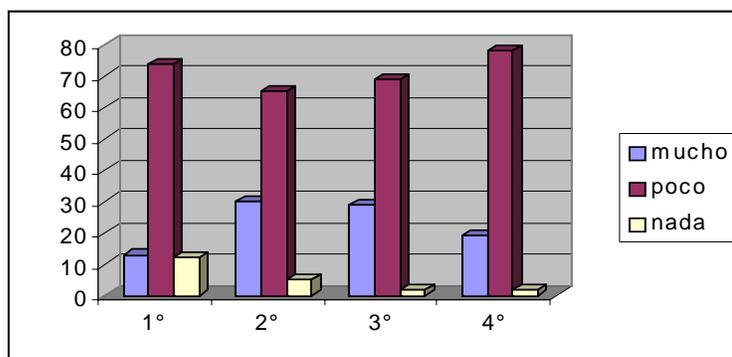


FIGURA 9. ¿Remitiría a clínicas especializadas a los pacientes VIH+/SIDA que le soliciten tratamiento de operatoria dental, refiriendo su condición desde la primera cita?

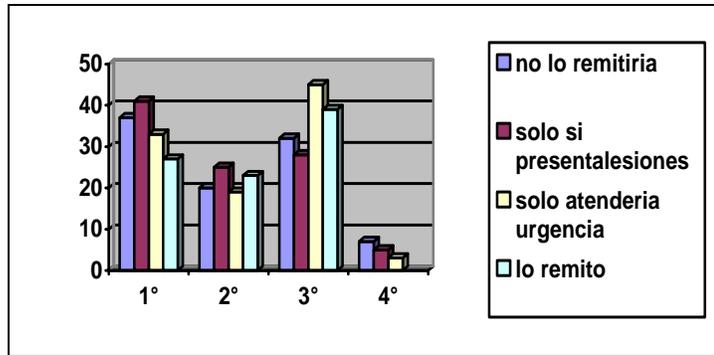


FIGURA 10. Si un paciente resulta positivo a la prueba rápida en saliva para VIH aplicada por usted:

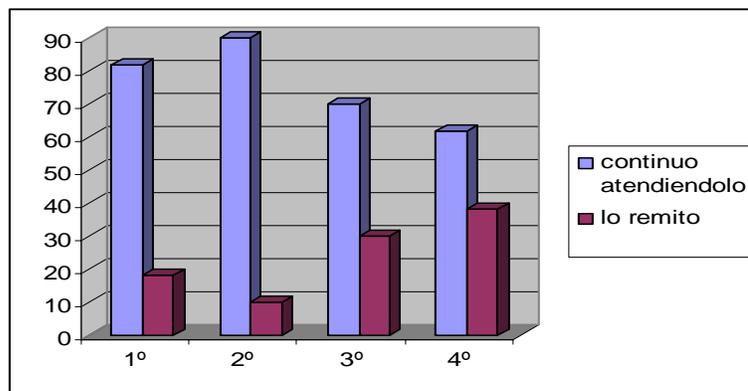


FIGURA 11. ¿Cree posible haber atendido a un paciente VIH+/SIDA sin percatarse de su condición sistémica?

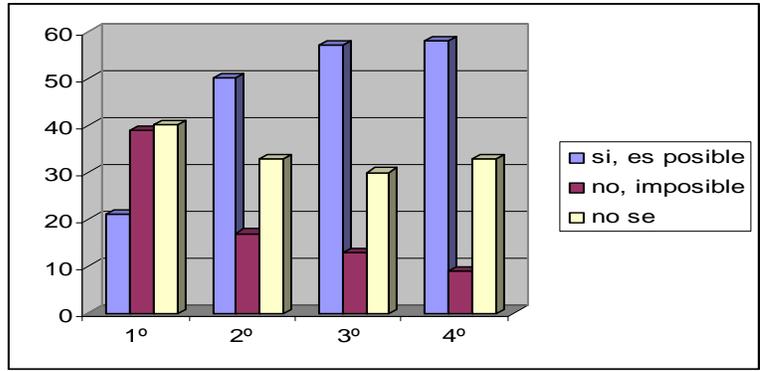


FIGURA 12. ¿Qué medidas en control de infecciones adoptaría al atender a un paciente VIH+/SIDA?

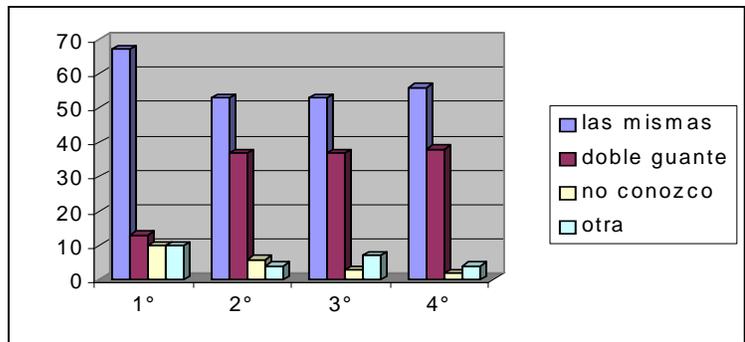


FIGURA 13. ¿Qué tan probable es que acuda a su consultorio un paciente VIH+/SIDA solicitando tratamiento dental?

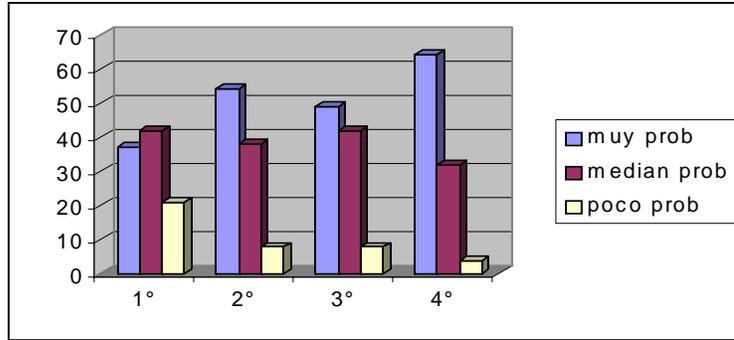


FIGURA 14. Total de respuestas correctas N =515 (100%).

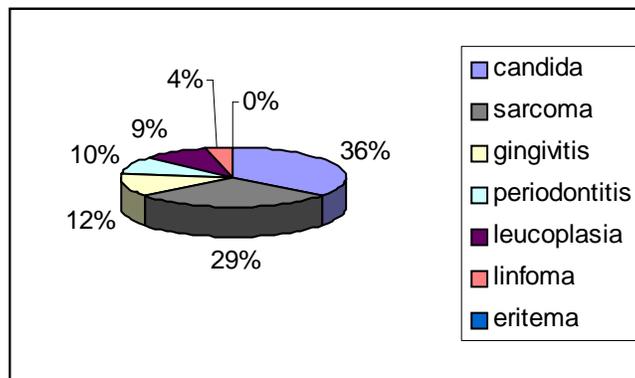


FIGURA 15. Alumnos que mencionan, diagnostican y tratan "CANDIDA" por año de estudios. N=100 alumnos de cada grado.

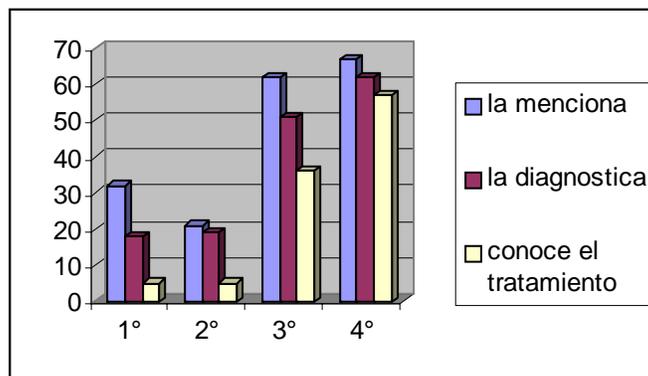
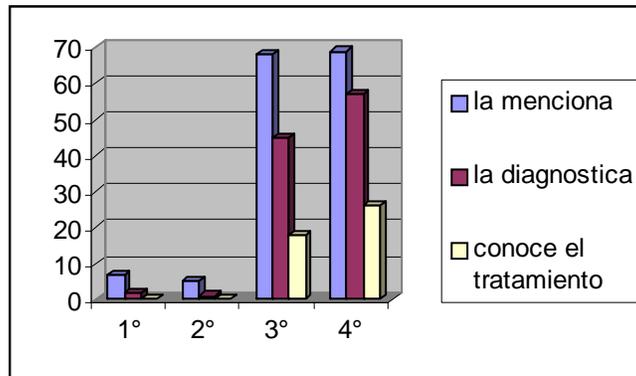


FIGURA 16. Alumnos que mencionan, diagnostican y tratan "SARCOMA DE KAPOSI" por año de estudios. N=100 alumnos de cada grado.



ANEXO TABLAS

TABLA 1. Agrupación de algunas preguntas del cuestionario con las mismas repuestas.

	Si (%)	No (%)	P
Si existiera una prueba rápida que detectara anticuerpos anti VIH en saliva, ¿estaría dispuesto a aplicarla rutinariamente a todos sus pacientes?	96	4	NS*
¿Estaría dispuesto a recibir entrenamiento para la aplicación e interpretación de esta prueba, consejería pre y post test?	100	0	NS*
Tomando en cuenta que CONASIDA/CENSIDA, es una dependencia que NO brinda atención clínica, ¿conoce alguna institución donde podría remitir a los pacientes VIH+/SIDA, para su tratamiento bucal?	4	96	NS*
¿Está vacunado contra la Hepatitis B?	93	7	NS*
¿Cree que sea necesario adoptar medidas especiales para el manejo del instrumental dental, usado en un paciente VIH+/SIDA?	61	39	NS*
¿Conoce el contenido de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH (NOM-010-SSA2-1993)?	26	74	NS*
Durante sus estudios de licenciatura, ¿recibió educación sobre el manejo confidencial de la información médica de sus pacientes?	71	29	.0016
¿Conoce el número de casos de VIH+/SIDA registrados a nivel nacional?	1	99	NS*
¿Conoce personalmente algún individuo VIH+ o persona que vive con SIDA?	13	87	NS*

*NS= NO SIGNIFICATIVO. Porcentaje promedio de los 4 grados.

TABLA 2. Agrupación de algunas preguntas del cuestionario con las mismas repuestas.

	Si (%)	tal vez (%)	No (%)	P
¿Considera una obligación profesional dar atención dental a pacientes VIH+/SIDA que así le solicitan?	85	12	3	.018
¿Le gustaría actualizar su conocimiento en medicina bucal para identificar, diagnosticar y tratar las lesiones bucales asociadas con SIDA?	97	2	1	NS*
Cinco de las siete lesiones cardinales asociadas con SIDA, pueden ser tratadas por el odontólogo, ¿estaría dispuesto a hacerlo en su práctica privada?	62	36	2	NS*
¿Cree que el atender personas VIH+/SIDA, provoque rechazo en sus demás pacientes?	15	65	20	NS*

*NS= NO SIGNIFICATIVO. Porcentaje promedio de los 4 grados.

TABLA 3. Agrupación de algunas preguntas del cuestionario con las mismas repuestas.

	Si (%)	No (%)	no se (%)	P
Al realizar la historia clínica, ¿alguna vez ha detectado en sus pacientes signos o síntomas propios de SIDA?	5	89	6	NS*
¿Ha atendido dentalmente algún paciente VIH+/SIDA conciente de su condición sistémica?	3	84	13	NS*
¿Cree posible haber atendido a un paciente VIH+/SIDA sin percatarse de su condición sistémica?	46	20	34	<.0001

*NS= NO SIGNIFICATIVO. Porcentaje promedio de los 4 grados.

TABLA 4. Capacidad para identificar manifestaciones bucales propias de enfermedades sistémicas contra detección de signos y síntomas propios de sida en la historia clínica.

¿Alguna vez ha detectado en la historia clínica signos y síntomas propios de sida?	¿Como califica su capacidad para identificar manifestaciones bucales propias de enfermedades sistémicas?			
	insuficiente N(%)	aceptable N(%)	suficiente N(%)	total N(%)
no	154 (46)	151 (45)	30 (9)	335 (89)
no se	18 (78)	4 (17)	1 (4)	23 (6)
si	6 (30)	14 (70)	0 (0)	20 (5)
total	178 (47)	169 (45)	31 (8)	378 (100)

TABLA 5. Temor a ser expuesto ocupacionalmente a VIH contra lo que haría si aplicara la prueba a su paciente y resulta positivo.

¿Como califica su temor a ser expuesto ocupacionalmente a VIH?	Si aplicara la prueba a su paciente y resulta + ...		
	continuo atendiéndolo N(%)	lo remito N(%)	total N(%)
moderado	197 (80)	48 (20)	245 (64)
muy fuerte	88 (68)	41 (32)	129 (34)
nulo	8 (80)	2 (20)	10 (2)
total	293 (76)	91 (24)	384 (100)

TABLA 6. Confianza en control de infecciones para atender a un paciente VIH+ contra el temor a ser expuesto ocupacionalmente a VIH.

¿Cuanto confías en tu control de infecciones para atender a un paciente VIH+?	¿Como califica su temor a ser expuesto ocupacionalmente a VIH?			
	moderado N(%)	muy fuerte N(%)	nulo N(%)	total N(%)
poco	174 (64)	93 (34)	6 (2)	273 (71)
mucho	64 (72)	22 (25)	3 (3)	89 (23)
nada	6 (29)	14 (67)	1 (5)	21 (6)
total	244 (64)	129 (34)	10 (2)	383 (100)

TABLA 7. Temor a ser expuesto ocupacionalmente a VIH contra el uso que le daría la prueba rápida.

¿Como califica su temor a ser expuesto ocupacionalmente a VIH?	Utilizaría esta prueba en sus pacientes para...				
	prevenir infecciones cruzadas N(%)	detectar y reportar nuevos casos N(%)	condicionar su tx dental N(%)	otra N(%)	total N(%)
moderado	129 (54)	55 (23)	36 (15)	19 (9)	239 (64)
muy fuerte	75 (60)	19 (15)	23 (18)	8 (6)	125 (33)
nulo	3 (30)	5 (50)	0 (0)	2 (20)	10 (3)
total	207 (55)	79 (21)	59 (16)	29 (8)	374 (100)

TABLA 8. Remitiría a los pacientes VIH+ que le soliciten tratamiento dental contra su disposición de atender lesiones bucales asociadas con sida en su práctica privada.

¿Remitiría a los pacientes VIH+ que le soliciten tratamiento dental?	¿Estaría dispuesto a atender lesiones bucales relacionadas con sida?			
	si N(%)	tal vez N(%)	no N(%)	total N(%)
solo atendería su urgencia	67 (49)	68 (50)	1 (0.74)	136 (37)
no lo remitiría	105 (82)	23 (18)	0 (0)	128 (34)
solo si presenta lesiones bucales	52 (63)	26 (32)	4 (5)	82 (22)
lo remito	7 (27)	16 (62)	3 (12)	26 (7)
total	231(62)	133 (36)	8 (2)	372 (100)

TABLA 9. Si aplicara la prueba a su paciente y resulta positivo contra remitiría a los pacientes VIH+ que le soliciten tratamiento dental.

Si aplicara la prueba a su paciente y resulta + ...	¿Remitiría a los pacientes VIH+ que le soliciten tratamiento dental?				
	solo atendería sus padecimientos de urgencia N(%)	no lo remitiría N(%)	solo si presenta lesiones bucales N(%)	lo remito sin atenderlo N(%)	total N(%)
continuo atendiéndolo	92 (32)	126 (43)	65 (22)	5 (2)	288 (77)
lo remito	44 (49)	6 (7)	17 (19)	21 (24)	88 (23)
total	136 (36)	132 (35)	82 (22)	26 (7)	376 (100)

TABLA 10. Posibilidad de haber atendido a un paciente VIH+/SIDA sin percatarse de su condición sistémica contra detección de signos y síntomas propios de sida en la historia clínica.

¿Cree posible haber atendido a un paciente VIH+/SIDA sin percatarse de su condición sistémica?	¿Alguna vez ha detectado en la historia clínica signos y síntomas propios de sida?			
	no N(%)	no se N(%)	si N(%)	total N(%)
si es posible	146 (82)	15 (8)	16 (9)	177 (46)
no se	123 (94)	6 (5)	2 (2)	131 (34)
no imposible	71 (95)	2 (3)	2 (3)	75 (20)
total	340 (89)	23 (6)	20 (5)	383 (100)

TABLA 11. Probabilidad de que acuda a su consultorio un paciente VIH+/SIDA solicitando tratamiento dental contra posibilidad de haber atendido a un paciente VIH+/SIDA sin percatarse de su condición sistémica.

¿Qué tan probable es que acuda a su consultorio un paciente VIH+/SIDA solicitando tratamiento dental?	¿Cree posible haber atendido a un paciente VIH+/SIDA sin percatarse de su condición sistémica?			
	si es posible N(%)	no se N(%)	no imposible N(%)	total N(%)
muy probable	106 (54)	62 (32)	28 (14)	196 (51)
medianamente probable	65 (44)	52 (35)	31 (21)	148 (38)
poco probable	7 (17)	18 (44)	16 (39)	41 (11)
total	178 (46)	132 (34)	75 (19)	385 (100)

TABLA 12. Conoce personalmente algún individuo VIH+ contra si ha atendido dentalmente algún paciente VIH+/SIDA.

¿Conoce personalmente algún individuo VIH+?	¿Ha atendido dentalmente algún paciente VIH+/SIDA conciente de su condición sistémica?			
	no N(%)	no se N(%)	si N(%)	total N(%)
no	284 (85)	43 (13)	6 (2)	333 (87)
si	38 (78)	6 (12)	5 (10)	49 (13)
total	322 (84)	49 (13)	11 (3)	382 (100)

TABLA 13. Número de alumnos que se menciona cada lesión por año. N=100 alumnos de cada grado. Cada alumno puede mencionar más de una lesión.

	1°	2°	3°	4°
Candidiasis	32	21	62	67
Sarcoma de Kaposi	7	5	68	69
Gingivitis Ulcerativa Necrozante	0	4	12	47
Periodontitis Ulcerativa Necrozante	0	4	14	34
Leucoplasia Velloso	0	0	23	25
Linfoma no Hodgkin	0	0	5	15
Eritema Linear Gingival	0	0	1	0

TABLA 14. Alumnos que mencionan, diagnostican y tratan cada lesión por año de estudios. N=100 alumnos de cada grado. Cada alumno puede mencionar más de una lesión.

	1°	2°	3°	4°
Candidiasis	32	21	62	67
diagnóstico	18	19	51	62
tratamiento	5	5	36	57
Sarcoma de Kaposi	7	5	68	69
diagnóstico	2	1	45	57
tratamiento	0	0	18	26
Gingivitis Ulcerativa Necrozante	0	4	12	47
diagnóstico	0	3	11	42
tratamiento	0	3	11	39
Periodontitis Ulcerativa Necrozante	0	4	14	34
diagnóstico	0	3	13	33
tratamiento	0	1	12	32
Leucoplasia Velloso	0	0	23	25
diagnóstico	0	0	21	22
tratamiento	0	0	4	18

TABLA 15. Agrupación de alumnos de acuerdo al número de pacientes que han tendido hasta el momento y lesiones que mencionan. Cada alumno puede mencionar más de una lesión.

	1-25 Px N=119	26-50 Px N=139	51-75 Px N=39	76 o mas Px N=101
Candidiasis	39%	40%	46%	61%
Sarcoma de Kaposi	14%	32%	51%	67%
Gingivitis Ulcerativa Necrozante	3%	13%	10%	37%
Periodontitis Ulcerativa Necrozante	2%	10%	10%	32%
Leucoplasia Velloso	2%	9%	26%	23%
Linfoma no Hodgkin	3%	6%	5%	6%

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Terminología relacionada con el VIH: actualización de la OPS; 2006.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA 2003-2007. Departamento de VIH/SIDA; 2003.
3. Center for Global Development. Rich world, poor world: a guide to global development. Global HIV/AIDS and the developing world; 2006
4. UNAIDS. Situación mundial del VIH/SIDA.
5. World Health Organization /UNAIDS, Treating 3 million by 2005. Making it happen – The WHO strategy. 2003,
6. World Health Organization /UNAIDS. Entry points to antiretroviral treatment. Treating 3 million by 2005. Making it happen – The WHO strategy., 2003,
7. Bozzette Samuel A. Routine screening for HIV Infection – Timely and Cost-Effective, The New England Journal of Medicine, 2005.
8. Patton Lauren L., Santos Allen, McKaig Rosemary G., Shugars Diane C., Strauss Ronald P. Education in HIV Risk Screening, Counseling, Testing, and Referral: Survey of US Dental Schools, Journal of Dental Education, October 2002.
9. www.salud.gob.mx/censida
10. Censida. Pruebas rápidas para detectar VIH. 11 octubre 2005.
11. Clevelan J., Griffin S., Romaguera R. Benefits of HIV screening in Dental Offices: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2002. 2003
12. Grimes R., Richards E., Flaitz C. Avoiding malpractice for nondental conditions. The example of human immunodeficiency virus. JADA, Vol 132, Abril 2001, 499-507.
13. Coogan M., Greenspan J., Challacombe J. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2005. September 2005, 83 (9).
14. Reznik D. Oral manifestations of HIV Disease, Perspective-Oral Manifestations vol. 13, issue 5, Diciembre 2005/Junio 2006.
15. Reznik D., Bednarsh H. HIV and the Dental Team. Dimensions of dental hygiene. Junio 2006; 4(6): 14-16.

16. Petersen Paol Erick, Policity for Prevention of Oral Manifestations in HIV/AIDS: The Approach of the WHO Global Oral Health Program. *Adv Dent Res* 19:17-20, April, 2006,
17. Petersen Paol Erick. Strengthening the prevention of HIV/AIDS-related oral disease: a global approach, *Community Dentistry and oral Epidemiology*. 2004; 32: 399-401.
18. Glick M., Rapid HIV testing in the dental setting. *JADA* vol. 136 septiembre 2005. 1206-1208.
19. Acosta E. Integrating the dental profession in the fight against HVI/IDS: Public Health, Oral Medicine and Infection Control – an education triad. OSAP Editorial for February 2006.
20. Bulterys M., et al. Rapid HIV-1 testing during labor. A multicenter study. *The journal of the American Medical Association*. July 14, 2004. Vol. 292, No. 2 (reprinted).
21. Glick M., Exploring our role as health care providers. The oral-medical connection. *JADA* Vol. 136, June 2005, 716-718.
22. Maupomé G., Acosta E., Borges A., Diez J. Survey on attitudes toward HIV- infected individuals and infection control practices among dentists in Mexico City. *AJIC*, February 2000, 21-24.
23. Maupomé G., Borges A., Diez J., Irigoyen M. Attitudes toward HIV-infected individuals and infection control practices among a group of dentists in Mexico City – a 1999 update of the 1992 survey. *JADA*, vol. 30 no 1. Febrero 2002. 8-14.
24. Irigoyen M., Zepeda m., Maupomé G., López V. Attitudes of a group of Mexico City residents toward HIV/AIDS in the dental office. *AJIC Global Perspectives*, 2003, vol. 31 no. 1, 231-236.
25. The Phuket Declaration on Oral Health in HIV/AIDS 2004 – A commitment to action. Strengthening the prevention of HIV/AIDS-related oral disease: a global approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 399-401.
26. www.orasure.com
27. UNAIDS. Viven en México 150 mil personas con VIH/SIDA.
28. [Askarian M, Mirzaei K, Cookson B.](#) Knowledge, Attitudes, and Practice of Iranian Dentists with Regard to HIV-Related Disease. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2007 Jan ; 28(1):83-7.
29. Chan R, Khoo L, Goh CL, Lam MS. A knowledge, attitudes, beliefs and practices (KABP) survey on HIV infection and AIDS among doctors and dental surgeons in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*. 1997 Sep;26(5):581-7.

30. Darling M, Arendorf T, Samaranayake LP. Oral care of HIV-infected patients: the knowledge and attitudes of South African dentists. *J Dent Assoc S Afr.* 1992 Sep;47(9):399-402.
31. Rudolph MJ, Ogunbodede EO. HIV infection and oral health care in South Africa. *SADJ.* 1999 Dec;54(12):594-601.
32. Kiatura H., Adachi N., Kobayashi K. Knowledge and attitudes of Japanese dental health care workers towards HIV-related disease. *J Dent.* 1997 May-Jul;25(3-4):279-83.
33. Samaranayake LP, figueiredo HM., Rowland CA., Aitchison K. Comparison of the attitudes of hospital dentists and dental students in Glasgow. Uk and Los Angeles, USA, towards treatment of AIDS and HB. *Am J Dent.* 1990 Feb;3(1):9-14.
34. Bray F, Chapman S. AIDS and dentistry in Australia: knowledge, infection control practices and attitudes to treatment in a random sample of Australian dentists. *Community Health Stud.* 1990;14(4):384-93.
35. Sote EO. AIDS and infection control: experiences, attitudes, knowledge and perception of occupational hazards among Nigerian dentists. *Afr Dent J.* 1992;6:1-7.
36. Centers for Disease Control. Morbidity and Mortality Weekly Report. Guidelines for Infection Control in Dental Health Care Settings- 2003. Diciembre 19, 2003.
37. Rankin KV., Jones DL., Rees TD. Attitudes of dental practitioners and dental students towards AIDS patients and infection control. *Am J Dent.* 1993 Feb;6(1):22-26.
38. Hu S. The influence of professional degree on the knowledge of HIV, HBV and HCV infections in dentistry practice. *Ann Ig.* 2005 May-Jun;17(3):185-96.
39. Pruebas rápidas para detectar VIH. 11 de octubre de 2005. Censida.
40. www.cdc.gov
41. Brener L. Survey of the knowledge and practice of infection control among dental practitioners. *Braz J Infect Dis.* 2000 Dec;4(6):291-5.
42. Kaimenyi JT, Ndungu FL. Knowledge, attitudes and practices towards HIV positive and AIDS patients among public service dentists in Nairobi. *Afr J Health Sci.* 1994 Aug;1(3):116-121.

43. Crossley ML. An investigation of dentists' knowledge, attitudes and practices towards HIV+ and patients with other blood-borne viruses in South Cheshire, UK. *Br Dent J.* 2004 Jun 26;196(12):749-54, quiz 780.
44. Seacat JP, Inglehart MR. Education about treating patients with HIV infection /AIDs: the student perspective. *J Can Dent Assoc.* 1995 Jun;61(6):519-25
45. Rohn EJ, Sankar A, Hoelscher DC, Luborsky M, Parise MH. How do social-psychological concerns impede the delivery of care to people with HIV? Issues for dental education. *J Dent Educ.* 2006 Oct;70(10):1038-42.
46. McCarthy GM, Koval JJ, MacDonald JK, John MA. The role of age- and population-based differences in the attitudes, knowledge and infection control practices of Canadian dentists. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1999 Aug;27(4):298-304.
47. López V., Lara N., Enseñanza, investigación y práctica profesional de la odontología mexicana en el año 2003. *Revista de Ciencias Clínicas* 2006, Vol. 7 Núm. 1 Enero- junio, pp 23-29.
48. www.founam.mx
49. www.censida.org.mx

ANEXO

CUESTIONARIO SOBRE VIH/SIDA

El objetivo de este cuestionario es conocer las actitudes, conocimientos y prácticas, hacia individuos VIH+ y personas que viven con SIDA. Ésta es una encuesta anónima y voluntaria. La participación no afecta calificaciones.

Género: 1. Femenino 2. Masculino Edad: _____ Año que cursa: _____

Tiempo con actividad clínica en paciente: _____

Número aproximado de pacientes que ha tratado durante su carrera: _____

INDICACIONES: SUBRAYE LA OPCIÓN QUE CONSIDERE ADECUADA.

1. ¿Cómo percibe su preparación sobre VIH/SIDA a nivel licenciatura para brindar tratamiento **DENTAL** a un paciente VIH+/SIDA?

1. suficiente

2. aceptable

3. insuficiente

2. ¿Cómo califica su capacidad para identificar manifestaciones bucales propias de enfermedades sistémicas?

1. suficiente

2. aceptable

3. insuficiente

3. ¿Cuál de las 7 lesiones cardinales en boca, asociadas con VIH/SIDA conoce? ¿Podría diagnosticarlas clínicamente? ¿Conoce su tratamiento? **Conteste SI o NO según sea el caso**

NOMBRE DE LA LESIÓN	DX (SI / NO)	TX (SI / NO)
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		

4. Si existiera una prueba rápida que detectara anticuerpos anti VIH en saliva, ¿estaría dispuesto a aplicarla rutinariamente a todos sus pacientes?

1. si

2. no

5. ¿Estaría dispuesto a recibir entrenamiento para la aplicación e interpretación de esta prueba, aconsejaría pre y post test?

1. si

2. no

6. Utilizaría esta prueba en sus pacientes para:

1. condicionar su tratamiento dental

3. detectar y reportar nuevos casos

2. prevenir infecciones cruzadas

4. otra: _____

7. ¿Considera una obligación **PROFESIONAL** dar atención dental a pacientes VIH+/SIDA que así le solicitan?

1. si

2. tal vez

3. no

8. ¿Cómo considera su obligación **MORAL** de brindar dicha atención a estos pacientes?

1. muy fuerte

2. moderada

3. nula

9. ¿Le gustaría actualizar su conocimiento en medicina bucal para identificar, diagnosticar y tratar las lesiones bucales asociadas con SIDA?

1. si

2. tal vez

3. no

10. Cinco de las siete lesiones cardinales asociadas con SIDA, pueden ser tratadas por el odontólogo, ¿estaría dispuesto a hacerlo en su practica privada?

1. si

2. tal vez

3. no

11. ¿Remitiría a clínicas especializadas a los pacientes VIH+/SIDA que le soliciten tratamiento de operatoria dental, refiriendo su condición desde la primera cita? **Elija solo una respuesta.**

1. no lo remitiría
2. solo si presenta lesiones bucales asociadas con SIDA
3. solo atendería sus padecimientos de urgencia
4. lo remito sin atenderlo

12. Tomando en cuenta que CONASIDA/CENSIDA, es una dependencia que **NO** brinda atención clínica, ¿conoce alguna institución donde podría remitir a los pacientes VIH+/SIDA, para su tratamiento bucal?

1. si _____ (especifique)
2. no

13. Si un paciente resulta positivo a la prueba rápida en saliva para VIH aplicada por usted:

1. continua atendéndolo
2. lo remito

14. ¿Como califica su temor a ser expuesto ocupacionalmente a VIH?

1. muy fuerte
2. moderado
3. nulo

15. ¿Considera que es más fácil contagiarse de VIH que de Hepatitis B?

1. si
2. no
3. es el mismo riesgo

16. ¿Está vacunado contra la Hepatitis B?

1. si
2. no

17. ¿Cree que la prueba rápida para VIH en saliva debe ser aplicada por los dentistas?

1. desde luego
2. tal vez
3. no les corresponde

18. ¿Cree que los dentistas de ejercicio privado y público deberían aplicar esta prueba en su consulta?

1. todos deberían
2. solo el sector privado
3. solo el sector público

19. Al realizar la historia clínica, ¿alguna vez ha detectado en sus pacientes signos o síntomas propios de SIDA?

1. si

2. no

3. no sé

20. ¿Ha atendido dentalmente algún paciente VIH+/SIDA conciente de su condición sistémica?

1. si

2. no

3. no sé

21. ¿Qué medidas en control de infecciones adoptaría al atender a un paciente VIH+/SIDA?

1. las mismas que para todos mis pacientes

2. uso de doble guante, careta y doble cubrebocas

3. no conozco las medidas de control de infecciones

4. otra: _____

22. ¿Cree posible haber atendido a un paciente VIH+/SIDA sin percatarse de su condición sistémica?

1. si, es posible

2. no, imposible

3. no sé

23. ¿Cree que sea necesario adoptar medidas especiales para el manejo del instrumental dental, usado en un paciente VIH+/SIDA?

1. si _____ (qué medidas)

2. no

24. ¿Cree que el atender personas VIH+/SIDA, provoque rechazo en sus demás pacientes?

1. si

2. tal vez

3. no

25. ¿Conoce el contenido de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH (NOM-010-SSA2-1993)?

1. si

2. no

26. Durante sus estudios de licenciatura, ¿recibió educación sobre el manejo confidencial de la información médica de sus pacientes?

1. si

2. no

27. ¿Qué tanto confía en su preparación en Control de infecciones, como para atender a un paciente VIH+/SIDA y estar seguro ocupacionalmente?

1. mucho

2. poco

3. nada

28. ¿Qué tan probable es que acuda a su consultorio un paciente VIH+/SIDA solicitando tratamiento dental?

1. muy probable

2. medianamente probable

3. poco probable

29. ¿Conoce el número de casos de VIH+/SIDA registrados a nivel nacional?

1. si _____ 2. no

30. ¿Conoce personalmente algún individuo VIH+ o persona que vive con SIDA?

1. si _____ 2. no