



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

OPINIONES Y PRÁCTICAS DEL CIRUJANO DENTISTA
RECIÉN EGRESADO Y DIRECTORES DE ESCUELAS Y
FACULTADES DE ODONTOLOGÍA SOBRE VIH/SIDA,
CONTROL DE INFECCIONES Y LA PRUEBA RÁPIDA EN
FLUIDO BUCAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

YADIRA OLGUIN BARRETO

TUTOR: Dr. ADELFO ENRIQUE ACOSTA GÍO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar el agradecimiento más profundo y sentido va para mi familia. A mis padres María Luisa y Juan Manuel por su ejemplo de lucha, por cuidarme, apoyarme y acompañarme en el camino. A mi hermana Carolina por su paciencia, inteligencia y generosidad, a mi hermana Erika por su tenacidad y superación, a mi hermana Karin por seguir siendo parte de mi vida y ser un ejemplo de valentía, capacidad y superación, así como a mi sobrina Paola y a Dios.

A mis amigos América, Isabel, Felipe, Damaris, Eduardo, Eunice, Yazmin, Celene, David, Alfonso, y si he dejado de nombrar a muchas personas que me han ayudado de una forma u otra en este trabajo, en gran parte para no extenderme en exceso. Ellos ya saben quiénes son y tiene mi más sincera gratitud por estar conmigo en este periodo largo y, en ocasiones, tan difícil, han logrado que siguiera avanzando hacia mi objetivo.

A mi tutor el Dr. Enrique Acosta que creyó en mí, me ha ayudado y apoyado en todo momento. Ha corregido minuciosamente este trabajo y me ha dado la posibilidad de mejorarlo.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE

Capítulo I

1. Introducción	3
2. Marco teórico	6
3. Antecedentes	15
3.1 VIH/sida en México	
3.2 VIH/sida y el odontólogo	
3.3 Manifestaciones bucales	
3.4 Importancia de la identificación temprana	

Capítulo II

4. Planteamiento del problema	18
5. Justificación	19
6. Objetivos	20
6.1 General	
6.2 Específico	
7. Hipótesis	21
7.1 Ha1	
7.2 Ho1	

Capítulo III

8. Metodología	22
8.1 Material y método	
8.2 Tipo de estudio	
8.3 Población de estudio y tamaño de la muestra	
8.4 Criterios de inclusión	
8.5 Criterios de exclusión	
8.6 Definición operacional y escala de medición de las variables	
8.7 Análisis de la información	
8.8 Consideraciones éticas	
8.9 Recursos	
8.9.1 Humanos	
8.9.2 Materiales	

Capítulo IV

9. Resultados	32
---------------	----

Capítulo V

10. Discusión	44
11. Conclusiones	50
12. Publicaciones arbitradas producto de esta encuesta	53
13. Referencias Bibliográficas	54
Anexos	62

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

“Tras más de 25 años de esfuerzo, desde la declaración de los primeros casos de sida, la epidemia de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) sigue siendo un reto para la sociedad, las instituciones sanitarias y sus profesionales, tanto en la esfera preventiva como en la asistencial, 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 dar 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.”¹

Aunque los dentistas han sido capacitados en VIH, sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), control de infecciones y prueba rápida en saliva para la detección de anticuerpos VIH, existen aún lagunas en el manejo de algunos conceptos. El cirujano dentista en el siglo XXI, tiene la oportunidad de brindar una atención dental de calidad a personas con VIH, participando activamente en su diagnóstico oportuno y remisión a terapia antirretroviral. Sin embargo, para lograrlo

es necesario que esté capacitado para proveer un servicio de salud que ofrezca atención personalizada.

En este sentido, el desconocimiento del manejo de la información sobre VIH, sida, control de infecciones y la prueba rápida en fluido bucal constituye un factor de riesgo ya que día a día se determinan tasas de mortalidad mayores que no solo afectan a los adultos, debido a que la infección por VIH por lo general se descubre en una etapa avanzada, durante el curso del tratamiento médico y a menudo en el cuidado de complicaciones del sida.

A través de la detección de las deficiencias en la formación de los cirujanos dentistas hacia los pacientes con VIH, se pueden implementar cambios curriculares que las subsanen para que puedan contribuir positivamente en el diagnóstico temprano, prevención y tratamiento de esta enfermedad. La epidemia del VIH nos ha demostrado que es una obligación de todo profesional de salud colaborar activamente en la campaña internacional contra el VIH; por lo que será trascendental que los estudiantes de odontología estén preparados para ofrecer servicios de atención bucal de calidad a personas con VIH.

El objetivo de este estudio es analizar la opinión acerca de la información y desempeño clínico de los odontólogos recién egresados frente a pacientes con VIH. En contraste con la visión de los directores de escuelas y facultades en cuanto a la formación curricular que al respecto brindan. Así como la información que ambos grupos tienen respecto al manejo del control de infecciones y la prueba rápida en fluido bucal.

2. MARCO TEÓRICO

El lenguaje utilizado para hablar o escribir acerca del VIH, es muy importante, ya que la elección de palabras puede repercutir positiva o negativamente en la respuesta a la epidemia. Con el paso del tiempo, y sustentándose en los continuos avances en la prevención y el tratamiento del VIH, varias instituciones han formulado normas para reducir la ocurrencia de términos inexactos, así como el uso de palabras condescendientes, sentenciosas o despectivas al momento de referirse a las personas afectadas por VIH o a los grupos vulnerables, por lo cual, nos apegaremos en las normas existentes propuestas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Propone una terminología apropiada para la fase actual de la epidemia y contextualizada a la respuesta de América Latina y el Caribe al VIH. ²

El VIH, es el virus causante del sida, esquemáticamente la estructura del VIH está constituida por 3 capas: Externa o envoltura lipoproteíca, intermedia o matriz y la interna, core o nucleocapside. (Fig. 1)

ESTRUCTURA DEL VIH

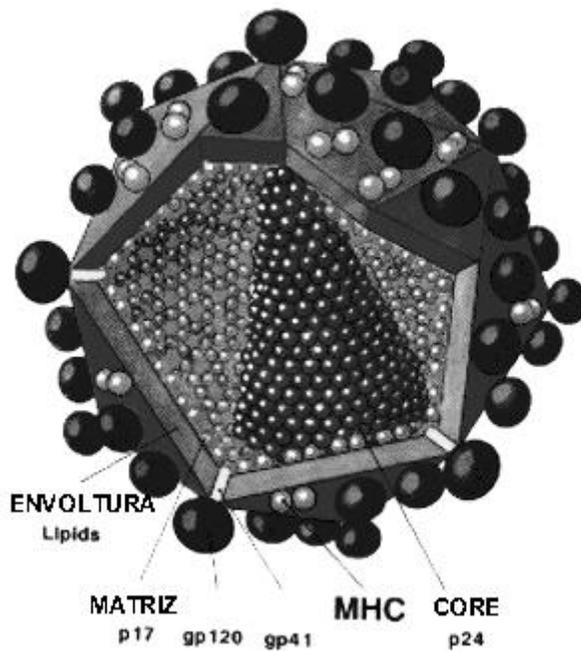
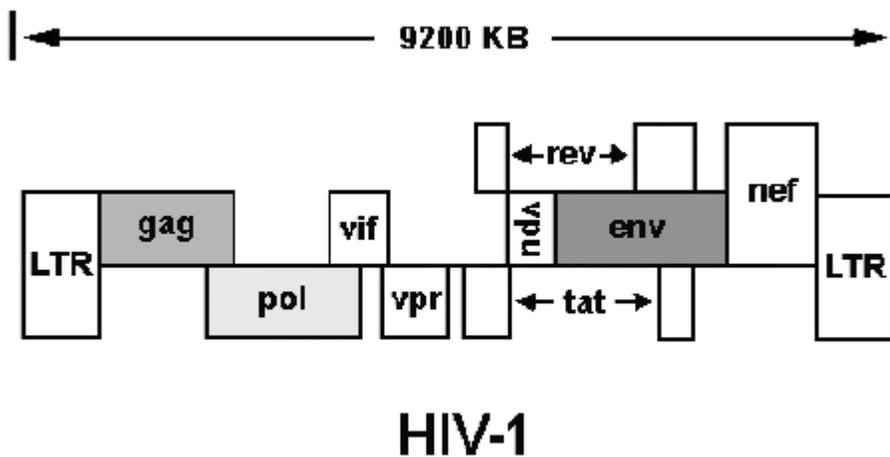


Fig. 1 Estructura del VIH

El genoma posee genes que codifican los diferentes elementos virales. Existen 3 genes estructurales **gag**, **pol** y **env**, y diversos genes reguladores. (Fig. 2)



HIV-1

Fig.2 Genes estructurales

El Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) incluye al VIH en el género Lentivirus, encuadrado en la subfamilia Orthoretrovirinae de la familia Retroviridae. Fue descubierto e identificado como el agente de la naciente epidemia de sida por el equipo de Luc Montagnier en Francia en 1983.³

En español la palabra “sida” forma ya parte de la lengua vernácula oficial y se escribe con minúsculas, como la mayoría de las enfermedades. El sida afecta a los humanos infectados por el VIH, se padece de sida cuando el organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones que los aquejan.⁴

Cabe destacar la diferencia entre estar infectado por el VIH y padecer de sida. Una persona infectada por el VIH es seropositiva, y desarrolla un cuadro de sida cuando su nivel de linfocitos T CD4 (que son el tipo de células a las que ataca el virus) desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre.⁴

Ha surgido una gran preocupación por parte del gremio odontológico y sus pacientes acerca de la prevención de enfermedades infectocontagiosas, en vista de la gran difusión que han tenido en los medios informativos.

La posibilidad de contagiarse a través del fluido bucal y gingival y/o de la sangre, conlleva a que tanto el odontólogo como sus pacientes, consideren al consultorio dental como un lugar de riesgo a contagios.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en 2003 anunciaron la iniciativa: “Avanzando en la prevención del VIH” nuevas estrategias

para el cambio en la epidemia” (AHP).⁵ Dicha propuesta multifacética señaló la importancia de ofrecer las pruebas para el diagnóstico de VIH de manera rutinaria, además señaló, la importancia de usar la prueba rápida para detectar anticuerpos VIH para facilitar el acceso al diagnóstico temprano en áreas de prevalencia alta.

En recientes recomendaciones los CDC aconsejaron a los profesionales de la salud, utilizar las pruebas diagnóstico de VIH en adolescentes, adultos y mujeres embarazadas como parte de la rutina de cuidados clínicos en todos los centros de salud, dándosele al paciente la opción de negarse a la aplicación de la prueba, sin poner en riesgo la buena relación, entre el paciente y el clínico. A fin de incrementar el número de pruebas aplicadas a pacientes incluyendo mujeres embarazadas, en todos los centros de salud; fomentar la detección temprana de la infección por VIH; identificar y brindar orientación a pacientes que no reconocen su infección por VIH y canalizarlos a servicios clínicos y de prevención; además de reducir la transmisión perinatal del VIH.⁶ Dichas pruebas pueden tener un papel importante en las actividades de prevención del VIH y al ampliar su uso en áreas clínicas y no clínicas pueden ayudar a superar las barreras que evitan el diagnóstico temprano y mejorar los vínculos de cuidados de salud a las personas con VIH.⁷

En la actualidad son cuatro las pruebas rápidas que han sido aprobadas por la US Food and Drug Administration (FDA): OraQuick® (y la reciente versión de OraQuick® Advance) prueba rápida para detectar anticuerpos para VIH-1 y VIH-2, un producto de OraSure Technologies, Inc. y Bethlehem, PA; la segunda prueba es Reveal™ (y su nueva versión Reveal™ G2) que ofrece una prueba rápida para detectar anticuerpos anti VIH-1 y fabricada por los laboratorios MedMira; la tercer

prueba rápida para VIH es Uni-Gold Recombigen® fabricada por Trinity BioTech, Bray, Ireland; y Multispot, la prueba rápida para VIH-1 y VIH-2 es elaborada por Bio-Rad Laboratories, Redmond, WA. Todas estas pruebas rápidas al igual que las convencionales para detectar VIH, en caso de dar un positivo, requieren pruebas confirmatorias. Cada una de ellas tiene características únicas, aunque comparten peculiaridades entre sí, por ejemplo: cómo trabajan, el uso de controles externos y otros requisitos como las hojas de información acerca del producto que son provistas a los pacientes. Todas las pruebas son de interpretación visual y no requieren instrumentación especial. Los antígenos VIH son añadidos a la prueba por barrera o membrana. Si los anticuerpos anti-VIH están presentes en el espécimen que está siendo analizado, ellos se unirán al antígeno añadido. El reactivo colorante incluido en el equipo de la prueba, encuentra a estas inmunoglobulinas creando un indicador que es visualmente detectable.⁷

La Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) desde 1988, regula todas las pruebas de laboratorio⁸, quien además, clasifica dichas pruebas de acuerdo a su complejidad. Para recibir un “CLIA waived”, las pruebas deben ser, usadas directamente, no tener que procesar especímenes y realizarse fácilmente con un insignificante margen de error, pueden ser realizadas por personas sin entrenamiento formal de laboratorio y fuera de los laboratorios tradicionales. Las pruebas rápidas “CLIA-waived” para VIH, deben ser registradas por su laboratorio en el programa CLIA y añadir en las instrucciones de fábrica, la forma en cómo se realiza la prueba. OraQuick® y Uni-Gold Recombigen® son “CLIA-waived”; y Reveal™ y Multispot son catalogadas como de “moderada complejidad”⁷.

El 7 noviembre de 2002, la FDA aprobó la prueba rápida para detectar anticuerpos anti-VIH OraQuick® para usarse en exámenes con sangre obtenida de punciones digitales; dicha prueba recibió la categoría CLIA-waived en enero de 2003. Subsecuentemente, OraQuick recibió la aprobación para ser utilizada con sangre y plasma obtenida de una muestra de sangre venosa (OraQuick® para usarse en plasma es considerada como de “moderada complejidad” por CLIA). El 26 de marzo de 2004 la FDA aprobó OraQuick® Advance para usarse en fluido bucal en la búsqueda de la detección del VIH-1 y VIH-2. Esta es la única prueba rápida para detectar anticuerpos anti-VIH que ha sido aprobada en los Estados Unidos por la FDA para ser usada en fluido bucal. ⁹

La prueba OraQuick® es la que se muestra a continuación (fig.3). El dispositivo tiene forma de remo y contiene una banda de nitrocelulosa; encima de esta, con una línea se representa al péptido sintético gp41 que distingue al VIH-1 y el péptido gp36 distinguirá al VIH-2, éstos serán aplicados en la letra “T” (test) del dispositivo; mientras que la banda que corresponde a la letra “C” (control) representará a las inmunoglobulinas IgG. La prueba rápida para detectar anticuerpos anti-VIH en fluido bucal no se trata de una prueba que trabaje en saliva, debido a que la saliva se produce directamente en las glándulas salivales y está compuesta en su mayoría por agua, y para su obtención debería ser una prueba que se realice directamente en la glándula, por el diseño de la prueba esta se realiza en fluido bucal, el cual se encuentra en encías, carrillos, dientes, lengua y está compuesta de saliva, proteínas C-radiactiva, lisozima, lactoferrina, transferrina, además se han encontrado citocinas proinflamatorias, por mencionar algunas. ¹⁰Para realizar la prueba, la persona que será analizada, con ayuda del

proveedor del servicio de salud, debe pasar suavemente el dispositivo sobre la encía adherida de ambas arcadas, superior e inferior, y después colocar el dispositivo en el recipiente que contiene una solución reveladora. Después de 20 minutos, el dispositivo de la prueba indicará la presencia o ausencia de anticuerpos anti-VIH, mediante la aparición de dos líneas rojo-púrpuras en una pequeña ventana del dispositivo¹¹. Si los anticuerpos anti-VIH están presentes en el espécimen, ellos se unirán a los péptidos provocando que aparezca una línea roja en la ventana de la letra “T” del dispositivo. Si los especímenes IgG fueron adecuadamente añadidos también aparecerá la línea roja en la ventana de la letra “C”, lo cual nos indicará que la prueba trabajó correctamente. Los resultados deben ser leídos luego de 20 minutos y antes de 40 minutos después de que el dispositivo haya sido insertado dentro de la solución reveladora. Una línea roja en la ventana de “test” y otra línea en “control” indican que el resultado de la prueba es válido; una sola línea roja en “control” indica que el resultado de la prueba es negativo-válido. La prueba se considera inválida y debe ser repetida con un nuevo dispositivo si no aparece ninguna línea en las ventanas de “test” y “control”, o las líneas aparecen fuera de las áreas indicadas por los triángulos¹².



Fig. 3 OraQuick®

Un resultado negativo no requiere que se realice una prueba confirmatoria. Un “falso negativo”, aunque raro, puede ocurrir en una persona que ha sido recientemente infectada pero que no ha desarrollado aún anticuerpos contra el virus (periodo de ventana). Además, aquellos pacientes que resulten negativos a la prueba pero que sepan o sospechen de una posible exposición a VIH reciente, deben ser instruidos para que se realicen otra prueba después de 3 meses aproximadamente, después de la fecha de exposición¹³. Adicionalmente, un resultado “falso negativo” en la prueba rápida para el VIH ha sido observado en algunos pacientes que reciben terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) con carga viral indetectable y cuyos niveles de anticuerpos anti-VIH están por debajo del rango de detección de la prueba¹⁴.

Actualmente OraQuick ADVANCE ®, se aplica en el Instituto de Perinatología, Hospital Gineco-infantil de León Guanajuato, CENSIDA y PROJECT HOPE y CAPPSSIDA,¹⁵ sitios que proporcionan servicios de salud, tales como áreas labor

de parto y nacimientos¹⁶, clínicas ambulatorias¹⁷, departamentos de urgencias^{18,17}, y también para atender exposiciones ocupacionales²⁰⁻²².

Aunque las pruebas rápidas “CLIA-waived” para VIH son fáciles de usar y pueden ofrecer resultados verdaderos cuando las instrucciones del fabricante son seguidas, los errores pueden ocurrir en alguna parte del proceso, desde el almacenamiento y la temperatura del lugar hasta la realización de la prueba y la interpretación de resultados. Por ejemplo, para óptimos resultados, la prueba debe almacenarse en un ambiente cuya temperatura oscile entre los 2° y 27° C; en lugares con temperatura cálida, es recomendable mantenerla en refrigeración (2°-8° C), pero cuando vaya a usarse, debe ser retirada del refrigerador y esperar a que adquiera una temperatura entre 15° y 27°C antes de ser abierta. Para reducir los errores y asegurar que los lineamientos de la FDA sean seguidos, el Departamento de Salud de los Estados Unidos a través de los CDC, la misma FDA, el Departamento de Defensa (DOD) y CMS, desarrollaron la guía *Quality Assurance Guidelines for Testing Using OraQuick® Rapid HIV-1 Antibody Test*, a fin de proveer asesoría durante los procesos y procedimientos de aplicación de la prueba rápida, y asegurar alta calidad de los servicios de salud que ofrecen dicha prueba.

Los procedimientos para el control de infecciones deben ser eficientes para el control del sida y de enfermedades de alto potencial infeccioso, ya que éstos deben estructurarse como procedimientos universales de prevención y control de infecciones, como todas aquellas medidas de higiene y esterilización que deben

ser adoptadas, ya que con estas disminuyen los riesgos de infección postoperatoria y facilitan la curación subsecuente a procedimientos quirúrgicos.²³

3. ANTECEDENTES

Las pandemias de VIH y del sida se han convertido en una catástrofe humana, social y económica con consecuencias de largo alcance para los individuos, las comunidades y los países. Ninguna otra enfermedad ha puesto tan dramáticamente en relieve las actuales disparidades y desigualdades en el acceso a la atención de salud, las oportunidades económicas y la protección de los derechos humanos elementales.²⁴

A nivel mundial a finales del 2007 se estimaba que 33.2 millones de personas vivían con el VIH. Las Naciones Unidas dicen que el 90% de todos aquellos que son VIH+ en el mundo no conocen su estado, 12,000 personas alrededor del mundo serían infectadas hoy y no lo sabrían hasta el año 2013.²⁵ La importancia relativa de los distintos modos de transmisión varía de una región del mundo a otra, desde que se reportó el primer caso en 1981.²⁶

VIH/sida en México

En México el número de personas infectadas por el VIH de 1995 al 2008 es de 42,042; en cuanto a casos de sida según año de registro y notificación, se reportan 121,718 personas.²³

Además, en México cada día adquieren el virus 15 personas más, siendo que el 50% de las nuevas infecciones se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años de edad, grupo considerado de mayor riesgo. El principal modo de transmisión del VIH es el contacto sexual, por el uso de jeringas contaminadas entre adictos, la transmisión

de la madre al niño, y en el medio sanitario por la transfusión de sangre contaminada.²³

VIH/sida y el odontólogo

La epidemia producida por el VIH ha ocasionado en los últimos años, cambios en la atención odontológica. Esto se debe principalmente a la percepción de un riesgo ocupacional adicional de contagio dentro del consultorio dental al tratar de detectar a un paciente con VIH, modificando sus cuestionarios médicos, enfocándolos a detectar exclusivamente factores de riesgo para adquirir el VIH.

Incluso se han analizado las manifestaciones de la mucosa bucal asociadas al VIH, con la finalidad de conocer su valor para identificar a un paciente infectado con VIH. Sin embargo, estas lesiones no son patognomónicas de infección de VIH a pesar de su alta prevalencia.²⁷

Manifestaciones bucales

En los pacientes infectados por VIH, las manifestaciones bucales asociadas con esta infección juegan un papel importante debido a su presencia, que varía entre 37% y 60%^{28,29}, en diferentes grupos, así como, por el deterioro en la calidad de vida que algunas lesiones bucales pueden causar al afectar funciones como la deglución y la masticación, tales como las úlceras recurrentes, la periodontitis ulcero-necrosante y las lesiones avanzadas de sarcoma de Kaposi.³⁰

Cabe mencionar que estas manifestaciones no son un indicativo de VIH o sida, ya que debido a la detección temprana y a el TARAA, estas han ido en disminución, aunque no hay una investigación de esto en México, pero si en otras partes de América Latina como en Brasil.³⁰

Importancia de la identificación temprana

Una identificación temprana es preferible, por lo que podría agilizar el acceso al cuidado apropiado e incrementar la proporción de pacientes VIH+ que reciben tratamiento, además mejorar la calidad de cuidados para las personas y las poblaciones.³¹ Aproximadamente 25% de los individuos VIH+ desconocen que están infectados y son fuente del 67% de las nuevas infecciones en los Estados Unidos.³²

La prueba para la detección temprana del VIH es un instrumento para identificar individuos infectados, a los cuales, se les redirige a realizarse una prueba confirmatoria y de ser positivos, proporcionarles acceso a la terapia antirretroviral.

La prueba ha sido utilizada en numerosos sitios donde se proporcionan servicios de salud, tales como clínicas ambulatorias, departamentos de urgencias, servicios de atención intrahospitalaria, áreas de enfermería en centros de readaptación social y también para atender exposiciones ocupacionales.³³

La FDA autorizó la comercialización de la prueba rápida para detectar anticuerpos anti VIH en fluido bucal (Ora Quick). 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.³⁴ El uso correcto de esta prueba nos dicen los CDC³⁵ es identificar los casos previamente no detectados para remitirlos a terapia antirretroviral.

CAPÍTULO II

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de información sobre el manejo del paciente VIH+, prácticas de control de infecciones y de la disponibilidad de las pruebas diagnósticas, podría llevar a el profesional de la salud a brindar un servicio de atención deficiente, debido a que la epidemia producida por el VIH ha ocasionado en los últimos años, diversos cambios en la atención odontológica, principalmente debido a la percepción de un riesgo ocupacional adicional de contagio dentro del consultorio dental.

Por lo que se formula la pregunta ¿Cuáles son las opiniones y prácticas del cirujano dentista recién egresado y de los directores de escuelas y facultades de odontología sobre VIH/sida, control de infecciones y la prueba rápida en fluido bucal?

5. JUSTIFICACIÓN

Si los profesionales de la salud bucal, recibieran capacitación y entrenamiento adecuados sobre la prueba para la detección temprana del VIH, se podría reducir la tasa de incidencia de pacientes con VIH, además, podría realizarse una contribución significativa mediante la evaluación médica oportuna. Adicionalmente, su participación dentro del equipo multidisciplinario de salud podría ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes VIH+.

Por lo tanto es necesario que el cirujano dentista esté capacitado para brindar una atención bucodental de calidad a personas con VIH y a pacientes con sida, mediante la participación activa en el diagnóstico oportuno y remisión a terapia antirretroviral. La identificación de posibles deficiencias en las opiniones y prácticas nos proporcionaría la información necesaria para realizar intervenciones educativas que ayuden a mejorar la atención a los pacientes VIH, el manejo del control de infecciones, y de las pruebas rápidas en fluido bucal.

6. OBJETIVOS

6.1 GENERAL

Analizar las opiniones y prácticas respecto a la atención a los pacientes VIH/sida, control de infecciones y las pruebas rápidas en fluido bucal, en una muestra de cirujanos dentistas recién egresados y otra muestra de directores de escuelas y facultades de odontología.

6.2 ESPECÍFICOS

- Identificar lo que interpretan los cirujanos dentistas recién egresados y de los directores de escuelas y facultades de odontología sobre la responsabilidad de procurar la salud integral del paciente,
- Conocer la opinión de los cirujanos dentistas recién egresados y de los directores de escuelas y facultades de odontología sobre el riesgo de infección por VIH, su opinión sobre la identificación de pacientes VIH+, obligación moral y profesional de brindar atención dental a pacientes VIH.
- Identificar las opiniones y prácticas de los cirujanos dentistas recién egresados y de los directores de escuelas y facultades de odontología sobre el cumplimiento del control de infecciones en la clínica, transmisión de virus presentes en sangre, protocolo de esterilización del instrumental empleado con pacientes VIH positivos.
- Identificar las opiniones y prácticas de los cirujanos dentistas recién egresados y de los directores de escuelas y facultades de odontología respecto al conocimiento de VIH/sida para la aplicación de pruebas rápidas

- Conocer las prácticas de los cirujanos dentistas recién egresados y de los directores de escuelas y facultades de odontología sobre la atención a pacientes VIH.
- Identificar las prácticas de los cirujanos dentistas recién egresados y de los directores de escuelas y facultades de odontología sobre el manejo del control de infecciones y procedimientos por escrito al accidentarse con instrumental contaminado.

7. HIPÓTESIS

Ha1: Los dentistas recién egresados y los directores de escuelas y facultades de odontología, tienen deficiencias para proveer un servicio de salud que ofrezca atención personalizada en la prevención, identificación, diagnóstico y tratamiento de pacientes VIH/sida, el manejo del control de infecciones, y la prueba rápida en fluido bucal.

Ho1: Los dentistas recién egresados y los directores de escuelas y facultades de odontología, no tienen deficiencias para proveer un servicio de salud que ofrezca atención personalizada en la prevención, identificación, diagnóstico y tratamiento de pacientes VIH/sida, el manejo del control de infecciones, y la prueba rápida en fluido bucal.

CAPÍTULO III

8. METODOLOGÍA

8.1 MATERIAL Y MÉTODO

Se aplicó una encuesta de 50 preguntas, 20 con opción de respuesta en cuanto a su opinión “muy fuerte”, “fuerte”, “regular”, “bajo”, “muy bajo”; 22 preguntas con respuesta de “sí”, “no”, “no sé” respecto a la realidad en las escuelas y facultades de odontología de los encuestados, 5 preguntas abiertas en las que se les cuestionó sobre: universidad donde estudió, generación (licenciatura), institución o plantel de adscripción actual, ciudad o población, y entidad federativa del encuestado, así como su promedio obtenido en la licenciatura. Además de 3 preguntas que solo se aplicaron a la muestra de directores, donde se les preguntó con respecto a la prueba en fluido bucal: si la emplearían en sus clínicas de enseñanza, cuánto creen que podrían invertir (en pesos) inicialmente para adquirir estas tecnologías y cuánto creen que pagaría cada paciente, adicional a su tratamiento dental, para realizarse la prueba.

Dicha encuesta fue resuelta de manera anónima más no confidencial, de un tiempo estimado de 15 minutos para completar la encuesta.

8.2 TIPO DE ESTUDIO

Transversal.

8.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra de conveniencia no probabilística estuvo compuesta por dentistas inscritos el curso propedéutico para ingresar a posgrado de odontología, y una muestra de directores de escuelas y facultades de odontología.

8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Dentistas de ambos sexos, inscritos en el propedéutico como aspirantes a un posgrado de la Facultad de Odontología UNAM.
- Directores de escuelas y facultades de odontología inscritos en la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (FMFEO).

8.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Dentistas y alumnos de odontología sin importar sexo que se encuentren estudiando un posgrado o licenciatura en alguna escuela y/o facultad de odontología.
- Personal administrativo que no realice la función de director de escuelas y/o facultad de odontología.

8.6 Definición operacional y escala de medición de las variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	DESCRIPCIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE				
Opinión	Modo de juzgar sobre una cuestión, concepto que se forma o tiene de una cosa cuestionable.	<p>¿Somos responsables por procurar la salud integral del paciente?</p> <p>¿De rutina debemos evaluar al paciente sobre riesgo de infección por VIH?</p> <p>¿Debemos identificar VIH positivos y remitirlos para su tratamiento antiviral?</p> <p>¿Los profesores deben hacer cumplir el control de infecciones en la clínica?</p> <p>¿Los VIH positivos deben ser tratados en clínicas dentales especializadas?</p> <p>¿Para el dentista el VIH es un riesgo ocupacional mayor que el VHB?</p> <p>¿Debemos aplicar pruebas diagnósticas en saliva para detectar VIH?</p> <p>¿Tenemos la obligación profesional de atender dentalmente VIH positivos?</p> <p>¿Tenemos la obligación moral de atender dentalmente VIH positivos?</p> <p>¿El control de infecciones evita la transmisión de virus presentes en sangre?</p> <p>¿El tratamiento bucodental de VIH positivos debe ser parte de la formación?</p> <p>¿Se requiere entrenamiento para decir al paciente que es VIH positivo?</p>	Nominal, politómica	Se determinarán como: Muy fuerte Fuerte Regular Bajo Muy bajo Difiero (NO)

		<p>¿Debemos permitir que alumnos declinen ver pacientes con virus en sangre?</p> <p>¿Los pacientes de la escuela accederán a pruebas rápidas para VIH?</p> <p>¿Para las escuelas es de poco interés ofrecer pruebas en saliva para VIH?</p> <p>¿La detección temprana por el dentista beneficia al paciente con VIH?</p> <p>¿El VIH es un riesgo ocupacional muy importante para el cirujano dentista?</p> <p>¿Para el dentista el VHC es un riesgo ocupacional mayor que el VIH?</p> <p>¿En su vida profesional los alumnos atenderán dentalmente VIH positivos?</p> <p>¿Para el dentista la tuberculosis es un riesgo ocupacional mayor que VIH?</p>		
--	--	--	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	DESCRIPCIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE				
Prácticas	Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad.	<p>¿Remitimos individuos VIH positivos para su atención dental en clínicas especializadas?</p> <p>¿Carecemos de conocimientos suficientes sobre VIH/sida para la aplicación de pruebas rápidas?</p> <p>¿En la localidad la prevalencia de VIH/sida es muy baja y es de poca prioridad para el plantel?</p> <p>¿Nuestra localidad tiene una incidencia de VIH/sida mayor a la del país?</p> <p>¿Tenemos acceso a anti-retrovirales en caso de alumno/profesor con exposición ocupacional a VIH</p> <p>¿Carecemos de la vinculación necesaria al sector salud para remitir VIH a tratamiento antiviral?</p> <p>¿Las pruebas en saliva para VIH vinculan más los servicios odontológicos con la salud integral?</p> <p>¿Es muy posible que los pacientes rechacen las pruebas de VIH y prefieran ir a otras clínicas?</p> <p>¿Será un problema mantener la confidencialidad en caso de que un paciente resulte VIH positivo?</p> <p>¿Para todo alumno lesionado con instrumental se investiga VIH, VHB, VHC en sangre del paciente?</p> <p>¿En nuestra localidad va en aumento la demanda de atención dental por los VIH positivos?</p> <p>¿Se sigue un protocolo de esterilización distinto para instrumental empleado con VIH positivos?</p>	Nominal, politómica	Se determinara como: SI NO NO SE

		<p>¿Al ofrecer pruebas en saliva para VIH se promueve una buena imagen de la odontología?</p> <p>¿Las pruebas en saliva para VIH encarecerán la atención dental fuera del alcance del paciente?</p> <p>¿Será difícil para profesores y alumnos dar un resultado VIH positivo al paciente?</p> <p>¿Aplicar las pruebas para VIH entorpecerá el funcionamiento de las clínicas de enseñanza?</p> <p>¿Calificamos la destreza del alumno para examinar rutinariamente los tejidos blandos bucales?</p> <p>¿Las pruebas en saliva para VIH vinculan al plantel con esfuerzos de salud pública?</p> <p>¿Tenemos un procedimiento, por escrito, y damos entrenamiento sobre que hacer al accidentarse?</p> <p>¿Los egresados están capacitados para dar tratamiento dental a pacientes VIH positivos?</p> <p>¿Las pruebas en saliva para VIH promueven la educación en salud y el bienestar en la comunidad?</p> <p>¿En nuestras clínicas hemos detectado pacientes VIH positivos?</p>		
--	--	--	--	--

VARIABLE INDEPENDIENTE				
Generación (Licenciatura)	ciclo en el cual la muestra se encontraba cursando la licenciatura	Registro de las respuestas de los cirujanos dentistas recién egresados y de los directores de escuelas y facultades de odontología sobre la generación en la que curso la licenciatura	Nominal, politómica	Se analizará la referida por el encuestado.
Institución o plantel de adscripción actual	lugar donde se encuentra inscrito o laborando en la actualidad	Registro de las respuestas de los cirujanos dentistas recién egresados y de los directores de escuelas y facultades de odontología sobre la institución o plantel en que estudio licenciatura	Nominal, politómica	Se analizará la referida por el encuestado.

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICAS				
Sexo	Genero	Registro de las respuestas de los cirujanos dentistas recién egresados y de los directores de escuelas y facultades de odontología sobre las deficiencias	nominal, dicotómica	Se determinará como: Masculino, Femenino
Escolaridad	Grado máximo de estudios	Registro de las respuestas del grado máximo de estudios	nominal, politómica	Se determinará como: Licenciatura, Especialidad, Maestría, Doctorado.
Ciudad o población, y entidad federativa.	Lugar de origen	Registro de las respuestas de la ciudad o población, y entidad federativa de origen.	nominal, politómica	Se analizará la referida por el encuestado.

8.7 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Con las respuestas obtenidas se elaboró una base de datos en hoja de cálculo Excel. Mediante el programa JMP v5.0.1 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA). El coeficiente de correlación alfa de Cronbach demostrará la validez de los cuestionarios para de esta manera asegurar que se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes, los respectivos para los recién egresados y para los directores. El valor crítico de $p < 0.05$ será considerado como estadísticamente significativo. Se presentaran los resultados como porcentajes redondeados.

8.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los participantes de este estudio son estrictamente voluntarios. La información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud³⁷ Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

8.9 RECURSOS

8.9.1 Humanos

- Dra. Leonor Sánchez Pérez
- Dr. Enrique Acosta-Gío
- Yadira Olguin Barreto

8.9.2 Materiales

- Cuestionario
- Plumas
- Computadora con paquetería Excel y programa JMP v5.0.1 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA), además conexión a internet.

CAPÍTULO IV

9. RESULTADOS

De 34 directores de escuelas y facultades de odontología que asistieron a la reunión 2007 FMFEO, 23 contestaron el cuestionario siendo un 68% la tasa de respuesta, se solicitó a los directores que entregaran la encuesta o nos la enviaran vía correo electrónico; durante un mes se dio seguimiento de las mismas, pero no hubo respuesta. De los 23 directores participantes el 78% eran hombres, y el 70% de los encuestados eran de escuelas públicas. Los directores encuestados tenían un rango de graduación de licenciatura que iba de 1972 a 1997, nueve se graduaron en los 70, nueve en los 80's, cuatro en la década de los 90, y uno no respondió, tanto el sexo como la edad no fueron estadísticamente significativos.

Los 23 directores encuestados habían completado estudios de posgrado: 65% tenían maestría y 35% otros estudios. Entre los directores la evaluación de respuesta que arrojó el análisis alfa Cronbach, fue de 0.8425.

Los 123 dentistas recién egresados contestaron el cuestionario (tasa de respuesta del 100% de los encuestados) con un alfa de Cronbach de 0.7062. De ellos 65% eran mujeres. El año de la graduación de los dentistas recién egresados de escuelas y facultades de odontología osciló entre 1998 a 2006; 74% se graduó en 2004 y 2006, 3% a finales de los 90 y 23% en el año 2000 a 2003. Las respuestas de los graduados antes de 2003 no tuvieron variaciones estadísticamente significativas en relación de los graduados de 2003 a 2006. Los 123 dentistas recién egresados provenían de 30 diferentes escuelas en 19 estados mexicanos.

Solo 22% de los dentistas recién egresados participantes en la encuesta, fueron alumnos de una de las escuelas o facultades de odontología cuyo director también participó. Durante la aplicación de los instrumentos se procuro que ambos grupos (directores y recién egresados) contestaran sin influencia del otro, respecto a las opiniones y prácticas, ya que ninguno de los 2 grupos de estudio estuvo enterado que se compararían sus respuestas.

VIH (OPINIÓN)

El 57% de los directores y el 45% de los recién egresados opinaron que los odontólogos deben evaluar sistemáticamente el paciente el riesgo de infección por el VIH (Tabla. 1), así como identificar pacientes con VIH y remitirlos para su tratamiento antiviral. Una minoría de los directores y de los recién egresados coincidieron en enfatizar que “los VIH positivos deben ser tratados en clínicas dentales especializadas” ($p = 0,0147$). La mayoría de los directores consideró que tienen la obligación profesional y moral de proporcionar atención odontológica a pacientes con VIH/sida la opinión de los recién egresados fue menos contundente tanto en la obligación profesional ($p = 0.0289$), como en las obligaciones morales. Aproximadamente, dos tercios de los directores y recién egresados consideraron que el tratamiento bucodental del VIH positivos debe ser parte de la formación.

EL 59% de los directores y sólo el 32% de los recién egresados se inclinaron a que en su futura vida profesional los estudiantes proporcionar atención dentales a pacientes con VIH /sida.

Tabla 1. Opiniones relevantes respecto a la educación sobre VIH/ sida*

		Muy fuerte %	fuerte %	Regular %	Bajo %	Muy bajo %	p
Debemos identificar VIH positivos y remitirlos para su tratamiento antiviral.	DEF	57	39	4	0	0	0.006
	DRE	54	29	12	2	2	
De rutina debemos evaluar al paciente sobre riesgo de infección por VIH.	DEF	57	39	4	0	0	
	DRE	45	36	12	3	2	
La detección temprana por el dentista beneficia al paciente con VIH.	DEF	52	30	4	0	0	
	DRE	65	24	7	2	2	
Se requiere entrenamiento para decir al paciente que es VIH positivo	DEF	52	44	0	0	0	
	DRE	42	37	11	2	2	
Debemos aplicar pruebas diagnosticas en saliva para detectar VIH	DEF	31	31	34	0	4	
	DRE	27	43	20	3	5	
Para las escuelas es de poco interés ofrecer pruebas en saliva para VIH.	DEF	13	31	30	13	4	
	DRE	33	23	15	11	5	

*Porcentaje de directores (DEF, n=23) y dentistas recién egresados (DRE, n=123). Sumando los porcentajes no da el 100% debido a que algunos respondieron "diferio". Fuente directa

PRUEBA EN SALIVA (OPINIÓN)

44% de los directores y el 37% de los recién egresados opinaron que es necesaria una formación para decirle al paciente que es VIH positivo". 31% de los directores y 27% de los recién egresados concuerdan en que los odontólogos deben aplicar las prueba en fluido bucal para detectar anticuerpos VIH. 13% de los directores y 33% lo de recién egresados respondieron que "las escuelas tienen poco interés en ofrecer la prueba para detectar anticuerpos VIH en fluido bucal ", 55% de los directores y el 65% de los recién egresados, opinaron que la detección temprana beneficiará a paciente VIH. (Tabla. 1)

CONTROL DE INFECCIONES (OPINIÓN)

El 91% los directores y el 89% de los recién egresados se inclinaron hacia que los profesores deben hacer cumplir el control de infecciones en la clínica. 65% de los directores y el 72% de los recién egresados coincidieron que el control de infecciones evita la transmisión de virus presentes en sangre. Aproximadamente la mitad de los encuestados en ambos grupos que el VIH es un riesgo ocupacional muy importante para el cirujano dentista. 13% de los directores y 19% de los recién egresados opinaron que son inevitables las lesiones que los alumnos sufren con el instrumental. (Tabla 2)

Tabla 2. Opiniones respecto a la educación sobre el control de infecciones*

		Muy fuerte %	Fuerte %	Regular %	Bajo %	Muy bajo %
Los profesores deben hacer cumplir el control de infecciones en la clínicas	DEF	91	9	0	0	0
	DRE	54	8	2	0	1
El control de infecciones evita la transmisión de virus presentes en sangre.	DEF	65	31	0	0	0
	DRE	72	20	5	1	0
Son inevitables las lesiones que los alumnos sufren con el instrumental.	DEF	13	17	17	9	0
	DRE	15	19	31	8	5
El VIH es un riesgo ocupacional muy importante para el cirujano dentista.	DEF	52	31	4	0	4
	DRE	54	31	11	1	1

*Porcentaje de directores (DEF, n=23) y dentistas recién egresados (DRE, n=123). Sumando los porcentajes no da el 100% debido a que algunos respondieron "difiero". Fuente directa

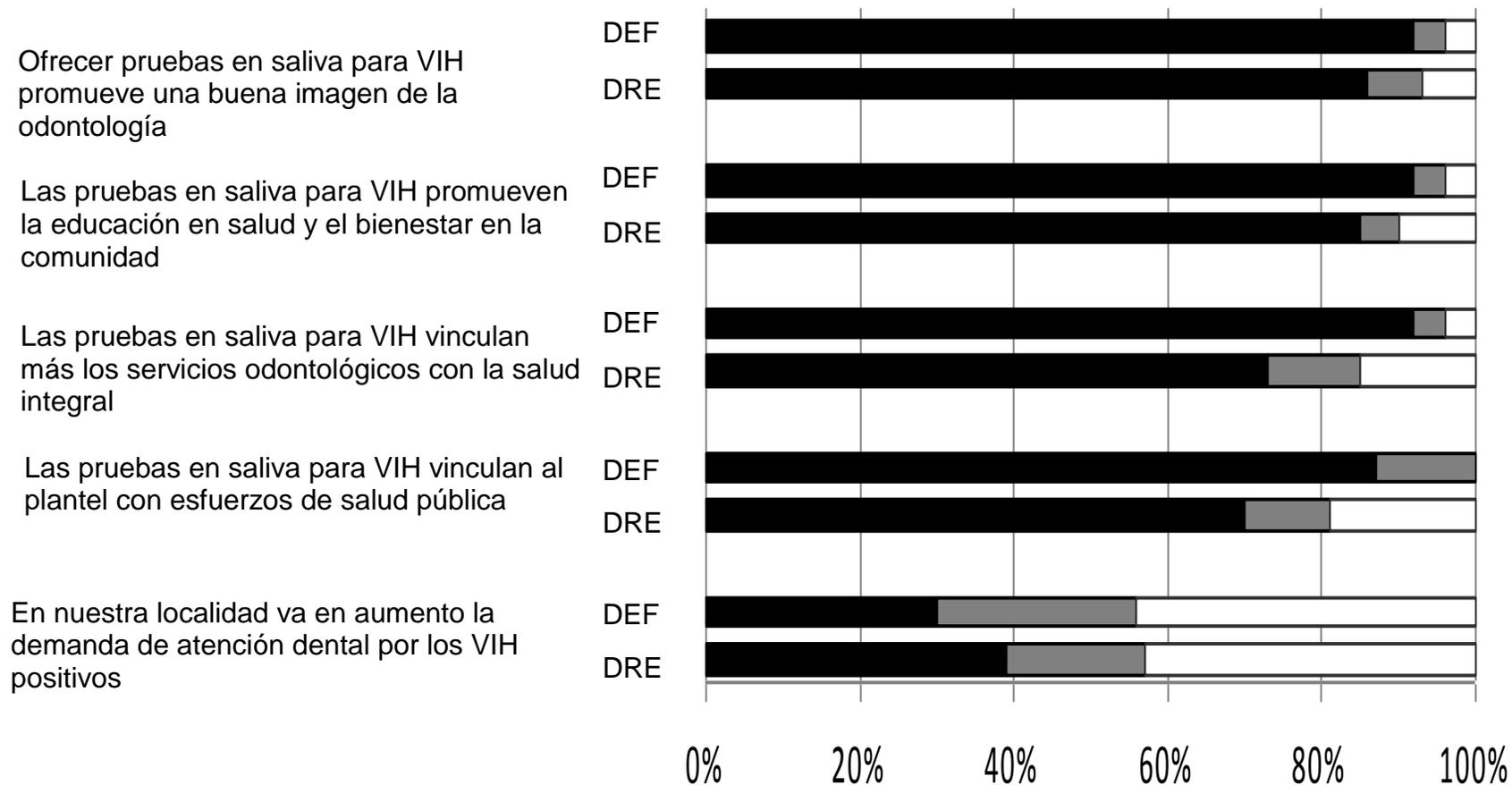
VIH (PRÁCTICA)

48% de los directores y 35% de los recién egresados afirmaron que en su escuela se refiere a los pacientes con VIH/sida a tratamiento dental en clínicas especializadas. 30% de los directores y 39% de los recién egresados declararon que "la demanda de atención odontológica de pacientes con VIH/sida en sus localidad se ha incrementado "(FIG. 1), pero los directores no pueden tener un sentido de urgencia respecto de VIH/sida cuando el 61% percibe que la prevalencia del VIH en su localidad no es superior a la del país.

44% de los directores encuestados y 33% de los recién egresados negaron que se carezca de la vinculación necesaria al sector salud para remitir VIH a tratamiento antiviral.

El 61% de los directores y 48% de los recién coincidieron en que se han identificado pacientes con VIH/sida en las clínicas de enseñanza.

Figura 1. Prácticas clínicas para detección de VIH en escuelas y facultades de odontología*



*Porcentajes de directores de escuelas y facultades (DEF, n=23) y dentistas recién egresados (DRE, n=123) quienes respondieron “si” (negro) “no” (gris) y “no se” (blanco). Fuente directa

PRUEBA EN SALIVA (PRÁCTICA)

Un 70% de los directores y 79% de los recién egresados afirmaron que carecen de conocimientos suficientes sobre VIH y sida para la aplicación de pruebas rápidas. El 92% de los directores y 86% de los recién egresados estuvieron de acuerdo en que "ofrecer la prueba del VIH en fluido bucal promueve una buena imagen de la odontología. 61% de los directores y 74% de los recién egresados consideraron posible que "los pacientes rechacen la prueba del VIH y prefieran ir a otras clínicas". 57% de los directores y 60% de los recién egresados estuvieron de acuerdo en que "será difícil para los profesores y estudiantes dar un resultado de VIH positivo a los pacientes". 33% de los directores y 52% de los recién egresados opinaron que "sería un problema mantener la confidencialidad en caso de que un paciente resulten VIH positivo. Solo el 18% de los directores y 21% de los recién egresados opinaron que "las pruebas para la detección de VIH encarecerán la atención dental fuera del alcance del paciente". Aunque solo el 17% de los directores y el 8% de los recién egresados consideraron que "la prueba del VIH obstaculizará el funcionamiento de sus clínicas de enseñanza". 92% de los directores y 85% de los recién egresados coincidieron en que "la prueba para la detección del VIH en fluido bucal promueve la educación para la salud y el bienestar de la comunidad".

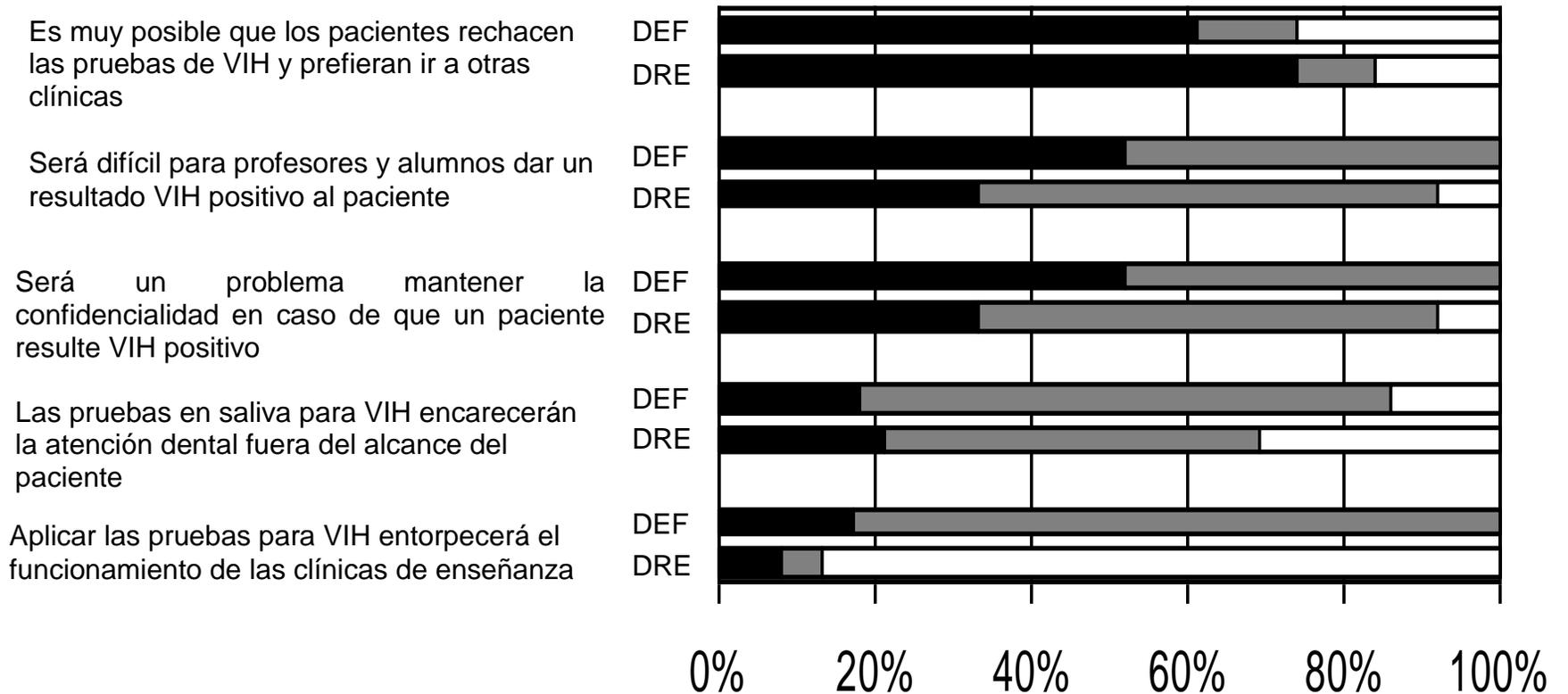
El 73% de los directores y el 92% de los recién egresados consideraron que "las pruebas para la detección del VIH vinculan más los servicios odontológicos con la salud integral", y el 87% de los directores y 70% de los recién egresados opina que aplicar la prueba vincula al plantel con los esfuerzos de salud pública".

CONTROL DE INFECCIONES (PRÁCTICA)

El 44% de los directores y 23% de los recién egresados respondieron que en sus escuelas se sigue un protocolo de esterilización distinto para instrumental empleado con pacientes VIH positivo del empleado en paciente aparentemente sanos. Solo 35% de los directores y el 52% de los recién egresados coincidieron en que tienen un procedimiento por escrito y les dan entrenamiento sobre que hacer al accidentarse con instrumental contaminado. El 74% de los directores y el 52% de los recién egresados declararon que no cuentan con antivirales para la profilaxis post-exposición de alumno y personal docente expuesto a VIH.

35% de los directores y 68% de los recién egresados desconoce el número de lesiones con instrumental que sufren los alumnos anualmente.

Figura 2. Opiniones negativas sobre la detección de VIH en clínicas de escuelas y facultades de odontología*

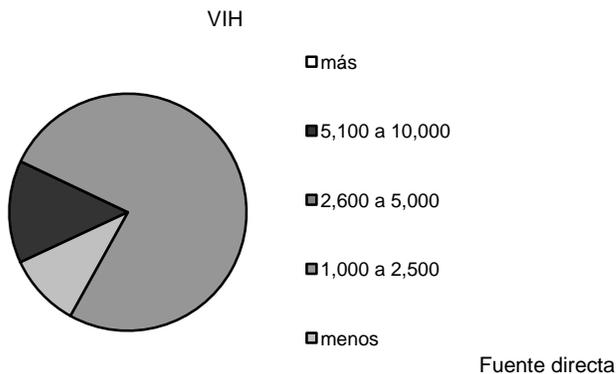


*Porcentajes de directores de escuelas y facultades (DEF, n=23) y dentistas recién egresados (DRE, n=123) quienes respondieron "sí" (negro) "no" (gris) y "no se" (blanco). Fuente directa

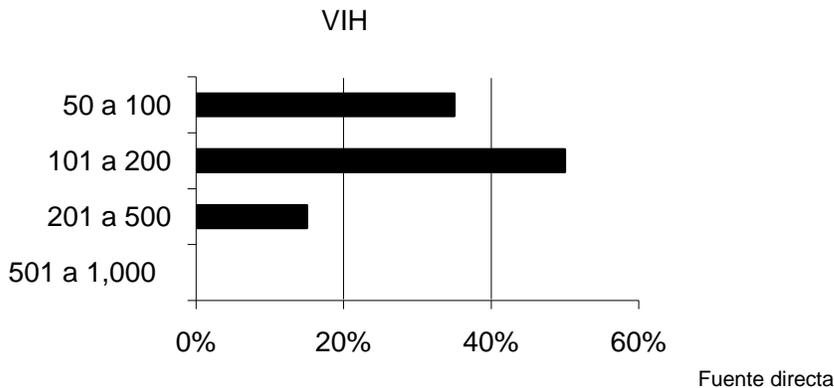
APORTACIÓN A NUEVAS TECNOLOGÍAS

76% de los directores contestó que estarían dispuestos a invertir inicialmente entre 10 000 y 25 000 pesos (gráfica 1) para tener estas pruebas rápidas en fluido bucal y el 50% de los directores cree que los pacientes estarían dispuestos a pagar entre 100 y 200 pesos para que se les realice la prueba rápida en saliva. (Gráfica 2).

Gráfica 1. Porcentaje de respuesta de los directores respecto a cuánto podrían invertir para las pruebas rápidas en saliva.



Gráfica 2. Porcentaje de respuesta de los directores respecto a cuánto creen que pagaría cada paciente por las pruebas rápidas en fluido bucal.



CAPITULO V

10. DISCUSIÓN

Los resultados de esta encuesta entre los directores y dentistas recién egresados revelaron que la mayoría de las instituciones de educación dental en México no informa ni forma de manera suficiente y actualizada sobre la VIH, sida, control de infecciones y sobre la prueba rápida para detectar VIH. No se trató de comparar las respuestas de los directores frente a las de los graduados si no de inferir una relación causa y efecto de sus opiniones. Con pocas excepciones, los resultados mostraron un perfil de respuesta similar entre directores y recién egresados sugiriendo una base de la percepción común de las opiniones y prácticas.

Los directores son líderes de opinión cuyas percepciones tienen un gran peso en el ámbito de aplicación y el énfasis de la educación en las escuelas que dirigen, sus opiniones son decisivas para la creación de capacitaciones y el desarrollo de planes de estudio. La muestra incluye sólo los asistentes a la reunión de directores FMFEO. En conjunto, los veintitrés directores que participaron en esta encuesta en conjunto proporcionan la educación para más de 12,000 estudiantes de odontología a través de todos los años. Los directores que participaron provenían de 18 estados mexicanos, incluyendo a 12 estados que se encuentran entre los 18 estados con la mayor prevalencia de casos de sida publicado en el ranking del 14 de noviembre de 2008.³⁸ Entre los directores, sin embargo, pocos percibieron una mayor demanda de tratamiento odontológico de pacientes con VIH y pacientes con sida. La muestra también estaba compuesta además por 123 dentista recién egresados que procedían de 30 diferentes escuelas en 19 estados de México, y

participaron en esta encuesta cuando se encontraban en el propedéutico para ingresar la División de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Odontología. Sus opiniones, lo mismo que las de los directores, no se asociaron significativamente con el año de su graduación. Esto sugiere que la educación dental pertinente a VIH/sida, control de infecciones y prueba rápida para detectar anticuerpos VIH, no ha cambiado significativamente en los últimos 30 años. En ausencia de informes sobre la transmisión ocupacional, se ha estimado que el riesgo global de los pacientes infectados por el VIH se transmite a los proveedores de atención de la salud dental "es muy bajo",³⁹ pero la mayoría de los directores y dentistas indebidamente opinaron que el VIH es un riesgo ocupacional importante. Esta concepción errónea, puede influir negativamente en sus actitudes hacia el paciente VIH positivo y pacientes con sida, lo que representa una barrera para estos pacientes el determinar su salud bucal y el tratamiento de la misma. Una contradicción con el alto riesgo percibido se hizo evidente ya que la mayoría de los directores y recién egresados concuerdan con que el control de infecciones impide la transmisión de virus transmitidos por la sangre. El instrumento de encuesta no fue diseñada para investigar esta cuestión, pero el limitado conocimiento y el poco cumplimiento de estas, así como una alta incidencia de lesiones con agujas contaminadas, puede dar lugar a temores infundados que ensombrecen las recomendaciones para la aplicación correcta del manejo de control de infecciones. Contrariamente a la idea de las precauciones estándar, otros a menudo realizan procedimientos especiales para el manejo de instrumentos tecnológicos utilizados en pacientes con VIH y

pacientes con sida, lo que confirma que la educación en control de infecciones fue deficiente.

Evitar la exposición a la sangre en el consultorio o área de trabajo es la principal forma de prevenir la transmisión de agentes patógenos en los centros de atención de la salud ⁴⁰ pero más de un tercio del los directores opinaron que, ya sea alta o baja, la incidencia de las lesiones sufridas por sus alumnos se mantuvo sin cambios, lo que sugiere que ningún esfuerzo se está haciendo para prevenir estas lesiones. Los responsables de la seguridad en las clínicas dentales debe ser preparada con pericia en el manejo de las lesiones profesionales, y establecer planes de control con protocolos escritos para la presentación del sistema de prevención para evitar la transmisión sanguínea de agentes patógenos, la evaluación, asesoramiento, tratamiento y seguimiento de las exposiciones frente a materiales potencialmente infecciosos, incluyendo VIH.⁴¹ En contraste con sus preocupaciones, aproximadamente un tercio de los directores respondió que había un protocolo escrito sobre la gestión de los riesgos profesionales, así como de ofrecer pruebas de acceso a la profilaxis post-exposición de personal expuesto a VIH, VHB o VHC.

La mayoría de los directores y recién egresados percibe que los dentistas tienen la obligación profesional y moral para el tratamiento de pacientes VIH positivos y de pacientes con sida, pero respecto a las obligaciones morales es todo lo contrario en especial para los dentistas recién egresados. Una tendencia común en las últimas encuestas es encontrar una percepción por parte de los profesionales de la salud bucal de una mayor obligación moral, ^{41, 42} sobre todo porque algunos dentistas trataran pacientes con VIH y pacientes con sida; además de la dirección

de control de infección y la seguridad en el trabajo, la educación debe formar empatía en los profesionales. Recientemente, una mejor actitud se observó entre los estudiantes de odontología que se sentían moralmente responsables y los que se sentían capaces de proporcionar sin peligro los tratamientos.⁴³

Aproximadamente la mitad de los directores y recién egresados, opinaron que en cierta medida las opiniones de los estudiantes de odontología es que se debe permitir rechazar a pacientes que se sabe están infectados con un virus de transmisión sanguínea a su tratamiento bucal, y se observó una tendencia de los directores y recién egresados para distanciarse de los pacientes con VIH y pacientes con sida. La percepción, especialmente entre recién egresados, es que el VIH y el sida debe ser tratada en clínicas dentales especializadas. Si bien puede argumentarse que el paciente con VIH y los pacientes con sida pueden buscar un mejor servicio en clínicas especializadas donde los odontólogos están capacitados y dispuestos a cuidar de sus necesidades de tratamiento, este resultado refleja una tendencia peligrosa entre los dentistas para discriminar a pacientes con VIH y pacientes con sida, incluso en las escuelas dentales en referencia parece ser la práctica dominante. Esta encuesta reveló una escasez de profesores capacitados en medicina y patología bucal. Como resultado, los pacientes inmunocomprometidos podrían continuar teniendo dificultades para encontrar dentistas con habilidades clínicas para el tratamiento de ellos. Desde la llegada de TARAA una disminución en la prevalencia de lesiones bucales asociadas al VIH se ha observado.⁴⁴ Sin embargo, las lesiones bucales no siempre son asociadas al VIH aún puede contribuir al diagnóstico en terapia TARAA no está ampliamente disponible, y puede ayudar también en el seguimiento de TARAA⁴⁵ en entornos

con recursos limitados. Por lo tanto, las competencias clínicas en patología bucal y diagnóstico siguen siendo críticas en las que el acceso a la atención tardío lleva a la presentar lesiones de fases más avanzadas de VIH o sida.

En una nota positiva, aproximadamente dos tercios de los directores y recién egresados de acuerdo en que la prestación de atención dental a los pacientes VIH debe ser parte de la educación dental. Las encuestas realizadas en los EE.UU. en los principios de 90s⁴⁶ encontraron resultados similares a los de esta investigación, pero en la actualidad ha mejorado mucho en los EE.UU. más de veinte años, probablemente como resultado de intervenciones⁴⁷ educativas. Sin embargo, un estudio reciente en los EE.UU. reveló que el miedo a la revelación de estado del VIH sigue siendo una barrera importante para acceder a servicios de salud bucal⁴⁸, y los educadores siguen advirtiéndolo que las actitudes de los dentistas no debe ser una barrera para que los pacientes con VIH reciban el mejor cuidado posible.⁴⁹ Por lo tanto, los esfuerzos para optimizar la educación dental sobre VIH y sida debe ser permanente, y diseñado para enseñar a los proveedores de atención de la salud no estigmatizar comportamientos y dar una prestación de atención imparcial ⁴⁹.

Este informe describe las respuestas obtenidas de una muestra de conveniencia relativamente pequeño, de 23 directores de escuelas y facultades de odontología de México, y 123 dentistas recién egresados de 30 diferentes escuelas dentales en México.

Sin embargo, estos resultados confirman nuestra preocupación de que un segmento importante de la educación dental en México incumple de manera sistemática el proporcionar los valores éticos y habilidades clínicas para el

desarrollo de profesionales competentes y empáticos. Más relevantes para la educación dental en atención de pacientes VIH y pacientes con sida, control de infecciones la cual sigue siendo necesaria en México.

FMFEO es quizás el organismo más adecuado para la estructura de un tren de entrada con la facultad de enfoque educativo para desarrollar las habilidades para mejorar las opiniones y lograr un cambio de comportamiento. Las principales escuelas podrán intercambiar experiencias positivas, los programas de acción, y difundir la educación de éxito y modelos de servicio. Las medidas correctivas pueden incluir también el VIH y el sida, grupos de defensa del paciente colaborando con escuelas de odontología para mejorar el conocimiento y optimizar el acceso del paciente a la atención de calidad. Por otra parte, sobre la base de los resultados de estudios recientes realizados en México, Costa Rica, Venezuela y Brasil,^{41, 26} deficiencias y necesidades similares es probable que persistan en otros países de América Latina.

11. CONCLUSIONES

El equipo multidisciplinario de salud, incluyendo los odontólogos, puede aumentar la calidad de vida del paciente. Los pacientes con VIH y sida requieren de acceso a servicios de salud buco-dental por personal capacitado y con buena disposición para brindarles diagnóstico y tratamiento a la morbilidad bucal asociada, así como de afecciones de las glándulas salivales las cuales llevan a una disminución del flujo de saliva y esto puede ocasionar mayor incidencia de caries, tanto en el esmalte como en el cemento dental.

En el paciente bajo tratamiento anti-retroviral las lesiones bucales puede asociarse con falla del tratamiento, o con la falta de apego del paciente al mismo.

Por lo cual las deficiencias de los odontólogos recién egresados para proveer un servicio de salud que ofrezca atención personalizada en la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes VIH/sida, el manejo del control de infecciones, y la prueba rápida en fluido bucal, es necesario mejorarlo ya que los resultados obtenidos de la encuesta con odontólogos recién egresados y directores de escuelas y facultades de odontología, revelan profundas fallas en el proceso de educación y aprendizaje sobre temas de VIH, sida, control de infecciones y pruebas rápidas para detectar anticuerpos VIH, y aunque casi todos los participantes expresaron su disposición para actualizar sus conocimientos y sobre el manejo de nuevas tecnologías para detección temprana de VIH, es prioridad que se lleve a cabo.

Es posible que el VIH y el sida sean percibidos como un problema no-inmediato por los profesores y estudiantes de odontología, y que esta situación se repita en

otros planteles, según lo sugieren las respuestas de los directores, pero en cualquier lugar donde las escuelas y facultades de odontología descuidan la enseñanza sobre aspectos básicos y clínicos de la infección por VIH, egresarán odontólogos sin los conocimientos, entrenamiento y actitud positiva necesarios para brindar atención adecuada a las necesidades de los pacientes VIH y pacientes con sida.

El interés declarado sobre la prueba rápida para detectar anticuerpos VIH en las clínicas dentales puede ser capitalizado en los esfuerzos de salud pública, pero en la ausencia de entrenamiento adecuado hay un riesgo de que dichas pruebas sean utilizadas para negar atención dental a los individuos VIH positivos.

Por lo que las instituciones de salud pública, las organizaciones no-gubernamentales de respuesta al VIH y el sida, las agrupaciones de pacientes, y otras entidades públicas y privadas que velan por el acceso de las personas con VIH y personas con sida a servicios de salud dignos y con calidad, deberían unirse con las escuelas y facultades de odontología para influir sobre la forma en la que se entrena a los futuros profesionales de la salud bucal.

Se requerirá de esfuerzos educativos para actualizar y capacitar al profesorado, ya que es posible que aquellos profesores titulados antes del inicio o durante la primera década de la epidemia, se hayan formado en ausencia de información basada en evidencias y estén carentes de entrenamiento con experiencia clínica en los temas relevantes a VIH/sida y de informar que el manejo dental del paciente con VIH y con sida no requiere de medidas de control de infecciones distintas a las precauciones estándar que se brindan en la atención de otros pacientes. Sin embargo, la falta de formación e información adecuadas, junto con el poco o nulo

entrenamiento clínico sobre la seguridad ocupacional, fomenta actitudes negativas y resulta en la discriminación contra los pacientes con VIH y pacientes con sida.

Las encuestas deben, por tanto, llevarse a cabo para analizar que las respuestas de los estudiantes y dentistas coincidan con la de los profesores de su escuela dental, así como de que los conocimientos necesarios, las actitudes y prácticas mejoren a través de las iniciativas regionales y estatales de educación continúa.

12. PUBLICACIONES ARBITRADAS PRODUCTO DE ESTA ENCUESTA

Vázquez-Mayoral, L. Sánchez-Pérez, Y. Olguín-Barreto, A. E. Acosta-Gío. Mexican Dental School Deans' Opinions and Practices Regarding Oral Cancer, 2007. J Dent Educ..2008; 72: 1481-1487

Vazquez-Mayoral, E E. / Sanchez-Perez, L. / Olguin-Barreto, Y. / Acosta-Gio, A E. Dental School Deans' and Dentists' Perceptions of Infection Control and HIV/AIDS Patient Care: A Challenge for Dental Education in Mexico. J Dent Educ..2009; 23: 557-562

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. Departamento de VIH/SIDA. Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA 2003-2007.
2. HIV-related Language: PAHO 2006 Update. Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la OPS. Visitado el 28 de noviembre 2009.: <http://www.paho.org/English/AD/FCH/AI/HIVLANGUAGE.PDF>.
3. Smith, D. K., Grohskopf, L. A., Black, R. J., Auerbach, J. D., Veronese, F., Struble, K. A., Cheever, L., Johnson, M., Paxton, L. A., Onorato, I. A. and Greenberg, A. E. (2005). Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States. *MMWR*. Vol. 54. n. RR02. pp. 1-20.
4. Sontag, Susan: El sida y sus metáforas Barcelona: El Aleph, 1989. ISBN 84-7669-085-1. pp104.
5. Avanzando en la prevención del VIH: nuevas estrategias para el cambio en la epidemia” (AHP) Visitado el 28 de noviembre 2009.: <http://www.lasalud.com.mx/index.php?aid=3411>).
6. Tao G, Branson BM, Kassler WJ, Cohen RA. Rates of receiving HIV test results: data from the U.S. National Health Interview Survey for 1994 and 1995. *J Acquire Immune Defic Syndr* 1999;22:395-400.
7. Centers for Diseases Control and Prevention. Advancing HIV Prevention: new strategies for a changing epidemic-United States, 2003. *MMWR* 2003;52:329-332.

8. Centers for Diseases Control and Prevention. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. MMWR 2006;55(RR-14):1-24. Visitado el 28 de noviembre 2009:<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5514.pdf>.
9. Greenwald JL, Burstein GR, Pincus J, Branson B. A rapid review of rapid HIV antibody test. Current Infections Disease Report 2006;8:125-131.
10. Manuel E. Taboad, Vilma Chuquihuaccha. Rol de la saliva como marcador biológico en patología bucal. R.C. Odontología Sanmarquina. Pp 38-40. Visitado el día 28 de noviembre 2009: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/odontologia/2006_n2/pdf/a12.pdf
11. U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Center for Devices and Radiological Health, Office of In Vitro Diagnostic Device Evaluation and Safety. Draft Guidance for Industry and FDA Staff: Recommendations for Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA) Waiver Applications. Documento editado en Septiembre 7, 2005. Visitado el 28 de noviembre 2009: <http://www.fda.gov/cdrh/oivd/guidance/1171.pdf>.
12. Delaney KP, et al. Performance of an oral fluid rapid HIV-1/2 test: experience from four CDC studies. AIDS 2006, 20:1655-1660.
13. Centers for Disease Control and Prevention: Quality assurance guidelines for testing using the OraQuick® Rapid HIV-1 antibody test. Enero 2003: Visitado el 28 de noviembre

2009: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/detec_rapida_vih_aatrm-pcsns-07.pdf

14. FDA approves first oral fluid based Rapid HIV Test Kit. Marzo 26, 2004.
15. OraQuick Advance Rapid HIV-1/2 Antibody Test [package insert]. Bethlehem, PA: OraSure Technologies, Inc.; 2004. Visitado el 28 de noviembre 2009: <http://www.orasure.com>
16. Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA 30 de junio del 2008. Secretaría de Salud. SS/Dirección General de Epidemiología.
17. Hartshorne JE, et al. Dental and oral hygiene student's knowledge of HIV infection and AIDS. J Dent Assoc S Afr. 1994 Apr;49(4):161-7.
18. Maupome-Cervantes G, Borges-Yanez SA. Attitudes and habits for the control of HIV and hepatitis B in dental students. Salud Pública Mex. 1993 Nov-Dec;35(6):642-50
19. Ranta k, Tuominen R. Dental students' knowledge of AIDS and HIV infection in Helsinki, Finland, and in Dar es Salaam, Tanzania. Acta Odontol Scand. 1991 Apr;49 (2):79-83.
20. Oliveira ER, Narendran S, Falcao A. Brazilian dental students' knowledge and attitudes towards HIV infection. AIDS Care 2002. Aug;14(4):569-576.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings — 2003. MMWR December 19, 2003/Vol. 52/No. RR-17

22. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Visitado el 28 de noviembre 2009: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m010ssa23.zip>
23. Hu SW, Lai HR, Liao PH. Comparing dental students' knowledge of and attitudes toward hepatitis B virus-, hepatitis C virus-, and HIV-infected patients in Taiwan. *AIDS Patient Care STDS*. 2004 Oct;18(10):587-93.
24. José L. Castellanos, Laura Puig Sol. Estomatología y Peridontia del Centro. León, Gto. México. *Rev ADM*, No.1 Vol.52, Ene-Feb 1995 PP. 17-21.
25. Secretaría de Salud. Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA 30 de junio del 2008. SS/Dirección General de Epidemiología.
26. Organización mundial de la salud. Departamento de VIH/SIDA. Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA 2003-2007.
27. Esquivel P., Fernández C., Magis R. Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica odontológica. *Rev. ADM*. 2000; nov-dic; 57(6): 214-7.
28. Patton LL, McKaig R, Strauss R, Rogers D, Eron JJ, Changing prevalence of oral manifestations of human immunodeficiency virus in the era of protease inhibitor therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;89, 299-30.

29. Arendorf TM, Bredekamp B, Cloete CAC, Sauer G. Oral manifestations of HIV infection in 600 South Africa patients. *J Oral Pathol Med* 1998; 27:176-179.
30. Daniel N, Machado PF, Sala MA, Komesu MC Attitudes of dental students and dental professionals caring for HIV-positive patients in São Paulo, Brazil. *AIDS Patient Care STDS*. 2004;18(2):63-5.
31. Ramírez Amador V.; Esquivel P; Irigoyen C; Anaya S; González R. Asociación de lesiones bucales con el estado serológico para el VIH. *Rev. Salud Publica México*. marzo-abril 2002, 44(2): 87-91.
32. Bozzette Samuel A., 2005, Routine screening for HIV Infection – Timely and Cost-Effective, *The New England Journal of Medicine*.
33. Cleveland J., Griffin S., Romaguera R., benefits of HIV screening in Dental Offices: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2002.
34. World Health Organization /UNAIDS, 2003, Treating 3 million by 2005. Making it happen – The WHO strategy.
35. Pruebas rápidas para detectar VIH. 11 de octubre de 2005. Censida.
36. TITULO QUINTO Investigación para la Salud Últimas reformas publicadas DOF 05-01-2009 CAPITULO UNICO art. 100-103, Visitado el 28 de noviembre 2009: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
37. National Center for HIV/AIDS Prevention and Control. Ministry of Health,

Mexico. Registry of AIDS cases to November 14, 2008. Visitado el 28 de noviembre de 2009 :

www.censida.salud.gob.mx/descargas/2008/persoentidadnov.pdf

38. Cleveland J, Griffin S, Barker L, NaSH Surveillance Group. Cost effectiveness of a rapid HIV test for management of occupational exposures among dental healthcare personnel. In: Abstracts of the 12th Annual Scientific Meeting of the Society of Healthcare Epidemiology of America, 2002.
39. Centers for Disease Control and Prevention. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR* 2001; 50(RR-11):1-42.
40. Acosta E, Borges A, Castillo L, Flores M, et al. Infection Control Attitudes and Perceptions among Dental Students in Latin America: Implications for Dental Education. *International Dental Journal*. 2008; 58(4):187-193.
41. Maupomé G, Borges-Yáñez SA, Díez-de-Bonilla FJ, Irigoyen-Camacho ME. Attitudes toward HIV-infected individuals and infection control practices among a group of dentists in Mexico City—a 1999 update of the 1992 survey. *Am J Infect Control* 2002;30:8-14.
42. Suh-Woan Hu, Hsiang-Ru Lai, Pao-Hsin Liao. Comparing Dental Students' Knowledge of and Attitudes Toward Hepatitis B Virus-, Hepatitis C Virus-, and HIV-Infected Patients in Taiwan. *AIDS Patient Care and STDs*. 2004; 18(10):587-593.

43. Ramírez-Amador V, Ponce-de-León S, Anaya-Saavedra G, Crabtree Ramírez B, Sierra-Madero J. Oral lesions as clinical markers of highly active antiretroviral therapy failure: a nested case-control study in Mexico City. *Clin Infect Dis.* 2007; 45(7):925-32.
44. Ferreira S, Noce C, Júnior AS, Gonçalves L, Torres S, Meeks V, Luiz R, Dias E. Prevalence of oral manifestations of HIV infection in Rio De Janeiro, Brazil from 1988 to 2004. *AIDS Patient Care STDS.* 2007;Oct;21(10):724-31.
45. Solomon ES, Gray CF, Gerbert B. Issues in the dental care management of patients with bloodborne infectious diseases: an opinion survey of dental school seniors. *J Dent Educ.* 1991;55(9):594-7.
46. Mulligan R, Seirawan H, Galligan J, Lemme S. The effect of an HIV/AIDS educational program on the knowledge, attitudes, and behaviors of dental professionals. *J Dent Educ.* 2006;70(8):857-68.
47. 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;70:1038–1042.
48. Cohen LA, Romberg E, Grace EG, Barnes DM. Attitudes of advanced dental education students toward individuals with AIDS. *J Dent Educ.* 2005;69(8):896-900.
49. Kinsler JJ, Wong MD, Sayles JN, Davis C, Cunningham WE. The Effect of Perceived Stigma from a Health Care Provider on Access to Care

Among a Low-Income HIV-Positive Population AIDS Patient Care STDS.
2007;21(8):584-92.

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTA ENCUESTA ES VOLUNTARIA y CONFIDENCIAL

El tiempo estimado para completar este cuestionario es de **15 minutos**

- 1 - Género (**1**=Masculino o **2**=Femenino):
- 2 - Grado máximo de estudios (**1**=licenciatura, **2**=especialidad, **3**=maestría, **4**=doctorado)
- 3 - Universidad(es) donde estudió: _____
- 4 - Generación (licenciatura): _____
- 5 - Institución o plantel de adscripción actual: _____
- 6 - ciudad o población, y entidad federativa: _____

Cruce la casilla que mejor refleja **su percepción**

Su opinión sobre lo que debe o puede ser (a nivel licenciatura)	nivel de concordancia (SI)					diferero (NO)
	muy fuerte	fuerte	regular	bajo	muy bajo	
7 de rutina debemos evaluar al paciente sobre riesgo de infección por VIH debemos identificar VIH positivos y remitirlos para su tratamiento antiviral						
8 de rutina debemos evaluar al paciente sobre riesgo de infección por VIH						
9 debemos identificar VIH positivos y remitirlos para su tratamiento antiviral						
10 los profesores deben hacer cumplir el control de infecciones en la clínica						
11 los VIH positivos deben ser tratados en clínicas dentales especializadas						
12 para el dentista el VIH es un riesgo ocupacional mayor que el VHB						
13 debemos aplicar pruebas diagnósticas en saliva para detectar VIH						
14 tenemos la obligación profesional de atender dentalmente VIH positivos						
15 tenemos la obligación moral de atender dentalmente VIH positivos						
16 el control de infecciones evita la transmisión de virus presentes en sangre						
17 el tratamiento bucodental de VIH positivos debe ser parte de la formación						
18 se requiere entrenamiento para decir al paciente que es VIH positivo						
19 debemos permitir que alumnos declinen ver pacientes con virus en sangre						
20 los pacientes de la escuela accederán a pruebas rápidas para VIH						
21 para las escuelas es de poco interés ofrecer pruebas en saliva para VIH						
22 la detección temprana por el dentista beneficia al paciente con VIH						
23 el VIH es un riesgo ocupacional muy importante para el cirujano dentista						
24 para el dentista el VHC es un riesgo ocupacional mayor que el VIH						
25 en su vida profesional los alumnos atenderán dentalmente VIH positivos						
26 para el dentista la tuberculosis es un riesgo ocupacional mayor que VIH						

Cruce la casilla que mejor refleja **su realidad**

Prácticas actuales (lo que ocurre) en su institución de adscripción actual		conuerdo		no sé
		si	no	
27	remitimos individuos VIH positivos para su atención dental en clínicas especializadas			
28	carecemos de conocimientos suficientes sobre VIH/sida para la aplicación de pruebas rápidas			
29	en la localidad la prevalencia de VIH/sida es muy baja y es de poca prioridad para el plantel			
30	nuestra localidad tiene una incidencia de VIH/sida mayor a la del país			
31	tenemos acceso a anti-retrovirales en caso de alumno/profesor con exposición ocupacional a VIH			
32	carecemos de la vinculación necesaria al sector salud para remitir VIH a tratamiento antiviral			
33	las pruebas en saliva para VIH vinculan más los servicios odontológicos con la salud integral			
34	es muy posible que los pacientes rechacen las pruebas de VIH y prefieran ir a otras clínicas			
35	será un problema mantener la confidencialidad en caso de que un paciente resulte VIH positivo			
36	para todo alumno lesionado con instrumental se investiga VIH, VHB, VHC en sangre del paciente			
37	en nuestra localidad va en aumento la demanda de atención dental por los VIH positivos			
38	se sigue un protocolo de esterilización distinto para instrumental empleado con VIH positivos			
39	al ofrecer pruebas en saliva para VIH se promueve una buena imagen de la odontología			
40	las pruebas en saliva para VIH encarecerán la atención dental fuera del alcance del paciente			
41	será difícil para profesores y alumnos dar un resultado VIH positivo al paciente			
42	aplicar las pruebas para VIH entorpecerá el funcionamiento de las clínicas de enseñanza			
43	calificamos la destreza del alumno para examinar rutinariamente los tejidos blandos bucales			
44	las pruebas en saliva para VIH vinculan al plantel con esfuerzos de salud pública			
45	tenemos un procedimiento, por escrito, y damos entrenamiento sobre que hacer al accidentarse			
46	los egresados están capacitados para dar tratamiento dental a pacientes VIH positivos			
47	las pruebas en saliva para VIH promueven la educación en salud y el bienestar en la comunidad			
48	en nuestras clínicas hemos detectado pacientes VIH positivos			

La búsqueda rutinaria de infecciones VIH - no detectadas previamente - disminuye nuevas infecciones. El diagnóstico temprano y el ingreso oportuno a terapia anti-retroviral mejoran las expectativas del paciente para vivir más y con buena calidad de vida. Existe una prueba no invasiva, simple y confiable que en 20 minutos revela la presencia de anticuerpos anti-VIH en la saliva:

49 - ¿la emplearía en sus clínicas de enseñanza? (1=si ,2= no)

50 - ¿cuánto cree que podría invertir (en pesos) inicialmente para adquirir estas tecnologías?

1=menos 2=10,000 a 25,000 3=26,000 a 50,000 4=51,000 a 100,000 5=más

51 - ¿Cuánto cree que pagaría cada paciente, adicional a su tratamiento dental, para realizarse las pruebas?

1=50 a 100 2=101 a 200 3=201 a