

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**



**ACTITUD SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES CON VIH/SIDA EN**  
**INTERNOS DE ESTOMATOLOGÍA**

**TESIS PARA OPTAR POR**  
**EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR LA:**  
Bach. Candy Mirella, CÓRDOVA BERNAL

**LIMA – PERÚ**  
**2018**

**TÍTULO DE LA TESIS:**

ACTITUD SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES CON VIH/SIDA EN  
INTERNOS DE ESTOMATOLOGÍA

## **JURADO DE SUSTENTACIÓN**

Mg. Aranibar del Carpio Edgar Omar	Presidente
Mg. Temoche Rosales Carlos Alberti	Secretario
Mg. Salazar Sebastián Alejandro Magno	Vocal

A Dios, por la vida, la fortaleza y múltiples bendiciones brindadas.

A mis padres por brindarme su apoyo y consejos en toda mi formación profesional.

A mi familia que siempre está a mi lado.

## **AGRADECIMIENTOS**

Primero agradecer a Dios quien me transmitió la fuerza y perseverancia durante la elaboración del estudio.

Al Dr. Hugo Caballero Cornejo, que al supervisarme demostró su profesionalismo y excelente calidad humana, quien me brindó su valiosa y desinteresada orientación, entrega y paciencia, dedicándome su tiempo para llegar a la culminación de esta investigación.

A la Dra. Peggy Sotomayor Woolcott, por su apoyo, amistad y sus aportes durante la elaboración del estudio.

Al Dr. Freddy Campos Soto, cuya asesoría en la parte estadística, dio más valor a esta investigación.

A los internos de la Facultad de estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, quienes me apoyaron en el llenado de encuestas y gracias a ellos se logró la culminación del estudio.

## ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Título	ii
Jurado de Sustentación	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice	vi
Índice de Tablas	viii
Índice de Gráficos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii

### **CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 VIH	1
1.1.2 SIDA	1
1.1.3 Enfermedad del VIH/ SIDA	3
1.1.4 Manejo Odontológico	21
1.1.5 El VIH y los Derechos Humanos	40
1.1.6 Actitudes	42
1.2 Investigaciones	51
1.3 Marco Conceptual	60

### **CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES**

2.1 Planteamiento del Problema	62
2.1.1 Descripción de la realidad problemática	62
2.1.2 Definición del problema	65
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	66

2.2.1	Finalidad	66
2.2.2	Objetivo General y Específicos	66
2.2.3	Delimitación del estudio	67
2.2.4	Justificación e importancia del estudio	68
2.3	Variables	69
2.3.1	Variables e Indicadores	69
<b>CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO</b>		
3.1	Población y Muestra	70
3.1.1	Población	70
3.1.2	Muestra	70
3.2	Diseño a utilizar en el Estudio	71
3.3	Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	72
3.3.1	Técnica de Recolección de Datos	72
3.3.2	Instrumento de Recolección de Datos	72
3.4	Procesamiento de Datos	75
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>		
4.1	Presentación de los Resultados	76
4.2	Discusión de los Resultados	88
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>		
5.1	Conclusiones	95
5.2	Recomendaciones	96
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		97
<b>ANEXOS</b>		101

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>		<b>Pág.</b>
<b>N° 01</b>	Distribución de la muestra basada en el sexo.	<b>77</b>
<b>N° 02</b>	Distribución de la muestra basada en la edad.	<b>78</b>
<b>N° 03</b>	Distribución de la muestra basada en la sede hospitalaria	<b>79</b>
<b>N° 04</b>	Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de Estomatología.	<b>81</b>
<b>N° 05</b>	Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, según edad.	<b>82</b>
<b>N° 06</b>	Relación entre la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología y la edad; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia ( $p$ ).	<b>83</b>
<b>N° 07</b>	Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, según sexo	<b>84</b>
<b>N° 08</b>	Relación entre la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología y el sexo; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia ( $p$ ).	<b>85</b>
<b>N° 09</b>	Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, según sede hospitalaria.	<b>86</b>
<b>N° 10</b>	Relación entre la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología y sede hospitalaria; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia ( $p$ ).	<b>87</b>



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico</b>		<b>Pág.</b>
<b>N° 01</b>	Distribución de la muestra basada en el sexo.	<b>77</b>
<b>N° 02</b>	Distribución de la muestra basada en la edad.	<b>78</b>
<b>N° 03</b>	Distribución de la muestra basada en la sede hospitalaria	<b>80</b>
<b>N° 04</b>	Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología.	<b>81</b>
<b>N° 05</b>	Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, según edad.	<b>82</b>
<b>N° 06</b>	Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, según sexo.	<b>84</b>
<b>N° 07</b>	Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, según sede hospitalaria.	<b>87</b>

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en Internos de Estomatología del semestre académico 2017- I y 2017- II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017. El diseño metodológico que se utilizó en el presente estudio fue descriptivo, el tipo de investigación fue transversal y prospectivo, el enfoque cualitativo, para cumplir con el objetivo del estudio, se utilizó una muestra de 83 internos de la Facultad de Estomatología, que fueron seleccionados a los que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para procesar los resultados de los datos obtenidos al ejecutar la investigación se utilizó la estadística descriptiva y luego la inferencial, fue utilizando el programa estadístico SPSS versión 20.0. Los resultados mostraron que la actitud que tienen los internos de estomatología es alta con un número de 36 (43.4%), también se observó que los internos tienen una actitud regular en un número de 31 (37.3%) y muy por debajo de estos resultados se encuentra con una actitud baja con un número de 16 (19.3%). Se concluye en la investigación que los internos, al atender pacientes con VIH/SIDA tienen una actitud Alta.

Palabras clave

VIH, SIDA, Virus, Actitud.

## **ABSTRACT**

The main purpose of this research was to determine the attitude on dealing with HIV / AIDS patients for the Stomatology Interns of the Academic Semester 2017- I and 2017- II of the Inca Garcilaso de la Vega University in 2017. The methodological design used for this study was descriptive. By means of this the type of research was cross-sectional and prospective, and for the qualitative approach, to meet the purpose of the study, 83 interns of the Faculty of Stomatology who completed the inclusion and exclusion criteria were selected. The process used for the results achieved of this research was the descriptive statistics and for the inferential statistics was used the program SPSS version 20.0. The results showed the behaviour of Stomatology interns is high with a number of 36 (43.4%), it was also recorded interns have a regular attitude in a number of 31 (37.3%) and below these results with a number of 16 (19.3%). In conclusion, the investigation of the Stomatology Interns, as well as the patients with HIV / AIDS have a High attitude.

Keywords:

HIV, AIDS, Viruses, Attitude.

## INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". El sistema inmunitario que es la defensa natural de nuestro organismo contra agentes extraños, se volverá deficiente cuando no podrá cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. Así mismo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la fase o estadio más avanzado de la infección por VIH donde se desarrollaran múltiples infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH.

Según la OMS, actualmente este síndrome ataca a un considerable número de personas y se han totalizado 75 millones de afectados; en Europa y Asia es donde fundamentalmente se presenta una mayor incidencia.

En el Perú, la ONUSIDA ha reportado que en el 2016 había 70 mil habitantes seropositivos por VIH y se han producido 27 mil nuevos portadores de este virus y 22 mil muertes por esta misma enfermedad. Actualmente Lima y Callao tienen aproximadamente el 80% de los casos de SIDA en el país.

En relación a la salud bucal de las personas infectadas con el VIH es importante ya que en ellas las lesiones bucales son comunes, dado por la disminución de la función del sistema inmune provocando la llegada de infecciones oportunistas entre ellas leucoplasias, hongos y otras.

En los odontólogos su actitud frente a pacientes con VIH/SIDA a veces no es adecuada, sabiendo que el riesgo de transmisión en la consulta dental es baja, teniendo aun ese temor al contagio en la práctica odontológica. Y existen investigaciones sobre la actitud del profesional de odontología, la cual se ha observado que entre 15 y 35% de profesionales y estudiantes de odontología tienen una actitud inadecuada, la principal razón sería que el VIH es una enfermedad mortal y se puede contagiar por accidente biológico. Otra razón, a pesar de tener un buen conocimiento acerca de la enfermedad, sería que sienten, que no es su responsabilidad y que podría aumentar costos en su tratamiento.

El odontólogo tiene una vital importancia para la atención de este tipo de pacientes, ya que una buena actitud va ayudar a una buena atención en la salud bucal de ellos, y por ende también una mejora en su calidad de vida.

Por lo expuesto en los ítems anteriores, este estudio es de gran importancia, ya que la actitud del Interno de Estomatología, futuro profesional de la salud, podría afectar la atención de pacientes con VIH/SIDA. Este estudio tiene como objetivo determinar la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de Estomatología del semestre académico 2017- I y 2017- II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para que de esta manera, al finalizar la investigación se va a realizar recomendaciones para mejorar los niveles de actitud frente a los pacientes portadores de VIH, logrando una mejor calidad de vida para ellos.

## **CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Marco Teórico**

#### **1.1.1 VIH**

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad crónica e irreversible, la cual produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario que altera o anula su función, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de cumplir su función, con ello permite el desarrollo de infecciones oportunistas y/o neoplasias malignas, que de manera eventual conducen a la muerte del individuo afectado.<sup>1</sup>

#### **1.1.2 SIDA**

Síndrome de Inmunidad de Deficiencia Adquirida, es una etapa donde se produce un incremento de la actividad replicativa del virus. Es probable que el sistema inmunológico sea ya incapaz de reponer los linfocitos CD4+ destruidos y, por lo tanto, que su capacidad para limitar la multiplicación del VIH se reduzca progresivamente. Este momento de la infección coincide con la desaparición de los cambios reactivos que previamente se observaban en

los ganglios linfáticos, cuya arquitectura funcional resulta finalmente destruida por completo. Se asiste a una marcada depleción de linfocitos CD4+, a un aumento de la tasa de replicación viral y a un descenso importante de la actividad citotóxica anti-VIH.

Clínicamente, los pacientes suelen presentar una grave alteración del estado general, así como infecciones oportunistas, determinadas neoplasias y ciertos trastornos neurológicos característicos. Es a partir de este momento cuando el individuo infectado es considerado como enfermo de SIDA. La evolución natural de los pacientes cuando alcanzan esta fase es desfavorable, con una supervivencia inferior al 15%-30% a los 3 años.<sup>2</sup>

No obstante, incluso en este período, el TAR de alta eficacia es capaz de modificar radicalmente la historia natural de la enfermedad. En amplios estudios de cohortes se ha comprobado que reduce de forma espectacular la mortalidad y la necesidad de ingreso hospitalario de los pacientes, así como la incidencia de infecciones oportunistas y de sarcoma de Kaposi, si bien esta tendencia no ha sido demostrada en el caso de los linfomas no Hodgkin.<sup>2</sup> Algunos factores que influyen de manera determinante en la historia natural de la enfermedad .<sup>2</sup>

### **1.1.3 Enfermedad del VIH / SIDA**

#### **- Etiología**

El virus de inmunodeficiencia humana pertenece a la familia de los retrovirus humanos (Retroviridae), subfamilia lentivirus. Se reconocen dos serotipos de este virus: el VIH-1 y el VIH-2, la mayoría de casos registrados a nivel mundial son producidos por el VIH-1.<sup>1</sup>

#### **- Formas de Contagio**

No es común que la enfermedad aparezca en hospitales o laboratorios, también es muy raro que se contagie a través de un pinchazo o ante el contacto de sangre en mucosas o heridas. A pesar de no tener ninguna base científica que apoye sus temores, la población tiene mucho miedo ante el posible contagio de la enfermedad a través del aire, el agua o los insectos.<sup>3</sup>

#### **• Sexo**

La principal forma de contagio es a través del sexo. El pre-requisito para el contagio es el contacto directo con secreciones de una persona con VIH. La mayor cantidad de virus se encuentra en la sangre y en el fluido seminal. Se han descrito casos en los que la persona ha sido contagiada tras un sólo contacto sexual. Sin embargo, no siempre ocurre así ya que hay personas que han mantenido numerosas relaciones con personas infectadas sin tomar ningún método de prevención y no se han visto afectadas por la enfermedad. En algunos casos el virus se puede propagar se forma muy rápida. En la mayoría



de los casos el virus es detectado cuando la infección se ha propagado ampliamente. La forma de propagación del virus es muy variable: entre el 11 %. A pesar de que la mayoría de los pacientes están bajo terapia antirretroviral, hay una gran variabilidad en la aparición de los síntomas durante las distintas fases de la enfermedad. Esta gran variabilidad, tanto en el tiempo en que se manifiesta la enfermedad como en la expresión de síntomas, conlleva importantes consecuencias epidemiológicas. Tras la aparición de anticuerpos, la probabilidad de contagiar a otra persona es bastante elevada. Durante los años 80 proliferaron grupos de homosexuales bastante promiscuos que fueron propagando el virus. Paralelamente, la infección se propagó más rápidamente de lo esperado en personas monógamas. Las enfermedades venéreas y otros procesos inflamatorios en los genitales aumentan el riesgo de padecer VIH. EL alto número de contactos sexuales que hay en varias regiones de África ayuda a la propagación de la enfermedad.<sup>3</sup>

- **Vía parental**

El uso de cánulas y jeringas es la forma más habitual de transmisión del VIH entre personas consumidoras de drogas. Al contrario de lo que ocurre durante una herida realizada de forma accidental, con este tipo de prácticas se transfiere más cantidad de sangre. La incidencia del VIH entre personas drogodependientes es distinta según la zona ya que en algunos países el consumo de drogas es reciente, por ejemplo

en Europa del Este, Asia Central, Indonesia, Irán. Es a partir de los años 90 cuando aparecen los primeros casos en estos países.<sup>3</sup>

- **Madre-Hijo**

Durante el embarazo y el parto es cuando la madre tiene mayor probabilidad de transmitir la enfermedad a su hijo. Durante la década de los 80 aparecieron casos de niños infectados por sus madres. La enfermedad se transfiere al hijo en el 15% de los casos. Los primeros casos fueron detectados en Europa y el tratamiento médico sólo es efectivo en el 2% de los casos. En Alemania hay pocos casos en los que la madre haya infectado a su hijo. El VIH también puede transmitirse a través de la leche materna, por lo que es recomendable que no amamenten a su hijo.<sup>3</sup>

- **Transfusiones de sangre**

Las transfusiones de sangre efectuadas en Alemania han ayudado a propagar la enfermedad durante los años 80. Desde que se detectó esta forma de transmisión, se han realizado controles rigurosos para reducir al mínimo esta vía de contagio. En los casos en los que pueda haber alguna duda sobre la fiabilidad, no se realiza la donación.

- **Drogodependientes**

Prostitutas, personas que hayan mantenido relaciones con prostitutas en los últimos 6 meses, especialmente procedentes de África y Asia.

Inmigrantes procedentes de países donde la incidencia de la infección es alta.

- **En el hogar**

Son escasos los casos en los que un miembro de la familia contagia a otro. Sin embargo, se deben tomar las siguientes precauciones: Usar guantes cuando se tenga que manipular orina o vómitos. La persona infectada debe mantener vendada aquellas zonas donde aparezca una herida o un eczema. Si alguna parte del cuerpo entra en contacto con sangre infectada debe lavarse de inmediato y hay que desinfectar aquellas superficies que hayan sido manchadas. Se debe evitar situaciones en las que pueda existir un contacto con la sangre. No se recomienda compartir las maquinillas de afeitarse ni el cepillo de dientes. No se debe usar elementos afilados. En el caso de usar jeringas, desecharlas de inmediato.<sup>3</sup>

- **Trabajo**

Trabajar con una persona infectada por VIH no supone ningún riesgo, siempre que no se padezca otro tipo de enfermedad con la hepatitis-A. Deben seguirse las mismas recomendaciones que en el hogar y evitar en lo posible el contacto con sangre. Siempre que se realice un corte en la piel como tatuajes, piercing, acupuntura, pues debe desecharse el material o esterilizarlo.<sup>3</sup>

- **Besos**

No es frecuente que la infección se pueda transmitir a través de un beso. El riesgo aparece si el paciente tiene alguna herida que sangre y puede entrar en contacto con la otra persona.<sup>3</sup>

- **Saliva, lágrimas y sudor**

En algunos pacientes se han encontrado pequeñas concentraciones del virus en la saliva, las lágrimas o el sudor, pero no en la suficiente cantidad como para transmitir la infección. Hasta la fecha no hay ningún caso en el que el paciente haya sido infectado de esta manera.<sup>3</sup>

- **Insectos**

Se han realizado diversos estudios que investigaban la posible transmisión del virus a través de los insectos y todos han concluido que no es posible.<sup>3</sup>

- **Curso Natural de la Infección**

El curso de la enfermedad es muy variable de un paciente a otro. La enfermedad provocada por el VIH tiene un desarrollo típicamente crónico, en el que tras una fase aguda inicial, definida como infección primaria, durante la cual se produce la seroconversión, sigue una larga fase de latencia clínica asintomática, que normalmente dura años y precede a la aparición del SIDA.<sup>3</sup>

## - Diagnóstico

La prueba sistemática para detectar individuos seropositivos es la inmunoabsorción ligada a enzimas (ELISA), también conocida como inmunoanálisis enzimático (EIA) que tiene una extraordinaria sensibilidad (más de 99.5%), combina la detección de anticuerpos contra VIH y la detección de antígeno p24 de VIH, los resultados de la prueba se expresan como positivo, negativo o indeterminado (reacción parcial). A pesar de ello, tiene el inconveniente de que puede presentar resultados falsos-positivos; entre los factores que se asocian con éstos se encuentran los anticuerpos contra los antígenos de clase II, los autoanticuerpos, las hepatopatías, la vacunación reciente contra la gripe y las infecciones virales agudas.<sup>1</sup>

Cuando se sospecha infección de VIH en un paciente, la primera prueba que se debe realizar es ELISA, si el resultado es negativo se descarta el diagnóstico, si es indeterminado o positivo, la prueba debe repetirse. Cuando el resultado de la segunda prueba es negativo se descarta infección por VIH. En caso de que la prueba repetida resulte indeterminada o positiva, debe realizarse otra más como confirmatoria del análisis de inmunotransferencia (Western blot), el cual detecta anticuerpos frente a antígenos de VIH de pesos moleculares específicos. Esta combinación de resultados sólo informa que el sujeto ha estado expuesto al VIH, pero no indica el estado de la infección o si éste se encuentra ya en la fase de SIDA. Sin embargo, todo sujeto positivo debe considerarse en potencia infeccioso.<sup>1</sup>

Existen además varias pruebas para la detección directa del VIH o de sus componentes, las cuales se utilizan para el diagnóstico de infección cuando los resultados de inmunotransferencias son indeterminados. Asimismo, las pruebas que detectan los valores de RNA del VIH son útiles para determinar el pronóstico, la necesidad de tratamiento retroviral y evaluar la eficacia del mismo. Las pruebas para la detección son: análisis de captación p24, la PCR de transcriptasa inversa, la DNA ramificada y la amplificación basada en la secuencia del ácido nucleico. Además de estas pruebas, también se utiliza la PCR del DNA en los laboratorios de investigación para establecer el diagnóstico de infección por VIH y se amplifica el DNA provírico a partir de células mononucleares de la sangre periférica.<sup>1</sup>

#### - **Epidemiología**

La tasa anual de nuevas infecciones a nivel mundial ha disminuido un 21% de 1997 al 2010, esto debido a los grandes esfuerzos de educación, campañas para uso adecuado del preservativo, lucha contra la discriminación, entre otras; aunque el factor más importante es la ampliación de la cobertura con antirretrovirales a los pacientes infectados.<sup>1</sup>

México se encuentra dentro del rango de 60 a 79% de cobertura, junto a otros países como Argentina, Brasil, Costa Rica, Etiopía, Kenya, República Dominicana, Ecuador, Georgia, Rumania, Suasilandia, Tailandia, Uruguay y Zambia. El tratamiento antirretroviral altamente

activo (TARAA) fue introducido como procedimiento de primera línea en 1996 y a partir de entonces la enfermedad se ha modificado de manera sustancial, de tal forma que se empieza a convertir en una enfermedad crónica que no se cura pero que puede ser bien controlada, con una disminución considerable de la morbi-mortalidad y mejora en la calidad de vida de la mayoría de los pacientes.<sup>1</sup>

En la actualidad el virus de inmunodeficiencia humana sigue siendo un problema para la salud mundial, en el 2016 aproximadamente 36,7 millones de personas son portadores del VIH, teniendo nuevos infectados alrededor de 1,8 millones de personas en el mundo. En total las cifras de fallecimiento por esta enfermedad han sido ya más de 35 millones.<sup>4</sup>

Según la ONUSIDA en Latinoamérica en el 2016 se conoce que 1,8 millones de personas viven con VIH, se dio un aproximado de 97 mil nuevas infecciones por este virus y fallecieron en él un total de 36 mil personas en ese mismo año. También en la hoja informativa del 2017 que no hubo una modificación por nuevas infección por VIH entre los años del 2010 a 2016.<sup>5</sup>

Si hablamos sobre nuestro país veremos que en el 2016 había 70 mil habitantes seropositivos por VIH y se han producido 27 mil nuevos portadores de este virus y 22 mil muertes por esta misma enfermedad.<sup>6,7</sup>

El TARAA ha reducido la tasa de prevalencia, recurrencia y gravedad de la mayor parte de los padecimientos asociados a VIH. De la misma manera, las lesiones orales han disminuido en frecuencia pero algunas manifestaciones orales son marcadores tempranos de la infección por VIH y predictores de la progresión de la enfermedad. <sup>1</sup>

#### - **Manifestaciones Clínicas**

La enfermedad por VIH comienza en el momento de la infección primaria y progresa por diversos estadios, desde un síndrome agudo que se presenta en la infección primaria, pasa también por un estado asintomático prolongado hasta llegar a la fase sintomática temprana y a la etapa de enfermedad avanzada (SIDA). <sup>1</sup>

Se estima que entre un 50 a 70% de los individuos infectados por VIH desarrollan un síndrome clínico agudo similar a mononucleosis infecciosa entre 3 y 6 semanas después de la infección primaria. La sintomatología persiste por una a varias semanas y cede de manera gradual conforme se desarrolla una respuesta inmunológica al VIH; la mayor parte de los pacientes se recupera de forma espontánea. Se denomina “periodo de ventana” a la etapa previa a la producción de anticuerpos anti-VIH la cual varía de 3 a 6 semanas, posterior a ella comienzan a aparecer éstos y es a partir de entonces cuando el sujeto puede ser diagnosticado a través de exámenes serológicos. <sup>1</sup>



En la mayoría de los pacientes, después de la infección primaria se continúa con un periodo prolongado de latencia clínica o de enfermedad de baja intensidad y solamente en 10% de los pacientes presentan un cuadro de deterioro clínico e inmunitario de manera fulminante.<sup>1</sup>

El estadio asintomático desde la seroconversión hasta las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad varía mucho; en promedio de 10 años para los pacientes no tratados. La rapidez de la progresión de la enfermedad guarda relación directa con los niveles de RNA del virus. Durante este periodo continúa la disminución progresiva e irreversible en el número absoluto de linfocitos T CD4, (se estima una velocidad aproximada de 50 células/ $\mu$ l al año) con inversión de la proporción T CD4/T CD8, anergia cutánea y el desarrollo de trastornos graves en la función linfocitaria celular y humoral.<sup>1</sup>

En la etapa sintomática temprana se ubican los sujetos que presentan signos de inmunosupresión y cifras menores a 400 linfocitos T CD4 por  $\text{mm}^3$ . Además, se presentan signos clínicos tales como agrandamiento de ganglios linfáticos, sudoración nocturna, pérdida de peso, candidiasis bucal, fiebre, malestar general y diarrea.<sup>1</sup>

Conforme disminuye la cifra de linfocitos CD4 aparecen de manera gradual los signos y síntomas característicos de las fases avanzadas de la enfermedad, tales como linfadenopatía persistente, fiebre,

pérdida de peso, diarrea, sudoración nocturna, erupciones cutáneas, mialgia, artralgia, cefalea y neuropatía, hasta llegar a la fase de SIDA (menos de 200 linfocitos T CD4+ por mm<sup>3</sup>, se estima una cifra de 600 a 800/mm<sup>3</sup> de sangre en un individuo sano). En esta etapa clínica de la enfermedad el sujeto se vuelve en particular susceptible al desarrollo de infecciones oportunistas por microorganismos como *Pneumocystis jirocevi*, micobacterias atípicas, tuberculosis, infección por citomegalovirus y otras más, así como neoplasias malignas infrecuentes.<sup>1</sup>

Además de las enfermedades clásicas que definen al SIDA, los pacientes con infección de VIH también tienen incremento de enfermedades no relacionadas al SIDA como problemas cardiovasculares, renales y hepáticos.<sup>1</sup>

Con el uso extendido de cuidado antirretroviral, aunado a las normas preventivas de infecciones oportunistas, la incidencia de infecciones secundarias ha disminuido de manera espectacular. El espectro clínico de la enfermedad por el VIH está en constante cambio dado que el paciente vive más tiempo y se utilizan mejores técnicas terapéuticas y profilácticas.<sup>1</sup>

#### **- Manifestaciones Bucales**

Las lesiones bucales son comunes en los pacientes infectados por VIH, varían de un 30 a 80% y pueden indicar alteración del estado

general de salud; en consecuencia son una señal de mal pronóstico. Se pueden presentar manifestaciones que involucran la región maxilofacial en todos los estadios de la enfermedad, pero sobre todo cuando tienen menos de 200 células CD4+/mL o más de 3000 copias/mL de RNA viral, donde son más frecuentes las infecciones oportunistas y en algunos casos, las lesiones orales son la primera manifestación de la enfermedad. <sup>1</sup>

No existe una patología bucal exclusiva del VIH, aunque algunas lesiones o trastornos tienen estrecha relación con la enfermedad y sugieren el diagnóstico. Las enfermedades bucales pueden ser clasificadas en:

- Infecciosas: debidas a hongos, virus, bacteria o parásitos.
- Neoplasias: sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin.
- Inmunológicas: estomatitis necrotizante, estomatitis aftosa recurrente.
- Otras: enfermedades de la parótida, nutricionales, xerostomía.
- Por efectos adversos de antirretrovirales. <sup>1</sup>

La Alianza para la Investigación Oral de VIH/SIDA (OHARA) publicó en 2009 una actualización de la definición de caso de enfermedades bucales en pacientes con infección por VIH, las cuales son clasificadas por etiología (patogénesis), descripción clínica que incluye el dolor, tipo, extensión, localización, síntomas, duración de las lesiones y si se requiere biopsia para el diagnóstico definitivo o no. <sup>1</sup>

La prevalencia de casi todas las lesiones orales ha disminuido en más del 30% con la introducción del TARAA; por un lado se ha incrementado la enfermedad de las glándulas salivales y otros padecimientos han permanecido sin cambios o con descenso, por ejemplo la candidiasis oral o la presencia de úlceras aftosas. <sup>1</sup>

- **Candidiasis**

La candidiasis bucal es la enfermedad micótica más frecuente observada como manifestación inicial en los pacientes infectados y se considera un marcador de progresión de la enfermedad y de inmunosupresión importante, ya que por lo general se presenta con cuentas de CD4+ debajo de 300/ml. La prevalencia reportada varía de 1.5 a 56% en adultos y es más frecuente en países en vías de desarrollo. <sup>1</sup>

Es la micosis más prevalente y la patología oral del SIDA más observada. Suele recidivar varias veces en un mismo paciente a lo largo de la evolución de la infección por VIH. <sup>8</sup>

En niños puede fluctuar de 22.5 hasta 83.35%. Esta variabilidad también puede deberse a factores sociodemográficos (edad mayor de 35 años, uso de drogas intravenosas y tabaquismo: más de 20 cigarrillos al día), características clínicas y métodos diagnósticos empleados. La especie más frecuente es *Candida albicans* aunque

se han reportado otras Candida no albicans. La candidiasis bucal puede extenderse e involucrar la faringe, la laringe y el esófago.<sup>8</sup>

Existen cuatro variedades clínicas:

- **Seudomembranosa:** Es la lesión más frecuente; se caracteriza por placas blanquecinas o cremosas, de tamaño variable, que se presentan en la mucosa bucal y lengua y que al desprenderse dejan un fondo eritematoso.
- **Atrófica:** Se caracteriza por una mácula eritematosa plana de bordes bien definidos, de diferentes tamaños que se localiza sobre todo en el dorso de la lengua y/o en el paladar duro y blando, o ambos. Los pacientes refieren sensación de quemadura al ingerir alimentos salados o muy condimentados.
- **Queilitis angular:** Se presenta como un eritema, úlcera o fisuras en la comisura bucal; son dolorosas, unilaterales o bilaterales y pueden presentarse asociadas a otra variedad clínica de candidiasis.
- **Hiperplásica:** Se manifiesta como pequeñas prolongaciones blanquecinas de diferentes tamaños que se localizan sobre todo en el borde libre y dorso de la lengua. Las áreas blancas son debidas a hiperqueratosis y no pueden ser removidas mediante el

raspado. Esta lesión bucal también puede confundirse con la leucoplasia pilosa, que se presenta en otros microorganismos como el virus de Epstein-Barr, por lo que se tiene que hacer un diagnóstico diferencial.<sup>8</sup>

- **Leucoplasia vellosa**

Se trata de una infección oportunista que aparece en pacientes inmunosuprimidos; es producida por el virus de Epstein-Barr, la cual se manifiesta como una hiperplasia epitelial que se presenta de manera clínica como una placa blanca corrugada, por lo regular bilateral y no desprendible al raspado, sobre todo en los bordes laterales de la lengua. Esta condición es asintomática y a menudo se encuentra co-infectada por *Candida albicans*. El diagnóstico definitivo requiere de la demostración del virus Epstein-Barr en las lesiones mediante técnicas de hibridación in situ o reacción en cadena de la polimerasa. El régimen de esta lesión en ausencia de síntomas no está justificado porque tiene un curso remitente y puede desaparecer en forma espontánea.<sup>1</sup>

- **Virus varicela-zóster**

La infección por virus varicela-zóster es un marcador de la progresión de la infección por VIH. Las lesiones presentan distribución unilateral y, cuando se afecta alguna rama del trigémino, se pueden presentar alteraciones bucales que van desde

dolor dental hasta la presencia de una erupción vesículo-ulcerativa que de manera típica se detiene en la línea media.<sup>1</sup>

En el paciente con VIH + es común que las lesiones aparezcan a edades más tempranas que en el inmunocompetente. Es este, cuando el Zoster aparece en la adolescencia o en la adultez temprana, se debe a que la varicela sucedió en la etapa intrauterina o en el momento de nacer.<sup>8</sup>

- **Sarcoma de Kaposi**

Es la neoplasia maligna más frecuente en los pacientes VIH-positivos en etapa de SIDA, cuando la cuenta de linfocitos CD4+ es menor a 100/mm<sup>3</sup>. Su etiología se ha asociado al virus herpes tipo 8. Los factores que incrementan el riesgo de presentar sarcoma de Kaposi incluyen una cuenta de linfocitos CD4+ menor a 100/mm<sup>3</sup>, homosexualidad e infección por VIH. La boca es el sitio inicial de aparición de esta neoplasia. Las heridas pueden aparecer como manchas de color café, rojo o púrpura, las cuales pueden progresar hasta formar lesiones papulares, nodulares o ulceraciones tumorales, que pueden desarrollarse en cualquier parte de la mucosa bucal; afectan sobre todo el paladar duro, la encía y el dorso de la lengua. En etapa inicial son asintomáticas, en las lesiones ulceradas el paciente manifiesta dolor intenso.

El diagnóstico definitivo se establece por medio de biopsia. El tratamiento del sarcoma de Kaposi bucal dependerá de su localización, tamaño, número y sintomatología de las lesiones. En muchos casos el método antirretroviral produce la estabilización o reducción de las lesiones. Sustancias esclerosantes y vinblastina se han utilizado en forma intralesional con involución completa de las lesiones, también se han utilizado la tratamiento quirúrgico, radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia sistémica.<sup>1</sup>

- **Estomatitis necrotizante**

La periodontitis del adulto es frecuente entre los pacientes infectados por VIH. Existen alteraciones que se asocian de manera específica como gingivitis o periodontitis úlcero-necrosantes; la frecuencia de ambas depende de factores tales como el nivel de linfocitos CD4+ y afecciones periodontales pre-existentes. Es importante que el odontólogo identifique en una etapa temprana estas lesiones para prevenir un mayor deterioro periodontal. La gingivitis y periodontitis úlcero-necrosante se caracteriza por la destrucción de una o más papilas interdetales, con ulceración, halitosis y sangrado espontáneo y representan diferentes grados de gravedad de un mismo proceso patológico. En la periodontitis existe la presencia de dolor, sangrado gingival, pérdida de inserción por extensión de la ulceración con necrosis de los tejidos blandos y en ocasiones puede haber exposición de hueso necrótico y afectar zonas localizadas o ser generalizada; existe evidencia de pérdida



dental u ósea con movilidad.<sup>1</sup> Su tratamiento es a base de metronidazol o clindamicina.<sup>8</sup>

- **Estomatitis aftosa recurrente**

Las úlceras recurrentes llamadas aftas y las llamadas inespecíficas constituyen las formas más frecuentes de ulceración en los pacientes VIH-positivos. Las aftas por lo regular se presentan en aquellos pacientes con historia previa de la condición. En los infectados por VIH es notorio un aumento en la frecuencia y gravedad de los ataques. Estas lesiones tienen predilección por mucosa móvil, aparecen como úlceras menores (<5mm), mayores (>5mm). Son circulares u ovales, de fondo limpio y borde eritematoso; además, de acuerdo con su tamaño y localización, producen dolor y malestar local de intensidad variable. Es común que las úlceras inespecíficas se presenten en paladar blando y orofaringe; son similares a las aftas, pero carecen de historia de recurrencia y su diagnóstico se realiza por exclusión con otras lesiones ulceradas mediante pruebas de laboratorio y estudios citológicos o histopatológicos. Se sugiere que las úlceras asociadas con la infección VIH deberían biopsiarse, dado que son susceptibles a tratamiento si se identifican agentes específicos como herpes virus, citomegalovirus o micobacterias. Las úlceras mayores suelen responder a la talidomina, pero sólo se emplea cuando las otras causas se han excluido.<sup>8</sup>

- **Enfermedades de glándulas salivales**

La parotiditis crónica en los niños se considera patognomónica de infección por VIH. Es probable que su etiología sea el citomegalovirus o el virus de Epstein–Barr. En los adultos se caracteriza por un síndrome tipo Sjögren con agrandamiento bilateral de glándulas parótidas debido a lesiones linfoepiteliales que consiste con frecuencia en quistes, identificables mediante TC o ecografía. Los quistes de las glándulas salivales en el paciente VIH responden al tratamiento antirretroviral. <sup>1</sup>

#### **1.1.4 Manejo Odontológico**

El método antirretroviral de alta actividad, aunado a las normas preventivas de infecciones oportunistas, ha logrado un incremento en la expectativa de vida de los pacientes infectados por el VIH; lo que ha traído como consecuencia un aumento significativo en el número de individuos VIH positivos que requieren de atención odontológica. <sup>1</sup>

Dado que el riesgo de transmisión del VIH durante el trabajo odontológico existe, pero es muy bajo, todos los pacientes deben considerarse en potencia infecciosos y tratarse con control total de infecciones como los individuos con hepatitis B o tuberculosis. Lo más adecuado es utilizar los métodos de barrera y demás precauciones universales en todas las actividades clínicas y de laboratorio, además de identificar en las pacientes prácticas de alto riesgo para enfermedades infectocontagiosas o evidentes signos de enfermedad. El odontólogo debe conocer las normas de bioseguridad y aplicarlas a su

práctica diaria. Se recomienda incrementar el nivel de seguridad y respetar las siguientes normas: fundamental el lavado de manos, el uso de doble juego de guantes, cubrebocas, gorro y anteojos; trabajar con bata de mangas largas y cuello cerrado, usar siempre instrumental esterilizado y desinfectar el área de trabajo. La mayor parte de seroconversión en profesionales sanitarios se debe a pinchazos con agujas contaminadas, por lo que deben respetarse las normas recomendadas para manipular objetos punzocortantes para reducir este tipo de accidentes.<sup>1</sup>

Es importante contar con una historia clínica completa, ya que los individuos infectados por VIH son pacientes médicamente comprometidos y su estado de salud puede variar a nivel sistémico como a nivel de los tejidos bucales. Primero, debe considerarse el estado físico actual y la etapa de la infección en la que se encuentra el paciente. La mayoría de ellos son capaces de informar acerca de su padecimiento, medicamentos empleados y dosis, así como los resultados de laboratorio más recientes. De ser necesario se puede obtener o ampliar la información mediante interconsulta con el médico tratante del paciente.<sup>1</sup>

Es importante distinguir entre pacientes infectados por VIH y los que presentan SIDA, ya de que ello dependerá en gran medida la extensión de tratamiento dental. Las personas VIH positivas que se encuentran asintomáticos y en etapas tempranas de la enfermedad pueden recibir atención odontológica sin riesgo, dado que no existen evidencias que sugieran que deban hacerse modificaciones al régimen estomatológico en

esta situación. Los pacientes que se encuentran en las etapas avanzadas de la enfermedad también pueden tolerar el procedimiento de cuidado dental de rutina sin mayores complicaciones, y sólo cuando presenten linfopenia, trombocitopenia o deterioro sistémico grave, se requiere hacer adecuaciones al plan de atención odontológica por el riesgo de sangrado e infección que pudieran manifestar.<sup>1</sup>

Los sujetos con SIDA que presentan una cuenta de linfocitos T CD4 menor a 200/mm<sup>3</sup> se vuelven en particular susceptibles al desarrollo de infecciones oportunistas graves, tales como neumonía por P. Carinii, toxoplasmosis, tuberculosis, infección por citomegalovirus y otras más, así como neoplasias malignas infrecuentes. En estos pacientes la extensión del proceso odontológico dependerá en gran medida de su condición sistémica y del pronóstico de vida, sólo deberán ser referidos para tratamiento estomatológico intrahospitalario cuando el estado de salud general lo justifique, pero no por el procedimiento odontológico en sí.<sup>1</sup>

El papel del odontólogo comprende la identificación, diagnóstico y el manejo de las diversas manifestaciones bucales asociadas a la infección por VIH. De manera independiente a la etapa de su enfermedad, en los pacientes con infección de VIH deberán establecerse procedimientos preventivos para eliminar o reducir la incidencia y gravedad de las complicaciones orales que pudieran aparecer durante el avance del padecimiento, lo que mejorará la calidad de vida de estos pacientes.<sup>1</sup>

El odontólogo que es parte de los profesionales de la salud, quienes siempre estarán en riesgo contra las contaminaciones biológicas las cuales causan daño a la salud, por estos motivos se debe tener una orientación hacia el cumplimiento de las normas de bioseguridad, donde se dice que prevenir es mejor que curar, esto nos da a entender que siempre debemos tener en cuenta de seguir estas normas de bioseguridad para así evitar contaminaciones tanto hacia el personal de odontología como contaminaciones cruzadas entre los pacientes.<sup>1</sup>

Los profesionales de odontología y/o estudiantes de odontología no tienen una actitud positiva en la atención de pacientes portadores de VIH. La razón principal que se observa es que tienen una sensación de peligro de infectarse, dado que la enfermedad es mortal y su transmisión se puede dar por un accidente biológico.

Entre los trabajadores de la salud el riesgo de contagio de la infección del VIH es muy bajo, se ha calculado en solo un 0,3% por heridas percutáneas con objetos punzo cortantes es decir que el 99.7% de las exposiciones por piquetes y cortadas no ocasionan infección. Es considerado que el riesgo después de la exposición de la piel a la sangre infectada con VIH es menos de 0.1%, una pequeña cantidad de sangre que entre en contacto con piel intacta probablemente no representa ningún riesgo.<sup>9</sup>

El profesional de la salud bucal no solo se debe preocupar por realizarle el tratamiento en ese momento; es también darle la información sobre medidas

de prevención y control referente a las lesiones bucales que presentan este tipo de pacientes.<sup>9</sup>

Según la CDC (Centros para el control de enfermedades) la relación a la odontología se ha observado tres casos de contaminación ocupacional mundialmente del virus de la inmunodeficiencia humana, en dos odontólogos y una auxiliar del mismo ámbito, otro caso aún no comprobado, se dio que un odontólogo infecto a seis de sus pacientes. Dando cifras mínimas de contagio del VIH/SIDA en un consultorio dental.

El manejo odontológico hacia los pacientes portadores de VIH, no es diferente hacia personas no infectadas. El protocolo de control de infecciones funciona para todo paciente que llega a la consulta odontológica, teniendo las mismas medidas de bioseguridad. El odontólogo brindara la atención del paciente infectado con VIH, según las necesidades requeridas para rehabilitar, mantener y prevenir de las múltiples enfermedades en relación a la salud bucal, para darle una calidad de vida óptima a este tipo de pacientes.<sup>10</sup>

#### **- Tratamiento**

Los pacientes infectados con VIH que requieren tratamiento odontológico pueden estar bajo TARAA y recibir medicamentos para la prevención de infecciones oportunistas por *Toxoplasma gondii*, *Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides immitis* y citomegalovirus entre otros. Al planear el tratamiento dental deben considerarse las acciones farmacológicas, los posibles efectos

secundarios, interacciones y contraindicaciones de estos medicamentos y de ser necesario, consultar con el médico tratante del paciente antes de realizar cualquier procedimiento.<sup>1</sup>

Algunos de los fármacos empleados con frecuencia por el odontólogo pueden provocar reacciones adversas al interactuar con los que el paciente recibe para el control de la enfermedad. El paracetamol debe usarse con precaución en pacientes tratados con zidovudina, ya que la anemia y trombocitopenia inducida por este inhibidor de la transcriptasa reversa pueden ser intensificados por el analgésico. La administración de ketoconazol puede alterar el metabolismo y la absorción de algunos inhibidores de proteasas como el indinavir. Así como también debe evitarse el uso de ácido acetilsalicílico y otros AINE en pacientes con trombocitopenia.<sup>1</sup>

Es conveniente recordar que la mayoría de los inhibidores de la proteasa, como el saquinavir, pueden producir xerostomía, alteraciones del gusto y parestesias periorales. Algunos de los componentes del TARA pueden también causar eritema multiforme, hiposalivación, cuya etiología es la didanosina y úlceras bucales producidas por zalcitabina.<sup>1</sup>

## **- Consideraciones Especiales para Pacientes Dentales con VIH/SIDA**

Al planificar el tratamiento para el paciente VIH, los dentistas deben considerar primero la condición física actual del paciente y el pronóstico para la progresión de la enfermedad VIH. Está es una consideración necesaria, similar a la que se realiza al evaluar a otros pacientes médicamente comprometidos con enfermedades potencialmente terminales. Proveer cuidado y tratamiento dental al paciente VIH positivo puede afectar su calidad de su vida. Las prioridades del tratamiento deben ser ajustadas debidamente. La planificación del tratamiento para el paciente VIH sigue la misma secuencia que para otros pacientes. Las prioridades deben ser:

- Aliviar el dolor
- Restaurar la función
- Prevenir enfermedades futuras
- Considerar los resultados estéticos

Cada paciente debe evaluarse individualmente. La enfermedad del VIH es multifactorial con una gama de efectos clínicos orales y sistémicos. Hay que sobre enfatizar la importancia de realizar un análisis abarcador de la condición física del paciente al realizar un plan de tratamiento. <sup>5</sup>



## - **Planificación General del Tratamiento**

Aunque no hay una justificación para modificar el tratamiento dental basado únicamente en la condición de VIH del paciente, sí existen consideraciones de tratamiento particulares para la población infectada por el VIH. La salud oral general puede afectar la salud sistémica total.

Las guías generales son las siguientes:

- La modificación en el cuidado de pacientes con VIH es similar a la de otros pacientes médicamente comprometidos.
- Se recomienda una actitud diligente y proactiva hacia el tratamiento dental de pacientes VIH. Por lo tanto, se debe poner énfasis en la prevención.
- El establecer prioridades y planificar tratamiento dental son importantes y requieren una evaluación individual. Los resultados de esta evaluación pueden exigir a veces una desviación de la secuencia normal del plan de tratamiento dental.<sup>11</sup>

La comunicación franca entre dentista y paciente ayuda a determinar las opciones de tratamiento y el plan de tratamiento apropiado. Aunque el dentista siempre debe tratar de proveer el mejor cuidado oral posible, debe tener en cuenta los deseos y expectativas del paciente, particularmente los pacientes con la enfermedad del VIH en etapa final.<sup>11</sup>

La condición nutricional del paciente también puede afectar su plan de tratamiento completo. Por ejemplo, los pacientes con caries rampantes requieren un análisis nutricional y pueden beneficiarse de un asesoramiento dietético para disminuir el consumo de carbohidratos o de unas estrategias para aumentar el flujo salivar. Algunos pacientes con VIH padecen de falta de apetito y como resultado están malnutridos. Si se sospecha malnutrición en pacientes dentales, éstos deben ser aconsejados sobre el uso de suplementos dietéticos y deben ser referidos a sus médicos para su manejo. Evaluación de etapa de enfermedad y sus repercusiones al planificar el tratamiento apropiado, debe evaluarse la condición médica completa de una persona así como la condición de VIH. <sup>11</sup>

Además de hablar con el paciente para cerciorarse de la etapa de la enfermedad del VIH, debe considerarse lo siguiente:

- La capacidad del paciente para cumplir con las citas y tolerar el tratamiento.
- La capacidad del paciente para acatar y entender las instrucciones.
- Los recursos financieros del paciente y la capacidad para invertir en el cuidado dental.

Los pacientes pueden faltar a sus citas por una variedad de motivos, incluso la dificultad para conseguir transportación a la oficina, las limitaciones ortopédicas o la demencia, que pueden resultar en olvidar las instrucciones postoperatorias, los medicamentos, los horarios,

etcétera. Para minimizar el riesgo de una cancelación o una ausencia, es prudente determinar y acomodar el mejor horario del paciente para las citas y citarle de acuerdo a su conveniencia. Puede que se requiera esfuerzos adicionales. Aun con instrucciones escritas, pueden ser necesarios unos pasos adicionales, por ejemplo, un recordatorio por teléfono 24 horas antes de y el día de la cita. <sup>11</sup>

También puede ser necesaria flexibilidad al fijar la hora de citas del paciente para que podamos acomodar los horarios de los medicamentos de los pacientes, especialmente, dado a la terapia de medicamentos múltiples que puede requerir que los pacientes tomen sus medicamentos en intervalos muy frecuentes, a veces con y a veces antes de las comidas. <sup>11</sup>

El paciente crónicamente enfermo se enfrenta con muchas exigencias relacionadas a sus limitados recursos económicos. Además de considerar un cuidado a largo plazo potencialmente costoso, tienen que financiarse la prevención y el mantenimiento de la salud. El seguro privado de salud, Medicaid y los programas de Medicare generalmente no proveen beneficios de cuidado de salud oral extensos. Consejería profesional al desarrollar un plan de tratamiento dental que sea financieramente apropiado es una parte importante del asesoramiento del paciente. El paciente tiene que poseer la capacidad de cumplir físicamente con y tener los recursos financieros para pagar el cuidado de salud oral médicamente necesario. <sup>11</sup>

## - **Consideraciones en el Tratamiento Odontológico**

### • **Consideraciones Restaurativas**

Las consideraciones restaurativas son las mismas para los pacientes con VIH que para la población dental general. Los pacientes que no se consideran como buenos candidatos para los procedimientos restaurativos extensos incluyen a aquellos con las siguientes condiciones:

- Caries (de raíz o corona) rampantes o desenfundadas
- Flujo salivar reducido
- Acidez oral por vómito frecuente
- Manifestaciones orales de la enfermedad del VIH, tales como las úlceras recurrentes mal controladas o infecciones herpéticas

Los pacientes no ambulatorios y terminales requieren unas opciones de tratamiento simplificadas el ionómero de vidrio es un material particularmente útil para restaurar los dientes en estos pacientes.<sup>11</sup>

La combinación de la enfermedad periodontal, flujo salivar reducido, exposición a fluidos gástricos y la pobre higiene oral aumentan la probabilidad de caries radicales. Cuando estas condiciones están presentes, tienen que ser identificadas (junto con su causa) y, cada vez que sea posible, tratadas o eliminadas antes de iniciar un tratamiento restaurativo.<sup>11</sup>

Cuando los procedimientos restaurativos son indicados, la selección de materiales restaurativos será determinada principalmente por los deseos del paciente, las preferencias del dentista, las limitaciones en su aplicación y los recursos económicos disponibles al paciente.<sup>11</sup>

- **Consideraciones Protésicas**

Una prótesis estética es de valor incalculable para las personas con enfermedades terminales debilitantes, ya que la apariencia facial y la sonrisa permanecen fundamentales para la autoestima. En tales pacientes, el tratamiento protésico debe ser completado lo más rápido posible.

El tratamiento protésico para la población con VIH es similar al tratamiento protésico para la población de edad avanzada, ambos grupos pueden estar propensos a candidiasis, xerostomía y al síndrome de desgaste. Una dentadura parcial en acrílico puede ser una buena opción para el paciente con un pronóstico dental dudoso.<sup>11</sup>

- **Consideraciones del Tratamiento General**

Los pacientes asintomáticos con VIH pueden tratarse de la misma manera que cualquier otro paciente dental. En esta etapa de la enfermedad del VIH, el sistema inmune todavía está generalmente intacto. Hay que monitorear continuamente la progresión de la enfermedad y ajustar el plan de tratamiento. El número de pacientes

cuyo plan de tratamiento tiene que modificarse es relativamente pequeño y estos pacientes usualmente están en etapas tardías de la progresión de la enfermedad. La terapia anti-retroviral reciente reduce estos números aún más.<sup>11</sup>

Debe establecerse un dialogo con el médico primario del paciente para optimizar el tratamiento integral del paciente y facilitar el intercambio de información para monitorear la progresión de la enfermedad.<sup>11</sup>

- **Consideraciones en Periodoncia**

La periodontitis crónica en adultos es común en la población de pacientes infectados con el VIH. Además, se han reportado formas particulares de enfermedad periodontal. La presentación clínica y su asociación con VIH contribuyeron a los nombres de "gingivitis VIH" y "periodontitis VIH". Luego, en el curso de la epidemia del VIH, se eliminó VIH de los nombres. Como resultado de reuniones internacionales celebradas entre el 1990 y el 1992, surgió una nueva terminología. En específico, la gingivitis VIH se renombró eritema gingival lineal (EGL); y la periodontitis VIH se renombró periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN). Además, también se mostró que la gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN), conocida también como ANUG (por sus siglas en inglés), estaba asociada con la infección de VIH en algunos pacientes. La progresión y la relación entre GUN y PUN no han quedado claras en la actualidad; no obstante, parece

que lo más probable representa severidades distintas del mismo proceso patológico. Mientras estas formas particulares de la enfermedad periodontal en pacientes con VIH pueden coexistir con la periodontitis crónica de adultos, las primeras tienden a ser más agresivas y pueden presentarse como una de las manifestaciones más tempranas de la infección VIH. Por lo tanto, es importante la capacidad del dentista para reconocer continuamente las lesiones periodontales asociadas únicamente con la infección VIH. <sup>11</sup>

- **Consideraciones en Cirugía oral**

La decisión de realizar extracciones dentales y otros procedimientos quirúrgicos orales en los pacientes con VIH debe basarse en los mismos criterios que para todo paciente. Si una condición de salud dudosa influye en una cirugía oral proyectada, el dentista debe de consultar al médico del paciente. Los procedimientos quirúrgicos, en particular, están asociados a sangrado excesivo y un mayor riesgo de infección. Por lo tanto, todo procedimiento debe practicarse de una manera que minimice el sangrado y evite traer los patógenos orales a los planos faciales más profundos y a los espacios orales. <sup>11</sup>

- **Extracciones**

Una de las complicaciones más comunes asociadas con una extracción es "el alvéolo seco" ("dry socket", osteitis dolorosa), que ocurre en el 3%-4% de toda extracción en la población general. Los estudios hasta la fecha sugieren que este porcentaje

de complicación es parecido en el grupo VIH positivo. La incidencia de complicaciones postoperatorias en todo paciente se asocia con y es afectada por muchos factores, incluso: el tipo y el sitio del diente extraído; el número de dientes a extraerse; conteos altos de bacteria intraoral aeróbica y anaeróbica; la edad del paciente; si el paciente fuma o no; y la experiencia del cirujano. Todos estos factores deben considerarse siempre que se consideren las extracciones. <sup>11</sup>

- **Cirugía de Implantes**

Aunque ha habido relativamente poca investigación sobre los efectos de proveer implantes dentales a individuos con VIH, parece ser que puede proveerse cirugía de implantes a muchos pacientes. Hasta la fecha, ningún estudio ha demostrado diferencia alguna en el porcentaje de complicaciones postoperatorias o de integración ósea de implantes para pacientes infectados o no con VIH. Se recomienda una colaboración estrecha con el médico del paciente.

- **Consideraciones Endodónticas**

La infección VIH y el SIDA, no son contraindicaciones para el tratamiento endodóntico, incluso la pulpotomía. De hecho, como en muchos otros casos de inmunosupresión (trasplantes, diálisis, etcétera), el tratamiento endodóntico y la retención de dientes naturales ofrecen numerosas ventajas para pacientes con VIH.



El tratamiento endodental no parece estar asociado a un aumento en complicaciones postoperatorias y no justifica el uso de antibióticos rutinariamente pre o postprocedimiento. Las ventajas de la terapia endodental son:

- Preservación de la autoestima
- Conservación de la función masticatoria y la nutrición
- Facilita la higiene oral
- Reducción de la probabilidad de bacteremia, septicemia, endocarditis y encefalitis causadas por infecciones periapicales
- Ahorra al paciente el trauma quirúrgico de una extracción Al planificar la terapia endodóntica, se deben considerarse los siguientes factores
- La capacidad física del paciente para terminar el tratamiento y otros factores que puedan afectar el cumplimiento con las instrucciones médicas
- Las complicaciones periodontales
- Las lesiones periodontales-endodontales o endoperiodontales
- La capacidad restaurativa del diente
- Las contraindicaciones para la extracción
- Las preocupaciones estéticas del paciente<sup>11</sup>

- **Consideraciones Ortodóncicas**

No hay estudio alguno reportado sobre tratamiento ortodóntico de pacientes con enfermedad de VIH. La salud general así como la oral influye enormemente en el éxito del tratamiento ortodóntico, pero no

hay evidencia alguna de que la infección por VIH sea una contraindicación. Pacientes con la infección VIH no diagnosticada han recibido tratamiento ortodóntico exitoso, lo que sugiere que pacientes asintomáticos infectados con VIH responden a dicho tratamiento de la misma manera que los pacientes no infectados. Los factores a considerarse al planificar el tratamiento de ortodoncia son los mismos para pacientes con la infección del VIH que para cualquier otro paciente e incluyen la salud general del paciente, la etapa de la enfermedad, la salud oral, su capacidad para cumplir con las citas y tratamientos, la presencia de lesiones orales y su posible efecto sobre el tratamiento.<sup>5</sup>

#### - **Complicaciones Postoperatorias y Profilaxis con Antibióticos**

La profilaxis antibiótica en estomatología, su objetivo es prevenir la aparición de infección a partir de la puerta de entrada que produce la actuación terapéutica. No hay datos que apoyen la profilaxis antibiótica de rutina para pacientes con la enfermedad del VIH basada únicamente en los recuentos de CD4 antes de los procedimientos invasivos que se espera que produzcan bacteriemias transitorias debido a la manipulación de la mucosa. Esto es cierto incluso cuando los recuentos de CD4 son inferiores a 200 células / mm<sup>3</sup>. La susceptibilidad a las infecciones se puede determinar mediante la evaluación del recuento absoluto de neutrófilos, que proporcionan defensa contra la mayoría de las infecciones bacterianas. El recuento absoluto de neutrófilos generalmente se proporciona como parte de un

hemograma completo con diferencial, pero también se puede calcular multiplicando el número total de glóbulos blancos por el porcentaje de neutrófilos. Aunque no hay recomendaciones específicas con respecto a la necesidad de profilaxis con antibióticos, los pacientes con neutropenia grave ( $<500$  células /  $\text{mm}^3$ ) podrían beneficiarse de un régimen antibiótico terapéutico comenzando con una dosis de carga en el momento del procedimiento y seguido de 5 a 7 días de Los antibióticos posoperatorios. Menos del 1% de los pacientes dentales infectados con VIH tienen probabilidades de desarrollar neutropenia grave y, en general, solo se observan en pacientes con enfermedad avanzada. La profilaxis con antibióticos según las pautas de la Asociación Estadounidense del Corazón del 2007 está indicada para la mayoría de los procedimientos dentales si el paciente tiene antecedentes de endocarditis infecciosa o reemplazo de la válvula cardíaca.<sup>12</sup>

No parece haber diferencia significativa alguna entre el número de complicaciones postoperatorias en los pacientes con la infección del VIH en comparación con los pacientes no infectados. El consenso de los participantes del grupo de trabajo de la Alianza Dental para el Cuidado SIDA/VIH: Principios del Manejo Dental para el Paciente Dental Infectado por VIH es que la decisión clínica para recetar una terapia de antibióticos debe realizarse individualmente, caso por caso. No existe apoyo alguno en la literatura para basar la decisión exclusivamente en un bajo conteo de las células CD4+. Sin embargo,

dado a que la mayoría de los procedimientos quirúrgicos orales son invasivos, los pacientes con conteos de célula CD4+ menores de 100 cel/mm<sup>3</sup> deben evaluarse para neutropenia. Si el conteo neutrófilos está por debajo de 500 cel/mm<sup>3</sup>, los pacientes deben recibir antibióticos preoperatoria y postoperatoriamente.<sup>11</sup>

#### - **Profilaxis Antimicrobial y Terapia**

La propagación de la infección, tanto primaria (por ejemplo, periodontitis ulcerativa necrotizante) como secundaria (por ejemplo, postextracción), es de gran preocupación para los clínicos dentales que tratan a pacientes con VIH. Desgraciadamente, el sobretratamiento con antibióticos profilácticos es común, precipitando tanto reacciones adversas como el desarrollo de resistencia bacterial. La profilaxis con antibióticos en combinación con la terapia dental de rutina no está apoyada por la literatura actual. La decisión de usar antibióticos para aumentar la terapia dental o para impedir una infección secundaria en la provisión de cuidado debe determinarse como resultado de una evaluación individual del paciente.<sup>11</sup>

Esta sección traza las indicaciones para el uso antimicrobial en pacientes con la enfermedad de VIH y provee regímenes recomendados. Las recomendaciones en esta sección son para usarse como guías generales y no reemplazan las recomendaciones previas que son utilizadas comúnmente (por ejemplo, las recomendaciones para la profilaxis endocarditis bacteriana de la Asociación Americana

del Corazón). Además, estas recomendaciones están diseñadas para complementar, no reemplazar, el juicio clínico del dentista. <sup>11</sup>

### **1.1.5 El VIH y los Derechos Humanos**

Más de dos décadas de experiencia en la lucha contra la epidemia de VIH han confirmado que la promoción y protección de los derechos humanos constituyen un componente esencial para prevenir la transmisión del virus y reducir el impacto del VIH y el sida. <sup>6</sup>

VIH/Sida de 2006 (véase Anexo II, más abajo) subrayan que los derechos humanos y un planteamiento basado en los derechos ocupan un lugar central en las respuestas nacionales al VIH. Ambos documentos ponen de manifiesto que los gobiernos han comprendido la necesidad de proteger los derechos humanos si pretenden vencer al VIH, así como su compromiso para alcanzar metas concretas y con plazos estipulados. Aunque no hay ningún tratado o convenio internacional que aborde específicamente el VIH, existen diversas estipulaciones en tratados y declaraciones internacionales de derechos humanos que se han interpretado que tienen implicaciones significativas para la eficacia de la respuesta al sida. <sup>13</sup>

El derecho al máximo nivel alcanzable de salud. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de todos al disfrute del máximo nivel alcanzable de salud física y mental. Como parte de esta obligación, los Estados deben tomar medidas para prevenir, tratar y controlar las enfermedades epidémicas. Según el comentario general N° 14

(2000) sobre el derecho al máximo nivel alcanzable de salud, la prevención, tratamiento y control de las enfermedades epidémicas, endémicas, laborales y de otra índole “requieren el establecimiento de programas de prevención y educación para problemas de salud relacionados con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/sida, y para aquellos que afecten negativamente a la salud sexual y reproductiva, así como la promoción de determinantes sociales de buena salud, como seguridad medioambiental, educación, desarrollo económico e igualdad de género. El derecho a tratamiento incluye la creación de un sistema de atención médica urgente en casos de accidentes, epidemias y otros peligros similares para la salud, y la provisión de auxilio ante catástrofes y asistencia humanitaria en situaciones de emergencia.<sup>13</sup>

El derecho a la salud incluye cuatro elementos interrelacionados:

- **Disponibilidad**

El Estado debe asegurar la disponibilidad de instalaciones, bienes y servicios funcionales de salud pública y asistencia sanitaria, que también deberían incluir los “determinantes subyacentes de la salud”, como agua potable, salubridad adecuada, servicios médicos y personal cualificado.

- **Accesibilidad**

Las instalaciones, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación.

- **Aceptabilidad**

Las instalaciones, bienes y servicios deben respetar la deontología médica y ser culturalmente apropiados.

- **Calidad**

Las instalaciones, bienes y servicios de salud deben ser médica y científicamente apropiados y de buena calidad.

Las obligaciones del Estado incluyen el suministro de información, educación y apoyo adecuados en relación con el VIH; acceso a los medios de prevención como preservativos y equipos estériles de inyección y a asesoramiento y pruebas voluntarias, además de acceso a suministros sanguíneos seguros, tratamiento apropiado y medicación. Es posible que los Estados deban tomar medidas especiales para asegurar que todos los grupos de la sociedad, en especial los miembros de poblaciones marginadas, tengan un acceso equitativo a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. <sup>13</sup>

### **1.1.6 Actitudes**

- **Concepto de Actitud**

De acuerdo a esta forma tradicional de concebir las actitudes, se analiza su estructura en base a tres componentes: el cognitivo, el afectivo y el conductual. Y es así como la relación y grado de consistencia entre estos diversos componentes constituyó el motivo de mucha investigación y gran controversia durante décadas, al igual que

la relación entre actitud y conducta, a partir de algunos estudios que ilustraban de manera muy llamativa la aparente inconsistencia actitud y conducta.<sup>14</sup>

Otra definición clásica de actitud es la establecida por Allport, que la consideraba un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones.

#### - **Características**

- Es un constructo o variable no observable directamente.
- Implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos.
- Tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción - aunque no se debe confundir con ella- y también influencia la percepción y el pensamiento.
- Es aprendida.
- Es perdurable.
- Tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado.
- Su carácter definitorio de la identidad del sujeto.
- El ser juicios evaluativos, sumarios accesibles y archivados en la memoria a largo plazo.



Teorías Clásicas de la Formación de las Actitudes Las teorías clásicas de la formación de las actitudes postularon que éstas se aprendían de la misma forma que otras respuestas aprendidas. Se consideraba que las respuestas actitudinales se reforzaban por procesos de condicionamiento clásico e instrumental.<sup>15</sup>

#### - **Tipos de Actitudes**

Existen diferentes tipos de actitudes.

- **Actitud emotiva**

Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, que van unidas a una actitud de benevolencia.

- **Actitud desinteresada**

Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin.

- **Actitud manipuladora**

Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.

- **Actitud interesada**

Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas por ello ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.

- **Actitud integradora**

La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o Integración de las dos personas.<sup>15</sup>

- **Componentes de las Actitudes**

Tenemos 3 tipos de componentes:

- **Componente cognoscitivo**

Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto

tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

- **Componente afectivo**

Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

- **Componente conductual**

Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta.<sup>15</sup>

- **Función**

Debido a la sobrecarga informativa proveniente del entorno al que estamos expuestos, nuestra mente necesita estar preparada para estructurar, organizar y dar coherencia a todo ese mundo estimular que se presenta ante nosotros, consiguiendo así una mejor adaptación al ambiente con el que interactuamos. Las actitudes ayudan a satisfacer esta necesidad básica de conocimiento y control, estructurando la información en términos positivos y negativos. De esta forma, ante situaciones nuevas, nuestras actitudes permiten predecir qué cabe esperar de ellas, aumentando así nuestra sensación de control.

El que nuestro conocimiento del mundo este organizado en términos evaluativos, afecta a la forma en que procesamos cualquier información. Así, los procesos de exposición y atención a cualquier estímulo, su codificación a través de la percepción y el juicio, así como su recuperación de la memoria, se ven influidos por nuestras actitudes.

Las actitudes guían la búsqueda y la exposición a información relevante, acercando a la persona a todos aquellos aspectos de la realidad congruentes con ellas y evitando aquellos elementos que les sean contrarios.<sup>16</sup>

#### - **Formación de Actitudes**

Algunas tendencias evaluativas positivas y negativas parecen ser innatas, como por ejemplo preferir el placer al dolor. Sin embargo, la mayoría de nuestras actitudes son adquiridas o aprendidas a través de la experiencia. De acuerdo a la investigación reciente, que como tal enfatiza los aspectos cognitivos, a medida que las personas aprenden acerca de un objeto actitudinal (ya sea por interacción con él o conociéndolo a través de otras fuentes), ellas construyen una representación cognitiva del objeto, la cual incluye información cognitiva, afectiva y conductual asociada con ese objeto <sup>14</sup>

La información cognitiva es lo que la persona conoce acerca del objeto actitudinal, los hechos y creencias que tiene sobre él (por ejemplo, el fumar causa daño). La información afectiva consiste en cómo la

persona se siente hacia el objeto, los sentimientos y emociones que provoca el objeto actitudinal (ejemplo, malestar frente al humo del cigarrillo). Y la información conductual comprende el conocimiento acerca de las interacciones pasadas, presentes o futuras de la persona con el objeto actitudinal (ejemplo, el hecho que la persona no fume). ¿Cómo surgen las actitudes a partir de la variada información acumulada sobre los objetos actitudinales? Al parecer, actuamos como jurados que ponderan el peso de las evidencias, formando actitudes que sean consistentes con la mayor parte de lo que sabemos, sentimos y experimentamos. Como se ha afirmado en capítulos anteriores, la consistencia parece ser una fuerza poderosa en el pensamiento: la presencia de información positiva acerca de un objeto resultará habitualmente en una actitud positiva hacia él, mientras que la presencia de creencias, sentimientos o conductas negativas producirá una actitud negativa.<sup>13</sup>

No siempre las diferentes informaciones acumuladas conducen a una evaluación consistente de un objeto actitudinal. Muchas veces las personas conocen argumentos a favor y en contra de ciertos aspectos sociales importantes (aborto, pena de muerte, etc.), o tienen creencias y sentimientos mixtos hacia objetos particulares. Frente a estos casos de información inconsistente, existen algunos mecanismos que ayudan a evitar o resolver la inconsistencia.<sup>16</sup>

- **Información unilateral**

Podemos evitar inconsistencias interactuando mayormente con personas que compartan nuestras opiniones o, en el caso de personas nuevas, haciendo que nuestra impresión inicial prevalezca en las futuras interacciones con ellas, al respecto, el lector podrá recordar el llamado efecto de primacía, visto en el tema de la percepción social.

- **Ponderación de la información**

Las personas no dan igual peso a cada porción de información disponible cuando ellas forman actitudes. En lugar de eso, ellas se focalizan más en aquellos aspectos que aparecen como especialmente importantes, significativos, o salientes. De esta manera, en algunas ocasiones pueden jugar el rol principal los aspectos cognitivos, pero en otras instancias pueden adquirir mayor relevancia factores afectivos o la información acerca de la conducta pasada o habitual.

- **Accesibilidad de la información**

La información que es más accesible, aquella que viene más fácilmente a la mente o que capta más nuestra atención, puede determinar un juicio actitudinal. El rol de la accesibilidad de las representaciones cognitivas en la percepción social, especialmente el fenómeno de preactivación (o priming). Aquella información que es más accesible, debido a que es perceptivamente saliente,

también tiende a ejercer un efecto poderoso en los juicios actitudinales. Esto se puede ilustrar mediante el hecho simple que la preferencia por ciertos alimentos favoritos probablemente se relaciona más con su atractivo sensorial evidente, que con sus beneficios nutricionales ocultos.<sup>14</sup>

Aunque estos procesos contribuyen a lograr una mayor consistencia en la materia prima actitudinal, las personas tienen aún que combinar muchas porciones de información en una única evaluación, y al parecer ellas emplean dos estrategias para lograr esto. En la primera, se pondera cada trozo de información de acuerdo a su valor e importancia, y luego se los combina ya sea sumándolos o extrayendo un promedio de ellos. En la segunda, se trata de configurar la información en un todo significativo, permitiendo que cada trozo influya en los otros, más que evaluando cada uno independientemente. Sin importar qué estrategia usen las personas (las cuales son nuevamente similares a las que se usan en la formación de impresiones), el producto final es una actitud, la cual actúa como "un resumen evaluativo de información accesible acerca del objeto actitudinal".<sup>13</sup>

Una vez que se forma una actitud, la cual resume la información relevante acerca de un objeto, tal actitud llega a formar parte de nuestra representación cognitiva de ese objeto, como cualquier otro trozo de información. Además, si la actitud es repetidamente

activada, ya sea porque se enfrenta frecuentemente el objeto, o porque se piensa frecuentemente en la actitud hacia el objeto, el vínculo se hace más estrecho y más intenso, de manera que la actitud viene automáticamente a la mente cada vez que pensamos en el objeto o interactuamos con él. <sup>14</sup>

Por lo tanto, la actitud llega a constituirse en un sustituto de lo que conocemos y cómo nos sentimos acerca del objeto actitudinal, y así por ejemplo, si alguien nos pregunta qué pensamos acerca de un artista, nuestra actitud puede ser "me gusta" o "no me gusta", sin tener que pensar acerca de las cogniciones, sentimientos y conductas que generaron inicialmente nuestra reacción.<sup>7</sup>

## **1.2 Investigaciones**

**Tuesta S. (2010) Perú,** El presente estudio tuvo como propósito determinar la actitud del Cirujano Dentista en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA en la ciudad de Trujillo, 2010. El estudio fue observacional descriptivo de acuerdo al diseño de contrastación, incluyó un total de 145 Cirujanos Dentista según los criterios de inclusión. Se utilizó una encuesta de 12 preguntas cerradas tipo Likert y anónima. Los datos fueron analizados en la cual se obtuvieron 87 Cirujanos Dentistas tienen actitud adecuada (60%) y 58 Cirujanos Dentista obtuvieron actitud inadecuada (40%). Según la edad se observó que al parecer conforme aumenta la edad el porcentaje de Cirujanos Dentista con actitud adecuada disminuye, según género encontramos que el sexo masculino en su mayoría presentan una actitud adecuada que los de sexo femenino, los cirujanos que



tienen mayor tiempo de ejercicio profesional muestran una actitud adecuada en su mayoría que los que tienen menos de 5 años en la profesión y según centro de trabajo mostraron que los cirujanos dentistas de sector privado tienen actitud adecuada 59.0% y los que trabajan en ambas (privada y pública) tienen actitud adecuada 65.2 %. Se pudo observar que los Cirujanos Dentistas tienen actitud adecuada en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA.<sup>17</sup>

**Zuñiga R (2010) Perú,** Se realizó un estudio descriptivo-correlacional de corte transversal y prospectivo, con el objetivo de determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los estudiantes de tercer, cuarto y quinto año de estomatología de la universidad nacional de Trujillo-2010, hacia el paciente con VIH/SIDA. Se aplicó una encuesta anónima tipo cuestionario con: 5 ítems de aspectos generales, 10 de conocimientos y 10 de actitudes hacia el paciente con VIH. La muestra incluyó a 69 estudiantes de ambos sexos. Donde se encontró que el Nivel de conocimiento fue bueno en (10.71%), regular en (35.71%) e inaceptable en (49.28%), teniendo relación directa con el año de estudios. El 57.97% presento actitud favorable y el 42.03% presento actitud desfavorable; no se encontró relación significativa entre genero ni entre año estudios con la actitud hacia el paciente con VIH/SIDA; en general no se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud hacia el paciente con VIH. Concluyendo que existe relación entre nivel de conocimientos y año de estudios, y finalmente se determinó que no existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los estudiantes del tercer al quinto año de estudios de estomatología de la UNT. <sup>18</sup>

**Acosta B. y Cols. (2011) Colombia,** El propósito de este estudio fue conocer la actitud de estudiantes de odontología de Cali respecto del manejo de personas con diagnóstico de VIH/SIDA. La investigación fue observacional descriptivo mediante aplicación de una encuesta aplicada en 1.173 estudiantes de tres facultades de odontología de Cali, clasificados en tres grupos (preclínica, clínica inicial y clínica final). Participó un 63,4%; 50% tenía menos de 20 años, 68% mujeres. 92% solteros y 82% católicos. Se encontró actitud positiva entre 86% y 92%, la disposición de atender pacientes fue más favorable en preclínica ( $p=0.03$ ). Aunque 88,7% mostró disposición de atender pacientes VIH+; entre los que pensaban que sería difícil hacerlo para su personal auxiliar, se encontró 33% de estudiantes con probabilidad de hacerlo, ( $p= 0.03$ ). Cuando se interrogó sobre conocimientos acerca del VIH/SIDA, 66,7% (clínica final) y 82,2% (preclínica) percibían que no habían recibido entrenamiento previo ( $p<0,001$ ). Se evidenció que la intención de atender pacientes VIH+ era similar a lo reportado en otros países americanos e Irlanda. Los estudiantes necesitan recibir un mejor entrenamiento con el fin de disminuir sus temores y mejorar su actitud para atenderlos.<sup>19</sup>

**Mascolo P. y Cols. ( 2011) Venezuela,** En la lucha contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana(VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) la formación y capacitación desde etapas tempranas de la carrera profesional requiere, entre otras cosas, conocer el nivel de conocimientos, actitudes y percepciones (CAP), que los estudiantes de las ciencias de la salud tienen al respecto, abordando no solo la carrera de medicina, sino otras, como es el caso de odontología. Por estas

razones el objetivo de la presente investigación fue evaluar el nivel de CAP de una muestra de estudiantes de pregrado de primer año de ambas carreras de una universidad venezolana (Universidad Central de Venezuela), con respecto a las ITS e infección VIH/SIDA. Del total (n=120), 63,3% correspondió al sexo femenino; la edad promedio fue de 18,64 años. Con respecto a la proporción de respuestas correctas o en acuerdo de toda la muestra estudiada, se encontró que del total de preguntas, el rango de respuestas correctas o en acuerdo en la población evaluada estuvo entre 60% y 100,0%, respondiendo correctamente o en acuerdo en promedio 82,6% de las respuestas ( $\pm 8,46$ ), siendo significativamente mayor en estudiantes de medicina ( $84,92\% \pm 7,78\%$ ) que en estudiantes de odontología ( $80,29\% \pm 8,54\%$ ) ( $t=3,101$ ;  $p=0,002$ ). En términos generales se observó que los estudiantes evaluados tanto de odontología como de medicina de la principal universidad venezolana presentan un buen nivel de conocimiento básico como actitudes y percepciones adecuadas sobre el VIH/SIDA e ITS. Es importante tomar en consideración los resultados para futuros estudios y especialmente para intervenciones que permitan con ello tener una correcta actitud y percepción sobre el VIH/SIDA e ITS por parte de ellos.<sup>9</sup>

**Dhanya RS. y Cols. (2013) India,** Se ha observado la discriminación de algunos trabajadores de la salud, incluidos los dentistas, contra las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El objetivo principal del presente estudio fue evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica hacia los pacientes con VIH entre los dentistas del distrito de Trichur, Kerala. Se realizó una encuesta transversal entre 206 dentistas que practicaban en el distrito Trichur de Kerala. Los datos se recolectaron mediante un cuestionario autoadministrado de

26 ítems y se analizaron estadísticamente utilizando el programa SPSS versión 20. De los 206 participantes, el 39.3% no estaban dispuestos a tratar pacientes con VIH. Se encontró una significación estadística entre la disposición a tratar pacientes infectados por el VIH y los grupos de edad (  $P = 0,0001$ ), así como también entre la disposición a tratar pacientes infectados con VIH y la responsabilidad ética (  $P = 0,0001$ ). Se concluyó que los temores del personal y el aumento del riesgo personal son las preocupaciones más frecuentes sobre el tratamiento de pacientes con VIH entre los dentistas del distrito de Trichur, Kerala. Los odontólogos de mayor experiencia mostraron mayor renuencia a tratar a personas VIH positivas.<sup>20</sup>

**Lee C. y Cols. (2013) China,** Este estudio tiene como objetivo evaluar las actitudes, el conocimiento, la preparación y la voluntad de los dentistas y estudiantes de odontología para tratar a las personas que viven con VIH / SIDA en China y determinar los factores asociados con la disposición a tratar. El estudio fue observacional descriptivo, en el cual se encuestó a dentistas y estudiantes de odontología en hospitales y escuelas de odontología en cinco regiones de China con diferentes prevalencias de PVVS. Las preguntas de la encuesta cubrieron datos demográficos, así como también cuatro categorías relacionadas con el tratamiento de PVVS: conocimiento (escala 0-1), actitud (escala 1-4), preparación (escala 1-4) y disposición a tratar (escala 1-4). Los puntajes compuestos para cada categoría se calcularon como promedios ponderados. Se realizó un análisis para determinar el / los factor (es) correlacionado (s) con la disposición a tratar. Se recolectó 394 (84 por ciento) y 462 (90 por ciento) encuestas utilizables de dentistas y estudiantes de odontología, respectivamente. Los puntajes

compuestos medios de los dentistas fueron 0.63 (conocimiento deficiente), 2.1 (actitud negativa), 2.8 (preparación adecuada) y 2.5 (disposición neutral). Los puntajes compuestos medios de los estudiantes fueron de 0.64 (conocimiento deficiente), 2.3 (actitud negativa), 2.7 (preparación adecuada) y 2.6 (disposición positiva). El cuarenta y cinco por ciento de los dentistas y el 59 por ciento de los estudiantes de odontología tenían puntajes que indicaban buena disposición para tratar. La actitud era el único factor correlacionado sistemáticamente con la disposición a tratar. Los dentistas y los estudiantes de odontología obtuvieron calificaciones bajas en todas las categorías, excepto por la preparación. Se concluyó que el conocimiento del VIH / SIDA y las actitudes hacia las PVVS mejoren aún más durante la capacitación dental para aumentar el acceso y la efectividad del cuidado dental de las PVVS en China y para mejorar su calidad de vida.<sup>21</sup>

**Bilbao JL y Cols. (2015) Colombia,** El propósito de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos, tipo de actitud y prácticas de los estudiantes de un programa de medicina sobre el VIH/SIDA de la ciudad de Barranquilla. El estudio transversal. Se encuestaron 185 estudiantes de primero a doceavo semestre de medicina, Se aplicó el Cuestionario CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) sobre VIH/SIDA, del IPPF (International Planned Parenthood Federation), del cual se tomaron 26 preguntas relacionadas con nivel de conocimiento, 25 relacionadas con actitudes y 5 con prácticas frente a VIH, además se tuvieron en cuenta las variables sociodemográficas (edad, sexo, semestre). Se realizó análisis univariado (promedio, desviación estándar, frecuencia relativa y frecuencia absoluta) y Bivariado mediante (frecuencia relativa, frecuencia absoluta y prueba

chi cuadrado). El promedio de edad de los participantes: 20,3 años (DE+/-:2,36); No se encontraron diferencias significativas ( $p>0,05$ ) por género, con respecto a los conocimientos, las actitudes y las prácticas, pero sí se obtuvieron diferencias ( $p<0,05$ ) por semestre, relacionadas con el tratamiento, la prevención y la postura frente a la atención de los pacientes. Se concluyó nivel de conocimientos aceptable, pero deben fortalecerse aspectos relacionados con la promoción de la salud y que orienten a mejores actitudes y prácticas frente a los pacientes y la enfermedad.<sup>22</sup>

**Alarcón M. (2016) Perú,** El objetivo del estudio fue determinar la percepción sobre la atención odontológica de los pacientes con VIH que recibieron tratamiento en el servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. El estudio fue descriptivo. La muestra estuvo conformada por 225 pacientes, y el instrumento de recolección de datos fue validado en un estudio piloto. Se aplicó una encuesta tipo escala de Likert modificada, la técnica fue una entrevista previo consentimiento informado. De los 225 pacientes encuestados, el 42.7% (n=96) indicó estar muy satisfechos con respecto a la atención odontológica recibida, el 34.2% (n=77) estuvo satisfecho, el 15.1% (n=34) estuvo regularmente satisfecho, el 5.3% (n=12) estuvo poco satisfecho y el 2.7% (n=6) indicó estar insatisfecho. En la categoría relación interpersonal en la atención odontológica el 48.4% (n=109) indicó estar muy satisfecho. En la categoría información obtenida en la atención odontológica el 46.7% (n=105) estuvo muy satisfecho, en la categoría tiempo empleado en la atención odontológica el 44.4% (n=100) estuvo muy satisfecho, y en la categoría procedimientos realizados en la atención odontológica el 47.6% (n=107) estuvo muy satisfecho. Concluyendo que la

percepción sobre la atención odontológica del paciente con VIH, que acude al servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza es muy satisfecha.<sup>23</sup>

**Carrasco Y. (2016) Perú,** El presente estudio es una investigación de tipo básica - cuantitativo que tuvo como propósito determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los internos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, hacia el paciente con VIH, 2016. La población estudiada estuvo conformada por un total de 70 internos de estomatología, a los cuales se les aplicó un cuestionario previa aceptación del consentimiento informado y de leer la ficha informativa. El cuestionario constó de veinte preguntas, siendo las 10 primeras basadas en actitud, y las 10 siguientes correspondieron al nivel de conocimiento sobre el VIH. Así mismo se determinó el nivel de conocimiento y actitud según la edad y género. Para determinar la confiabilidad de la encuesta se aplicó una prueba piloto. En los resultados, la estadística descriptiva, nos demostró que existe relación significativa directa de grado fuerte (0.774) entre el nivel de conocimiento y la actitud de los internos de la escuela de estomatología. En cuanto al nivel de conocimiento la edad más frecuente se encontró entre los 26 a 30 años con un nivel de conocimiento regular en un 100%, y en el género masculino el 62.5%, predominaron con el nivel de conocimiento regular; en cuanto a actitud las edades más habituales fueron las de 26 a 30 años con el 100% y entre los 20 a 25 años con el 88.2% destacando en ellos una actitud favorable; la actitud demostrada según el género, se encontró que el femenino fue el 89.1% y el masculino con el 87.5%; ambos predominaron con una actitud favorable. <sup>10</sup>

**Rázuri E (2016) Perú,** Este estudio se realizó para evaluar la actitud de los estudiantes de la Clínica Estomatológica ciclos IX y X ciclo, de la Universidad de Huánuco frente al manejo de pacientes con VIH/SIDA de la Universidad de Huánuco 2016 con la finalidad de ver si era la actitud la adecuada frente a estos pacientes. Se realizó un estudio tipo básico, observacional y transversal y prospectivo en los estudiantes de la Universidad de Huánuco, conformado por 57 estudiantes del IX y X ciclo de la clínica estomatológica, de los cuales 29 alumnos para el primer grupo de estudio y 28 para el segundo, en el mes de Diciembre del 2016 en las edades comprendidas de 20 a 42 años, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para el análisis estadístico en el programa SPSS versión 22.00 utilizando el análisis descriptivo e inferencial chi-cuadrado. La distribución porcentual fue de 68,4% de participantes de sexo femenino y el 31,6 correspondiente a los varones; la actitud de los estudiantes del IX y X ciclo de Odontología frente al manejo de pacientes con VIH-SIDA fue en un mayor porcentaje inadecuado (91,2%), y en un mínimo porcentaje adecuado 8,8%. Se concluyó que la actitud de los estudiantes del IX ciclo frente al manejo de pacientes con VIH-SIDA fue en un mayor porcentaje el inadecuado 82.8%. en cuanto la actitud inadecuada en el X ciclo fue el (100%) .<sup>24</sup>



### **1.3 Marco Conceptual**

#### **- VIH**

Virus de la inmunodeficiencia humana. Término histórico y no taxonómico referido a cualquiera de las dos especies específicas VIH-1 y/o VIH-2. Antes de 1986, fueron llamados virus linfotrópico-T humano tipo III/virus asociado a linfadenopatía (HTLV-III/LAV, en inglés). Entre 1986 y 1990 pasó a denominarse oficialmente VIH. Desde 1991, VIH ha dejado de ser considerado como nombre oficial; estas dos especies han sido designadas como VIH-1 y VIH-2.

#### **- SIDA**

Defecto adquirido de la inmunidad celular asociado con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), un conteo positivo de linfocitos T CD4 inferior a 200 células/microlitro o menos de 14 por ciento del total de linfocitos junto a un aumento en la susceptibilidad a infecciones oportunistas y enfermedades malignas. Las manifestaciones clínicas incluyen también emaciación y demencia. Dichos elementos reflejan los criterios para diagnosticar el SIDA de acuerdo con el CDC en 1993.

#### **- Microorganismo**

Organismo de tamaño reducido que no pueden ser observados sin ayuda de un microscopio. En el área de medicina suele referirse a virus, bacterias, hongos y algunos protozoos. La microbiología es la ciencia que se encarga del estudio y análisis de estos microorganismos.

- **Virus**

Agentes infecciosos minúsculos cuyo genoma está compuesto de ADNA o ARN, pero no de ambos. Se caracterizan por no tener metabolismo independiente y por ser incapaces de replicarse fuera de las células hospederas vivas.

- **Actitud**

Una predisposición adquirida y duradera a comportarse de modo consistente en relación con una determinada clase de objetos, o un estado mental y/o neural persistente de preparación para reaccionar ante una determinada clase de objetos, no como ellos realmente son sino como son concebidos.

- **Derechos Humanos**

Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición. Entre los derechos humanos se incluyen el derecho a la vida y a la libertad; a no estar sometido ni a esclavitud ni a torturas; a la libertad de opinión y de expresión; a la educación y al trabajo, entre otros muchos. Estos derechos corresponden a todas las personas, sin discriminación alguna.

- **Sistema Inmunológico**

Mecanismo de defensa del organismo humano contra microorganismos, sustancias extrañas y células nativas anómalas. Comprende la respuesta humoral y la respuesta celular y consta de un complejo de componentes celulares, moleculares y genéticos interrelacionados.

## **CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, VARIABLES**

### **2.1 Planteamiento del Problema**

#### **2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática**

Según la organización mundial de la salud el VIH infecta a las células del sistema inmune, como resultado da la alteración o la completa anulación de la función que cumplen dichas células. Esto hace que se lleve una destrucción progresiva del sistema inmune, dando como resultado una "inmunodeficiencia". Al no poder cumplir la función que le corresponde al sistema inmunitario, el cual es de defender nuestro organismo frente a agentes infecciosos. Cuando el VIH progresa a estadios mayores se le conoce como "síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) " y en esta etapa las personas están en riesgo de infecciones oportunistas y cánceres.

El VIH a nivel mundial es responsable del fallecimiento de más de 35 millones de vidas humanas. En el 2016, se cobraron la vida de alrededor de un millón de seres humanos a nivel mundial. A todo esto el VIH sigue siendo uno de los más grandes problemas de la salud pública en el mundo. Así mismo en

términos del 2016; 36,7 millones de personas eran portadores del VIH y su vez se produjo 1,8 millones de nuevos infectados.

En América Latina según la ONUSIDA en el 2016, 1,8 millones de personas son portadoras del VIH, en el informe se expuso que 97.000 nuevos infectados por este virus. En el 2017 se observó que no hubo mayores modificaciones en relación con nuevos infectados en 2010 a 2016. En América Latina se cobró la vida de 36. 000 personas infectados por VIH en el año 2016. Sin embargo en esta región se vio que el número de fallecidos por este virus disminuyó en un 12% entre los años 2010 y 2016.

En el Perú, el virus de la inmunodeficiencia humana conllevó a una epidemia concentrada, el cual se transmitió por vía sexual, encontrándose una mayor incidencia en hombres jóvenes homosexuales y transgéneros femeninas, de acuerdo a los últimos informes epidemiológicos del año 2011. Actualmente se ha propagado en personas heterosexuales. Entre los años 1983 y 2014 se dio un elevado número de casos con VIH en Lima y Callao (70%). A su vez el MINSA dio un informe que 32491 personas convivían con el SIDA y 55 672 con el VIH. De la población con SIDA alrededor de las dos terceras partes (69,7%) de las personas tienen edades entre 25 y 49 años de edad. En nuestro país veremos que en el 2016 había 70 mil habitantes seropositivos por VIH y se han producido 27 mil nuevos portadores de este virus y 22 mil muertes por esta misma enfermedad.

La principal función de los profesionales de la salud es prestar una buena atención a todos los pacientes, se ha visto que los odontólogos tanto en los hospitales como en clínicas, exige mucha responsabilidad principalmente con el tema de bioseguridad, tanto para el mismo profesional de la salud como el de los pacientes, evitando así contaminaciones cruzadas, por lo expuesto se debe tener en cuenta su conocimiento sobre el VIH y la actitud que toman los odontólogos , frente a personas portadoras de este virus.

En caso que no se elaborara la presente investigación, la consecuencia sería que los alumnos de estomatología seguirían teniendo una actitud inadecuada frente la atención de pacientes con VIH/SIDA, continuando con un estigma que aún está presente en los profesionales de la salud y que debe ser modificado.

El objetivo del presente estudio es hacer un diagnóstico sobre la actitud que tienen los internos en el manejo de pacientes con VIH/SIDA, ya que son futuros profesionales de la salud bucal y una buena actitud frente a estos pacientes mejora a una buena atención en su salud bucal. De acuerdo a los resultados de la investigación se tomará las medidas preventivas, para reforzar a los internos de estomatología la actitud que deberían tener frente a estos pacientes y a además sobre el VIH y medidas de bioseguridad que siempre deben prevalecer en la consulta dental, para descartar algún tipo de discriminación sobre estos pacientes portadores de esta enfermedad.

## **2.2.2 Definición del Problema**

### **2.2.2.1 Problema General**

¿Cuál es la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre académico 2017 - I y 2017 - II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017?

### **2.2.2.2 Problemas Específicos**

1. ¿Cuál es la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre académico 2017 - I y 2017 - II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, según edad?
2. ¿Cuál es la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre académico 2017 - I y 2017 - II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, según sexo?
3. ¿Cuál es la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre académico 2017 - I y 2017 - II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, según sede hospitalaria?

## **2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación**

### **2.2.1 Finalidad**

La finalidad de esta investigación es hacer un diagnóstico sobre la actitud en internos sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA, ya que de acuerdo a los resultados, si es que no tendrían una adecuada actitud se podría implementar un curso en la universidad hacia los alumnos o la realización de programas desde comienzos de la formación profesional, para el reforzamiento de los conocimientos, protocolos de atención y aplicación sobre medidas de bioseguridad en la consulta dental en pacientes con enfermedades infectocontagiosas, logrando así una adecuada actitud frente a estos pacientes y por ende una buena atención en su salud bucal, y en consecuente mejorando su calidad de vida.

Por ello, las enseñanzas en enfermedades infectocontagiosas como es el VIH/SIDA, debe ser una labor primordial en la educación de las universidades, eliminando el estigma y la discriminación de pacientes VIH positivos para futuros profesionales de la salud bucal.

### **2.2.2 Objetivo General y Específicos**

#### **2.2.2.2 Objetivo General**

Determinar la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre académico 2017 - I y 2017 - II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

### **2.2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Determinar la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre académico 2017 - I y 2017 - II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, según edad.
2. Determinar la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre académico 2017 - I y 2017 - II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, según sexo.
3. Determinar la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre académico 2017 - I y 2017 - II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, según sede hospitalaria.

### **2.2.3 Delimitación del Estudio**

Con respecto a la delimitación espacial de la presente investigación se llevó a cabo en el Distrito de Pueblo Libre en la Ciudad de Lima, Departamento de Lima. La obtención y evaluación de los datos se llevó a cabo en los ambientes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Referente a la delimitación social, la investigación aporta que se produzca una mejor actitud sobre la atención de pacientes con VIH en la consulta dental, obteniendo así una buena calidad de atención y por ende una mejora en su salud bucal.



Respecto a la delimitación temporal el estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido entre los meses de octubre a enero del año 2017 y 2018, constituyendo los límites temporales del estudio.

En la delimitación conceptual referente a la actitud, la cual es la predisposición a actuar de una determinada manera ante una situación social, que tendría como consecuencia una respuesta, que puede ser de aceptación, rechazo, a su vez como puede ser favorable o desfavorable. Mientras el VIH es una enfermedad infectocontagiosa que infecta a las células del sistema inmune, como resultado da la alteración o la completa anulación de la función que cumplen dichas células.

#### **2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio.**

Actualmente mejorar la actitud de los estudiantes frente a la atención de pacientes que viven con VIH/SIDA, es uno de los desafíos en la salud bucal y para la profesión odontológica, ya que muy pronto estos estudiantes serán egresados y profesionales de la salud, los cuales se tendrán que desenvolver correctamente, con una actitud adecuada en centros de salud u consultorios privados frente a este tipo de pacientes.

Es importante conocer la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en los internos de estomatología, ya que de acuerdo a los resultados se podría hacer las rectificaciones o ratificaciones que sean imprescindibles; también, es necesario que los internos tengan un conocimiento adecuado del VIH y sobre las medidas preventivas de bioseguridad que siempre deben ser

necesarias en la consulta dental, para finalmente descartar algún tipo de discriminación sobre los pacientes VIH positivos, con esto se puede asegurar una mayor accesibilidad y mejora en la calidad en la atención odontológica para estos pacientes.

Este proyecto ayudará para obtener información para futuras investigaciones y a implementar en la universidad un curso o programas específicos para enfermedades infectocontagiosas desde comienzos de la formación profesional, con la finalidad de mejorar el manejo de la práctica odontológica con portadores de estas enfermedades.

También se justifica su importancia, porque sería la primera tesis sobre el tema que se elabore en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

## **2.3 Variables**

### **2.3.1 Variables e Indicadores**

En la presente investigación participaron las siguientes variables con sus respectivos indicadores:

- **Variable Independiente**

Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA.

- **Indicadores**

Preguntas de la encuesta de la N°1 a la N°10

## **CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS**

### **3.1 Población y muestra**

#### **3.1.1 Población**

La población del estudio estuvo constituida por los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega del semestre académico 2017 - I y 2017 - II, los cuales se estiman en un total aproximado de 98 alumnos.

#### **3.1.2 Muestra**

La muestra a utilizar en el estudio fue no aleatoria por conveniencia, que estuvo constituida por 83 internos de Estomatología que acudieron a las intersecciones hospitalarias de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, que cumplieron con los criterios de selección.

##### **- Criterios de Inclusión**

Los internos de estomatología, para ser considerados dentro del estudio como unidades de muestreo, debieron de cumplir con los siguientes criterios:

- Internos que se encuentren en el semestre académico 2017 - I y 2017 - II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Internos que asistieron en el momento de la encuesta.
- Internos que acepten participar voluntariamente del presente estudio.
- Internos de ambos sexos.

**- Criterios de Exclusión**

Los internos de estomatología que presentaron alguno de los criterios listados abajo, no podrán ser considerados como unidades muestrales del estudio:

- Internos que no se encuentren matriculados en el semestre académico 2017 - I y 2017 - II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Internos que no asistan en el momento de la encuesta.
- Internos que no acepten participar voluntariamente del presente estudio.

**3.2 Diseño a Utilizar en el estudio**

El diseño a utilizar en el presente estudio es Descriptivo. El tipo de investigación fue Transversal, Prospectivo y Observacional. El Enfoque Cualitativo.

### **3.3 Técnica e Instrumento de recolección de datos**

#### **3.3.1 Técnica de Recolección de Datos**

Se presentó el proyecto de investigación en la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega para la respectiva autorización, para que se desarrolle el proyecto.

El procedimiento para realizar la recolección de datos, se llevó a cabo mediante la elaboración de una encuesta que constara de 10 preguntas de tipo cerrada, con dos opciones de respuesta Si y No, que fue elaborada en República Dominicana y cuyos autores son Soto S y cols., propuesto por ellos para ser utilizado para este tipo de investigaciones. Luego se hizo una explicación clara y sencilla, sobre el objetivo de la investigación y después de haber absuelto todas las interrogantes, se les entrego a cada encuestado un consentimiento informado para que den su autorización respectiva.

La referida encuesta fue de tipo anónima, teniendo cuidado que no tenga ninguna información que identifique al encuestado, el cual fue entregado a cada interno, que fue parte de la muestra, para que después de darle la lectura correspondiente den su respuesta.

#### **3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos**

Para realizar la ejecución del presente proyecto de estudio, el instrumento de recolección de datos que se empleó fue una encuesta estructurada y elaborada por Soto S y cols. previamente validada en República Dominicana para los fines específicos de la investigación, teniendo en cuenta la validez y

la confiabilidad del instrumento referido. Para medir la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH en internos de estomatología.

En la encuesta, tuvo las siguientes partes:

La primera parte, tuvo instrucciones para el llenado del cuestionario por parte del encuestado. La segunda parte, registro los datos de filiación: edad, sexo, sede hospitalaria. La tercera parte consto de 10 preguntas, de tipo dicotómica, con dos alternativas de respuesta, sin que el encuestado conozca el puntaje para cada pregunta. Las preguntas estuvieron relacionadas solo a la actitud del interno sobre el manejo de pacientes con VIH.

Preguntas de la encuesta:

- Atendería a un paciente con VIH positivo.
- Se siente profesionalmente comprometido(a) con estos pacientes.
- Trataría a todos los pacientes, como si fueran positivos para VIH.
- Si un paciente tiene hepatitis B, las medidas de bioseguridad que emplearía son iguales al que tiene VIH.
- Considera usted que por la saliva se puede transmitir el virus del VIH, en el tratamiento pudiera contagiarlo(a)
- Ha recibido algún tipo de entrenamiento para el manejo de pacientes con VIH.
- Considera que los procedimientos necesarios para el control de infecciones, cuando se atienden a pacientes positivos para VIH, podría resultar una carga financiera para su práctica profesional.

- Atender pacientes positivos con VIH, para usted es un compromiso profesional.
- Piensa que sería difícil para el personal que laboraría en su consulta, trabajar con estos pacientes.
- Piensa que si atendería pacientes VIH positivos, otros pacientes, se negarían a volver a la consulta.

Para hacer la determinación de la escala de medición de las preguntas, en las respuestas a la encuesta que respondieron los internos, contó con dos alternativas para responder: Si y No, en la cual solo se eligió una. A cada respuesta se le asignó una puntuación Si = 01 y No = 0. La suma algebraica de las puntuaciones a las 10 preguntas hacia los internos de estomatología, generó una puntuación total, la cual dio una representación de su posición, con respecto a su actitud que tienen sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA, al atender al paciente.

Las positivas fueron las siguientes preguntas N° 1, 2, 3, 4,6, 8. Mientras que las preguntas negativas fueron las N° 5, 7, 9, 10. A continuación se presentaron los valores asignados a cada una de las preguntas:

**Cuadro N°01**  
**Escala de medición de las preguntas**

	Preguntas Positivas	Preguntas negativas
SI	1	0
NO	0	1

Luego se agrupa la actitud de los internos sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA, de acuerdo a la suma de los puntajes obtenidos.

A continuación se presentaron, como se ha distribuido la categorización de los puntajes:

**Cuadro N°02**  
**Categorización de los puntajes**

Actitud del interno	Puntuación
Actitud alta	8 -10
Actitud regular	5 – 7
Actitud baja	1 – 4

### **3.4 Procesamiento de Datos**

Posterior a la recolección de datos se procedió a organizar las fichas de recolección y a enumerarlas para ser ingresadas a la base de datos en Microsoft Excel versión 2010, y el programa estadístico SPSS versión 20.0.

El tratamiento estadístico que se empleó en el análisis de los datos obtenidos, implico un análisis descriptivo de los objetivos generales y específicos que se plantearon en la investigación, luego un análisis inferencial de los resultados obtenidos de la encuesta, ambos análisis se presentaron de manera organizada mediante tablas y gráficos correspondientes a cada una de las dimensiones elaboradas en correspondencia con los objetivos general y específicos.



## **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

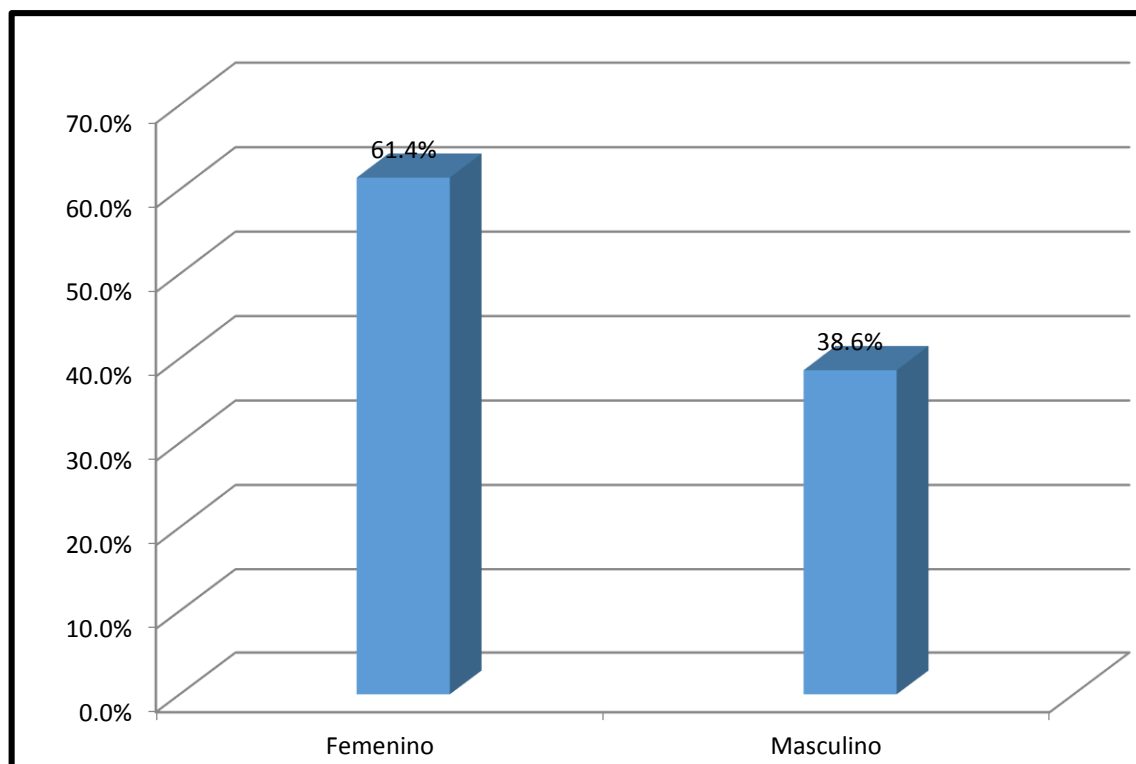
### **4.1 Presentación de Resultados**

Luego de haber ejecutado el estudio y de obtener los resultados, se procedió a desarrollar el análisis de los datos adquiridos, se hizo con el apoyo de los asesores de la tesis, el cual se presentara a continuación mediante tablas y gráficos.

**Tabla N° 01**  
**Distribución de la muestra basada en el sexo**

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	51	61.4%
Masculino	32	38.6%

En la Tabla N° 01 se observa que el porcentaje de participantes del sexo Femenino representa el 61.4% (51) y del Masculino el 38.6% (32) del total.

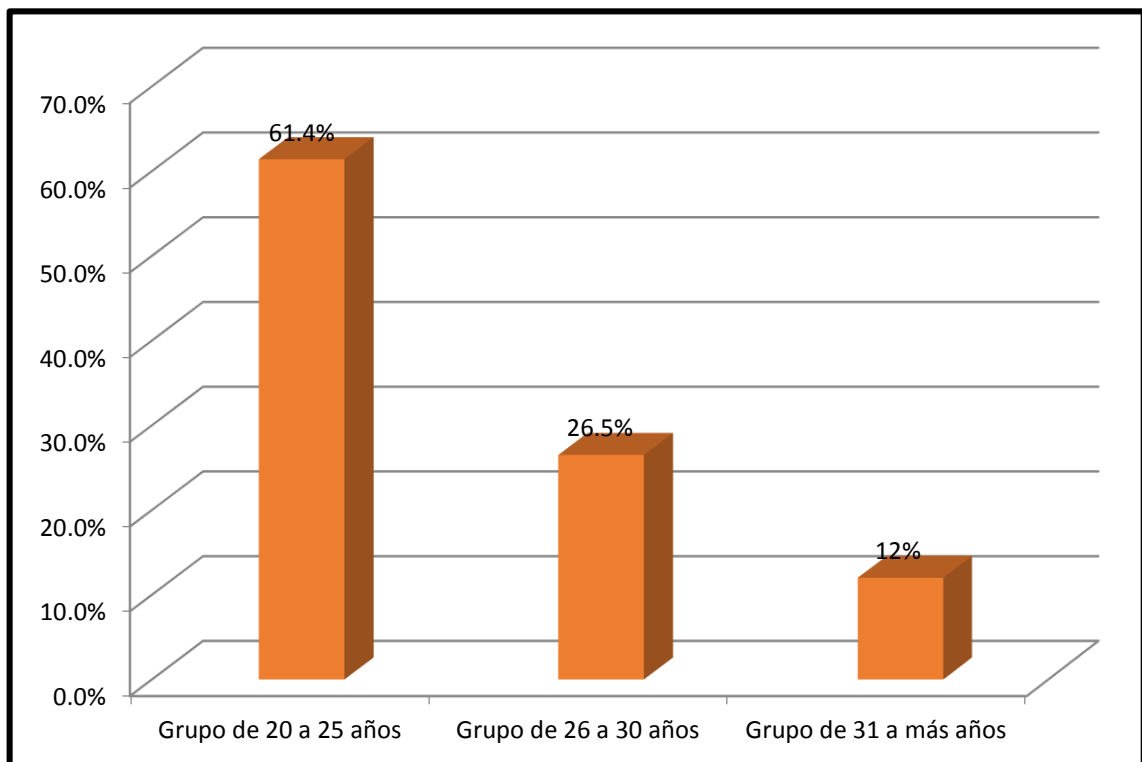


**Gráfico N° 01**  
**Distribución de la muestra basada en el sexo**

**Tabla N° 02**  
**Distribución de la muestra basada en la edad**

	Frecuencia	Porcentaje
Grupo de 20 a 25 años	51	61.4%
Grupo de 26 a 30 años	22	26.5%
Grupo de 31 a más años	10	12%

En la tabla N° 02, se aprecia que del grupo de 20 a 25 años representa el 61.4% (51), del grupo de 26 a 30 años el 26.5% (22) y del grupo de 31 años a más el 12% (10) del total.

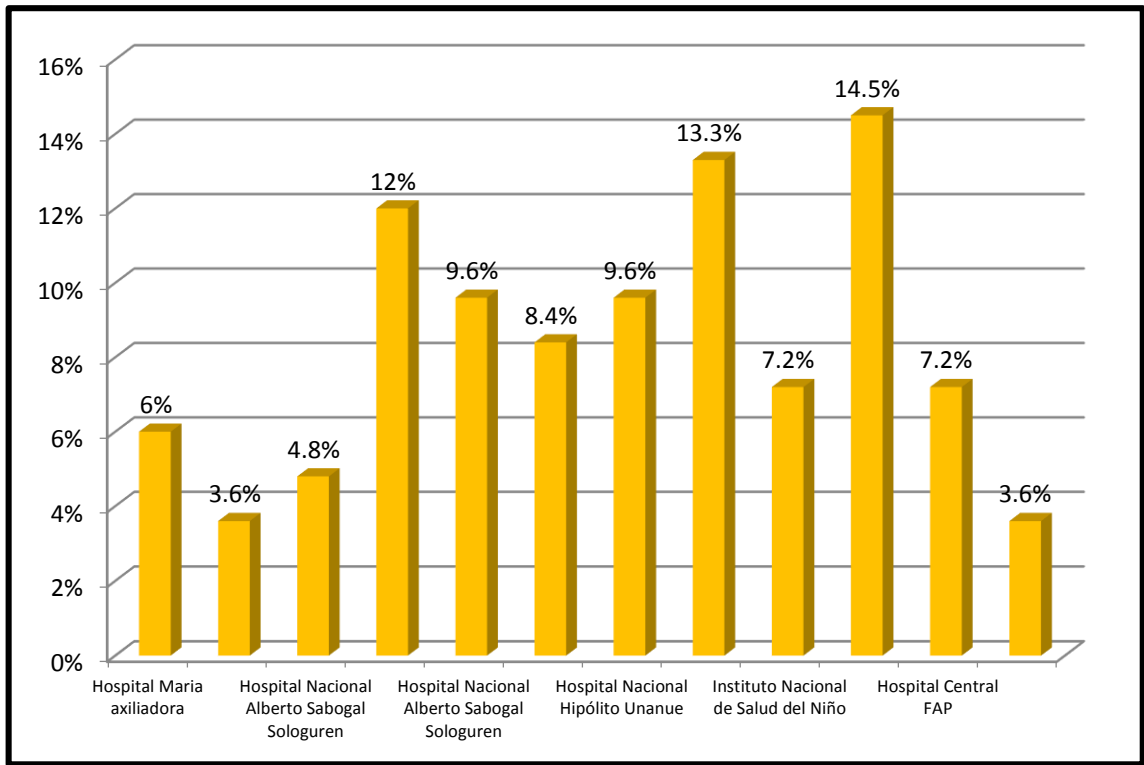


**Gráfico N° 02**  
**Distribución de la muestra basada en la edad**

**Tabla N° 03**  
**Distribución de la muestra basada en la sede hospitalaria**

	Frecuencia	Porcentaje
Hospital María auxiliadora	5	6%
Centro Materno Infantil Manuel Barreto	3	3.6%
Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren	4	4.8%
Hospital Militar Central	10	12%
Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren	8	9.6%
Hospital Centro Médico Naval	7	8.4%
Hospital Nacional Hipólito Unanue	8	9.6%
Hospital Militar Central	11	13.3%
Instituto Nacional de Salud del Niño	6	7.2%
Hospital Central de la Policía Nacional del Perú	12	14.5%
Hospital Central FAP	6	7.2%
Hospital San Juan de Lurigancho	3	3.6%

En la Tabla N° 03 se describe el porcentaje de participantes según sede hospitalaria, apreciándose que el mayor porcentaje se encontró en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú con un 14.5% (12), seguido de Hospital Militar Central con un 13.3% (11) del total.

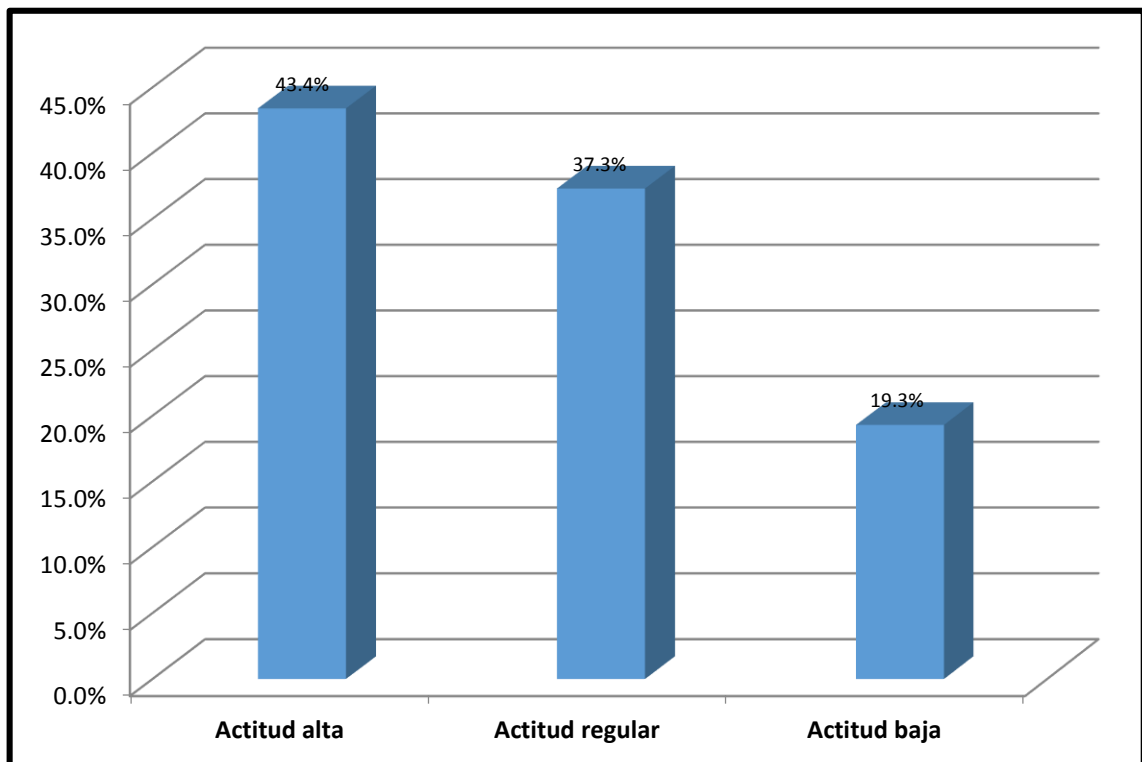


**Gráfico N° 03**  
**Distribución de la muestra basada en la sede hospitalaria**

**Tabla N° 04**  
**Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de**  
**estomatología**

	Frecuencia	Porcentaje
Actitud alta	36	43.4%
Actitud regular	31	37.3%
Actitud baja	16	19.3%

En la Tabla N° 04 se aprecia que de los internos encuestados, en mayor porcentaje presentan una Actitud alta en un 43.4% (36) del total.

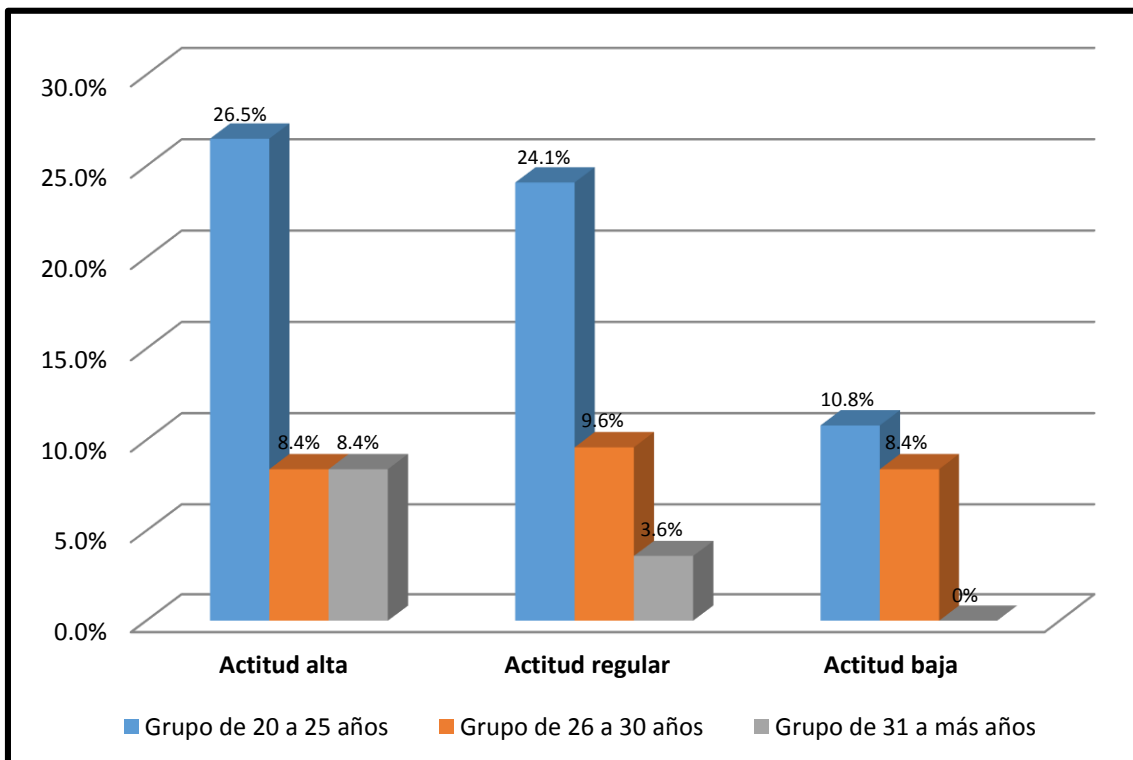


**Gráfico N° 04**  
**Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de**  
**estomatología**

**Tabla N° 05**  
**Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de**  
**estomatología, según edad**

	Actitud alta		Actitud regular		Actitud baja	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Grupo de 20 a 25 años</b>	22	26.5%	20	24.1%	9	10.8%
<b>Grupo de 26 a 30 años</b>	7	8.4%	8	9.6%	7	8.4%
<b>Grupo de 31 a más años</b>	7	8.4%	3	3.6%	0	0%

En la Tabla N° 05 se aprecia los internos de grupo etario de 20 a 25 años, en mayoría, presentaron una actitud Alta en un 26.5%(22) del total de internos de estomatología.



**Gráfico N° 05**  
**Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de**  
**estomatología, según edad**

**Tabla N° 06**  
**Relación entre la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en**  
**internos de estomatología y la edad; mediante la prueba del Chi cuadrado**  
**(X<sup>2</sup>) y el nivel de significancia (p)**

	Valor	gl	Sig. asintótica
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	6.303	4	0.178

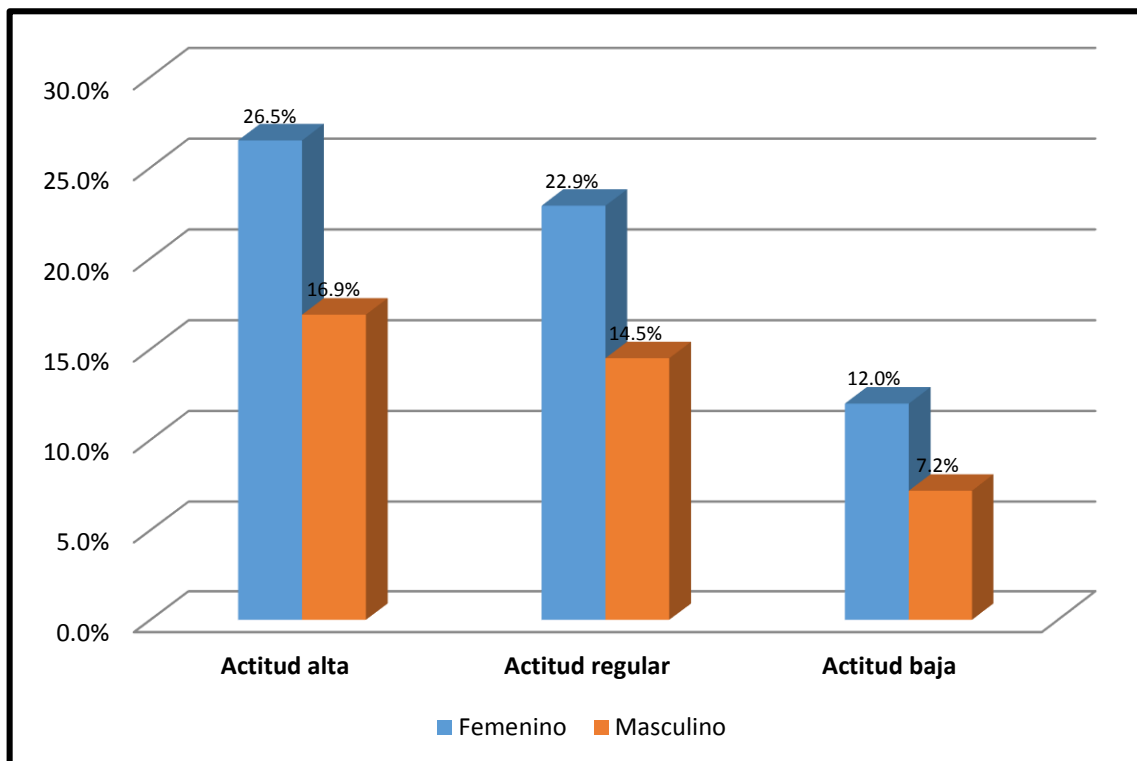
En la tabla N°06 se observó que en lo referente a la relación entre la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología y la edad, se indica que el valor de X<sup>2</sup> es de 6.303 y el nivel de significancia es de p>0.05.



**Tabla N° 07**  
**Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de**  
**estomatología, según sexo**

	Actitud alta		Actitud regular		Actitud baja	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Femenino	22	26.5%	19	22.9%	10	12 %
Masculino	14	16.9%	12	14.5%	6	7.2%

En la tabla N° 07, se aprecia que los internos de sexo Femenino, en ligera mayoría, presentaron una actitud Alta en un 26.5%(22) del total de internos de estomatología.



**Gráfico N° 06**  
**Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de**  
**estomatología, según sexo**

**Tabla N° 08**  
**Relación entre la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en  
internos de estomatología y el sexo; mediante la prueba del Chi cuadrado  
(X<sup>2</sup>) y el nivel de significancia (p)**

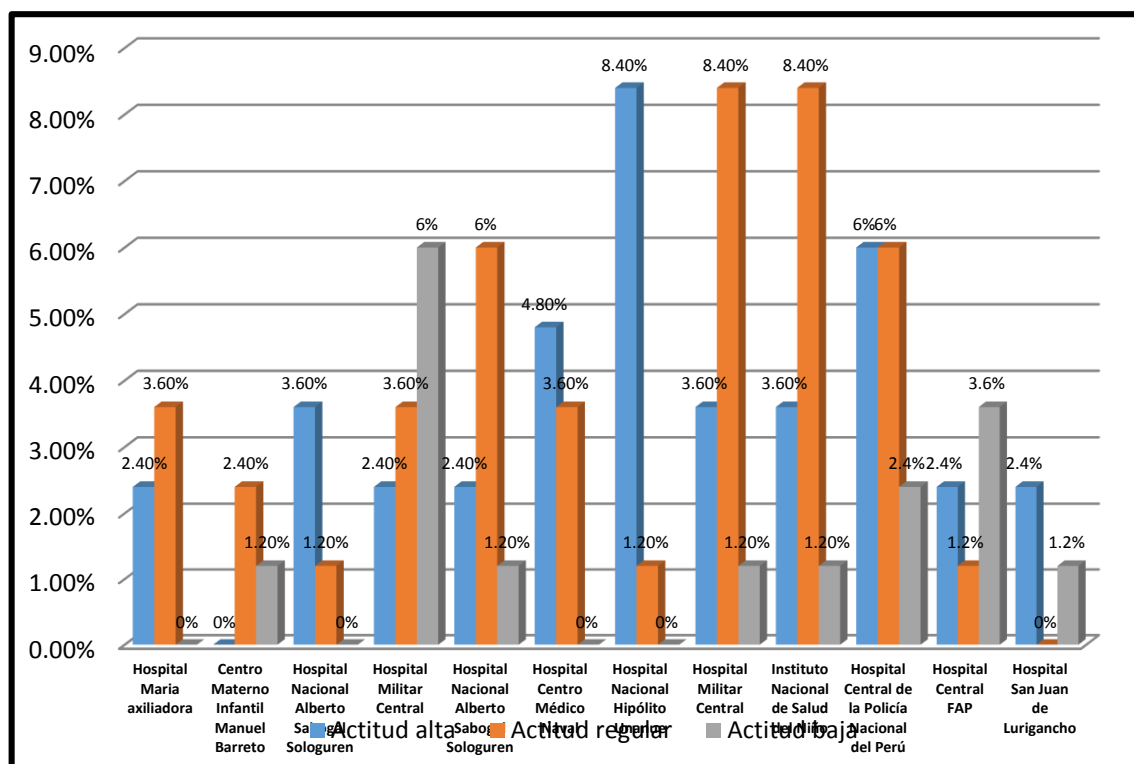
	Valor	gl	Sig. asintótica
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	0.010	2	0.995

En la tabla N°08 se observó que en lo referente a la relación entre la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología y el sexo, se indica que el valor de X<sup>2</sup> es de 0.010 y el nivel de significancia es de p>0.05.

**Tabla N° 09**  
**Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de**  
**estomatología, según sede hospitalaria**

	Actitud alta		Actitud regular		Actitud baja	
	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>
Hospital María auxiliadora	2	2.4%	3	3.6%	0	0%
Centro Materno Infantil Manuel Barreto	0	0%	2	2.40%	1	1.20%
Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren	3	3.6%	1	1.2%	0	0%
Hospital Militar Central	2	2.4%	3	3.6%	5	6.0%
Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren	2	2.4%	5	6%	1	1.2%
Hospital Centro Médico Naval	4	4.8%	3	3.6%	0	0%
Hospital Nacional Hipólito Unanue	7	8.4%	1	1.2%	0	0%
Hospital Militar Central	3	3.6%	7	8.4%	1	1.2%
Instituto Nacional de Salud del Niño	4	3.6%	7	8.4%	2	1.2%
Hospital Central de la Policía Nacional del Perú	5	6%	5	6%	2	2.4%
Hospital Central FAP	2	2.4%	1	1.2%	3	3.6%
Hospital San Juan de Lurigancho	2	2.4%	0	0%	1	1.2%

En la tabla N° 09, se aprecia que los internos del Hospital Nacional Hipólito Unánue, en ligera mayoría, presentaron una actitud Alta en un 8.4%(7) del total de internos de estomatología.



**Gráfico N° 07**  
**Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, según sede hospitalaria**

**Tabla N° 10**  
**Relación entre la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología y sede hospitalaria; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p)**

	Valor	gl	Sig. asintótica
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	35.026	22	0.039

En la tabla N° 10 se observó que en lo referente a la relación entre la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología y sede hospitalaria, se indica que el valor de  $X^2$  es de 35.026 y el nivel de significancia es de  $p < 0.05$ .

## 4.2 Discusión de Resultados

El objetivo que se tuvo para realizar el estudio fue Determinar la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en Internos de Estomatología del semestre 2017- I y 2017- II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2017. Al obtener los resultados, se observó que sobre la actitud que tienen los internos de estomatología, en un número de 36 (43.4%) su actitud es Alta; también, se observó que los internos tienen una actitud Regular en un número de 31 (37.3%) y muy por debajo de estos resultados se encuentran con una actitud Baja con un número de 16 (19.3%). Los resultados son óptimos porque se aprecia que en gran mayoría los internos, al atender a pacientes con VIH/SIDA tienen una actitud Alta y Regular, por lo observado se podría reforzar en la formación profesional de su carrera desde sus inicios como deben manejar a los pacientes con VIH/SIDA para que luego tengan una mejor actitud frente a estos pacientes.

Con respecto a Determinar la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en Internos de Estomatología del semestre 2017- I y 2017- II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, según edad. En los resultados se aprecia que los internos comprendidos en el grupo etario de 20 a 25 años de edad tienen una actitud Alta en un número de 22, con un porcentaje de 26.5% y muy ligeramente debajo en el mismo grupo etario tienen una actitud Regular en un número de 20 con un porcentaje de 24.1%; así mismo, se observó en el grupo etario de los internos de 26 a 30 años que presentan una actitud Regular en número de 8, con un porcentaje de 9.6% y ligeramente debajo se encontró que tienen una actitud Alta y Baja, ambos con un número de 7 y con un porcentaje de 8.4%. En la prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 6.303, el cual es

menor al valor de la zona de aceptación que es de 9.4877, apreciándose que existe relación entre la edad y la actitud. Se observó en los resultados que los internos del grupo etario de 20 a 25 años presentan un nivel Alto en lo que se refiere a la actitud sobre el manejo de las personas portadoras de VIH, siendo el resultado alentador en el tratamiento de este tipo de pacientes.

En lo referente a la Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en Internos de Estomatología del semestre 2017- I y 107- II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, según sexo. Los resultados nos indican que los internos de estomatología de sexo femenino tienen una actitud Alta en un número de 22, con un porcentaje de 26.5%; así mismo, también se observó que tienen una actitud Regular en un número de 19 con un porcentaje de 22.9%, por debajo de dicho grupo, los internos de sexo masculino tienen una actitud Alta en un número de 14 con un porcentaje de 16.9% y una actitud de Regular con un número de 12 y un porcentaje de 14.5%. En la prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 0.010, el cual es menor al valor de la zona de aceptación que es de 5.9915, apreciándose que existe relación entre el sexo y la actitud. De los resultados obtenidos en mayor porcentaje los internos de ambos sexos presentan un nivel de actitud Alto y Regular sobre el manejo de los pacientes con VIH. Este resultado muestra con respecto al sexo no hace mayor diferencia en relación a la actitud del interno.

Teniendo en cuenta la Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en Internos de Estomatología del semestre 2017- I y 2017- II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, según sede hospitalaria. En resultados se

aprecia que los internos de estomatología del Hospital Hipólito Unanue presentan una actitud Alta en un número de 7, con un porcentaje de 8.4%; los internos del Instituto Nacional de Salud del Niño y el Hospital Militar Central presentan una actitud de Regular en un número de 7 con un porcentaje de 8.4%. En la prueba estadística de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 35.026, el cual es mayor al valor de la zona de aceptación que es de 33.9245, apreciándose que no existe relación entre el tipo de sede hospitalaria y la actitud. De los resultados obtenidos en mayor porcentaje los internos del Hospital Hipólito Unanue presentan un nivel de actitud alto sobre el manejo de los pacientes con VIH. Se debería evaluar en cada hospital porqué la diferencia de actitudes de los internos, si de alguna manera el ambiente laboral donde ejecutan sus prácticas, está afectando las actitudes de los internos frente a este tipo de pacientes, con la finalidad de coordinar con los responsables de las diferentes sedes hospitalarias para llevar a cabo capacitaciones con la finalidad de mejorar los actitudes de los internos.

Acosta B. y Cols. (2011) Colombia, El propósito de este estudio fue conocer la actitud de estudiantes de odontología de Cali respecto del manejo de personas con diagnóstico de VIH/SIDA. La investigación fue observacional descriptivo mediante aplicación de una encuesta aplicada en 1.173 estudiantes de tres facultades de odontología de Cali, clasificados en tres grupos (preclínica, clínica inicial y clínica final). Participó un 63,4%; 50% tenía menos de 20 años, 68% mujeres. 92% solteros y 82% católicos. Se encontró actitud positiva entre 86% y 92%, la disposición de atender pacientes fue más favorable en preclínica ( $p=0.03$ ). Aunque 88,7% mostró disposición de atender pacientes VIH+; entre los que pensaban que sería difícil hacerlo para su personal auxiliar, se encontró 33%

de estudiantes con probabilidad de hacerlo, ( $p= 0.03$ ). Cuando se interrogó sobre conocimientos acerca del VIH/SIDA, 66,7% (clínica final) y 82,2% (preclínica) percibían que no habían recibido entrenamiento previo ( $p<0,001$ ). Se evidenció que la intención de atender pacientes VIH+ era similar a lo reportado en otros países americanos e Irlanda. Los estudiantes necesitan recibir un mejor entrenamiento con el fin de disminuir sus temores y mejorar su actitud para atenderlos. En la presente investigación se concluyó que la actitud es alta de los internos sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA.

Pasquale M. y Cols. (2011) Venezuela, En la lucha contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana(VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) la formación y capacitación desde etapas tempranas de la carrera profesional requiere, entre otras cosas, conocer el nivel de conocimientos, actitudes y percepciones (CAP), que los estudiantes de las ciencias de la salud tienen al respecto, abordando no solo la carrera de medicina, sino otras, como es el caso de odontología. Por estas razones el objetivo de la presente investigación fue evaluar el nivel de CAP de una muestra de estudiantes de pregrado de primer año de ambas carreras de una universidad venezolana (Universidad Central de Venezuela), con respecto a las ITS e infección VIH/SIDA. Del total ( $n=120$ ), 63,3% correspondió al sexo femenino; la edad promedio fue de 18,64 años. Con respecto a la proporción de respuestas correctas o en acuerdo de toda la muestra estudiada, se encontró que del total de preguntas, el rango de respuestas correctas o en acuerdo en la población evaluada estuvo entre 60% y 100,0%, respondiendo correctamente o en acuerdo en promedio 82,6% de las respuestas ( $\pm 8,46$ ), siendo



significativamente mayor en estudiantes de medicina (84,92%±7,78%) que en estudiantes de odontología (80,29%±8,54%) ( $t=3,101$ ;  $p=0,002$ ). En términos generales se observó que los estudiantes evaluados tanto de odontología como de medicina de la principal universidad venezolana presentan un buen nivel de conocimiento básico como actitudes y percepciones adecuadas sobre el VIH/SIDA e ITS. Es importante tomar en consideración los resultados para futuros estudios y especialmente para intervenciones que permitan con ello tener una correcta actitud y percepción sobre el VIH/SIDA e ITS por parte de ellos. En la presente investigación se concluyó que la actitud es alta de los internos sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA.

Lee C. y Cols. (2013) China, Este estudio tiene como objetivo evaluar las actitudes, el conocimiento, la preparación y la voluntad de los dentistas y estudiantes de odontología para tratar a las personas que viven con VIH / SIDA en China y determinar los factores asociados con la disposición a tratar. El estudio fue observacional descriptivo, en el cual se encuestó a dentistas y estudiantes de odontología en hospitales y escuelas de odontología en cinco regiones de China con diferentes prevalencias de PVVS. Las preguntas de la encuesta cubrieron datos demográficos, así como también cuatro categorías relacionadas con el tratamiento de PVVS: conocimiento (escala 0-1), actitud (escala 1-4), preparación (escala 1-4) y disposición a tratar (escala 1-4). Los puntajes compuestos para cada categoría se calcularon como promedios ponderados. Se realizó un análisis para determinar el / los factor (es) correlacionado (s) con la disposición a tratar. Se recolectó 394 (84 por ciento) y 462 (90 por ciento) encuestas utilizables de dentistas y estudiantes de odontología, respectivamente. Los puntajes

compuestos medios de los dentistas fueron 0.63 (conocimiento deficiente), 2.1 (actitud negativa), 2.8 (preparación adecuada) y 2.5 (disposición neutral). Los puntajes compuestos medios de los estudiantes fueron de 0.64 (conocimiento deficiente), 2.3 (actitud negativa), 2.7 (preparación adecuada) y 2.6 (disposición positiva). El cuarenta y cinco por ciento de los dentistas y el 59 por ciento de los estudiantes de odontología tenían puntajes que indicaban buena disposición para tratar. La actitud era el único factor correlacionado sistemáticamente con la disposición a tratar. Los dentistas y los estudiantes de odontología obtuvieron calificaciones bajas en todas las categorías, excepto por la preparación. El conocimiento del VIH / SIDA y las actitudes hacia las PVVS mejoren aún más durante la capacitación dental para aumentar el acceso y la efectividad del cuidado dental de las PVVS en China y para mejorar su calidad de vida. En la presente investigación se concluyó que la actitud es alta de los internos sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA.

Rázuri E. (2016) Perú, Este estudio se realizó para evaluar la actitud de los estudiantes de la Clínica Estomatológica ciclos IX y X ciclo, de la Universidad de Huánuco frente al manejo de pacientes con VIH/SIDA de la Universidad de Huánuco 2016 con la finalidad de ver si era la actitud la adecuada frente a estos pacientes. Se realizó un estudio tipo básico, observacional y transversal y prospectivo en los estudiantes del de la Universidad de Huánuco, conformado por 57 estudiantes del IX y x ciclo de la clínica estomatológica, de los cuales 29 alumnos para el primer grupo de estudio y 28 para el segundo, en el mes de Diciembre del 2016 en las edades comprendidas de 20 a 42 años, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para el análisis estadístico en el

programa SPSS versión 22.00 utilizando el análisis descriptivo e inferencial chi-cuadrado. La distribución porcentual fue de 68,4% de participantes de sexo femenino y el 31,6 correspondiente a los varones; la actitud de los estudiantes del IX y X ciclo de Odontología frente al manejo de pacientes con VIH-SIDA fue en un mayor porcentaje inadecuado (91,2%), y en un mínimo porcentaje adecuado 8,8%. La actitud de los estudiantes del IX ciclo frente al manejo de pacientes con VIH-SIDA fue en un mayor porcentaje el inadecuado 82.8% en cuanto la actitud inadecuada en el X ciclo fue el (100%). En la presente investigación se concluyó que la actitud es alta de los internos sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

Al determinar la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, se concluye que presentan una actitud Alta.

En lo referente a la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, según edad; se concluye que los internos del grupo etario de 20 a 25 años presentaron una actitud Alta.

Con respecto a la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, según sexo; se concluye que el sexo femenino presentó una actitud Alta.

En lo concerniente a la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, según sede hospitalaria; se concluye que los internos del Hospital Nacional Hipólito Unanue presentaron una actitud Alta.

## **5.2 Recomendaciones**

Basado en los resultados obtenidos sobre actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para llevar a cabo reforzamientos y capacitaciones sobre el tema a los internos, con lo cual se lograría mejorar los niveles de actitud frente a los pacientes portadores del VIH.

En lo referente a la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, según edad, se recomienda considerar los resultados para reforzar y actualizar los conocimientos sobre las medidas a tomar frente a pacientes portadores del VIH, con ello se lograría mejorar las actitudes de los internos.

En relación a la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, según sexo; se recomienda tomar en cuenta los resultados, para mejorar el porcentaje de actitud mediante talleres en la Universidad desde inicios de la formación profesional y previo al inicio del internado hospitalario, logrando que los internos puedan mejorar las actitudes al tratar pacientes VIH positivos.

En lo concerniente a la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología, según sede hospitalaria; se recomienda tomar en cuenta los resultados, para promover una actitud positiva mediante la discusión de dicho tema en las reuniones académicas inter-hospitalarias, en lo que se logrará uniformizar criterios sobre el manejo de dichos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Castellanos J. y Cols. Medicina en Odontología Manejo dental con enfermedades sistémicas. 3ra ed. México: Ed. Manual Moderno; 2015: p.125-133.
2. Pachón J. y Cols. La Infección por VIH Guía Práctica. 2da ed. España: Ed Gráficas Monterreina; 2003 p. 88-89
3. Cardoso M. VIH. 1ra ed. Alemania: Ed. HIV Medicine Flying Publisher; 2004 p. 13-17. Disponible en: [http://www.hivmedicine.com/pdf/vih2004\\_spanish.pdf](http://www.hivmedicine.com/pdf/vih2004_spanish.pdf).
4. OMS. VIH/SIDA. En línea (diciembre 2017). Disponible en web: [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
5. ONUSIDA. Hoja informativa – Día mundial del SIDA 2017. En línea (diciembre 2017). Disponible en web: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf)
6. PUN M. “Situación de la Epidemia de VIH en el Perú”. MINSA. LIMA. 2015. 12
7. ONUSIDA. Perú. En línea (diciembre 2017). Disponible en web: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/peru>
8. Ceccotti E. y Cols. El Diagnóstico en Clínica Estomatológica. 1ra ed. Argentina: Ed. Médica Panamerica; 2007: p. 229-259.

9. Mascolo P. y Cols. Conocimiento, actitudes y percepciones sobre VIH SIDA e infecciones de transmisión sexual en estudiantes ingresados a odontología y medicina de una universidad Venezolana. Revista Medica de Risaralda. Caracas Venezuela. Vol. 17 nº 2 Diciembre 2011
10. Carrasco Y. Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los internos de estomatología de la universidad Señor de Sipán hacia el paciente con VIH 2016 (tesis para optar el título de cirujano dentista) Pimentel Perú. Universidad Señor de Sipán . 2016.
11. Stephen N. y Cols. Principios para el Manejo de la Salud Oral de Paciente SIDA /VIH. 1ra ed. EEUU : ADA; 2000: p. 2.1-2.22
12. Robbins M. Recent Recommendations for Management of Human Immunodeficiency Virus-Positive Patients. Dent Clin. 2017; N Am 61: 365–387.
13. ONUSIDA Manual sobre VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. Naciones Unidas - Derechos Humanos; 2007: p. 3-4.
14. Barra E. Psicología Social. 1ra ed. Chile: Editorial Universidad de Concepción; 1998: p87-90
15. Fernandez I. y cols. Psicología Social, Cultural y Educación. 1ra ed. Argentina: Ed. Universidad del País Vasco; 2004: cap. X p. 1-2
16. Morales J. Psicología Social. 3ra ed. España: Ed Mac Graw Hill e Interamericana de España; 2007: p 460-462.
17. Tuesta S. Actitud del cirujano dentista en el manejo del paciente portador de VIH SIDA en la ciudad de Trujillo 2010.(tesis para optar el título de cirujano dentista) Trujillo – Perú. Universidad Privada Antenor Orrego 2010.

18. Zuñiga O. Relación entre nivel de conocimiento y actitud de los estudiantes de tercer cuarto y quinto año de escuela de estomatología de la universidad nacional de Trujillo- 2010 hacia el paciente con VIH / SIDA. (tesis para optar el título de cirujano dentista) Trujillo- Perú . Universidad Nacional de Trujillo. 2010.
19. Acosta de Velasquez B. y Cols. Actitud de los estudiantes en tres facultades de odontología em Santiago de Cali, Colombia, frente a pacientes con VIH. Acta Bioethica 2011; 17 (2) : 265-27.
20. Dhanya RS y Cols. Knowledge, Attitude, and Practice towards HIV Patients among Dentist. Kerala India. J Int Soc Prevent Communit Dent. 2017;7:1 48-53.
21. Lee C. y cols . Dentists´ and dental studens´attitudes , knowledge, preparedness, and willingness related to treatment of people living with HIV AIDS in China. American Association of Public Health Dentistry.2016. ISSN 0022-4006.
22. Bilbao J. y cols. Nivel de conocimientos, tipo de actitud y prácticas de los estudiantes de medicina sobre el VIH/ SIDA ( Barranquilla , Colombia) : Estudio descriptivo. Arch Med (Manizales) 2017; 17(1):54-3
23. Alarcón M. Percepción sobre la atención odontológica en pacientes portadores de VIH (tesis para optar el título de cirujano dentista) Lima – Perú . Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016.
24. Rázuri E. Actitud de los estudiantes de la clínica estomatológica frente al manejo de pacientes com VIH SIDA de la Universidad de Huánuco 2016. (tesis para optar el título de cirujano dentista) Huánuco Perú. Universidad de Huánuco. 2016.



25. Soto S. y cols. Factors associated with dentists refusal to treat HIV infected patients. XIV International AIDS Conference. Barcelona, Spain, July 7-12, 2002. Abstract nº TuPeE52.

# **ANEXOS**



Universidad  
**Inca Garcilaso de la Vega**  
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**ENCUESTA ANÓNIMA**

*Distinguido interno:*

*Es grato dirigirse a Ud., a fin de informarle que estoy realizando una investigación con respecto a determinar la actitud de sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en los internos de Estomatología del semestre 2017 I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega; con la finalidad, que con que los resultados procesados se realice un diagnóstico, para luego hacer de conocimiento las autoridades de la Facultad, con el propósito de que se mejore la relación Universidad – Alumno. Le ruego que colabore con este estudio contestando brevemente el cuestionario que se muestra a continuación:*

*Le agradeceré responder las preguntas teniendo en cuenta que no hay respuestas ni buenas ni malas. Sírvase seguir las siguientes indicaciones:*

*Lea cuidadosamente cada una de las preguntas de la encuesta, marque con un aspa (X) la alternativa que usted consideres correcta.*

**I. DATOS GENERALES**

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo: M ( ) F ( )

3. Sede hospitalaria: \_\_\_\_\_

## II. ACTITUD DE LOS INTERNOS DE ODONTOLOGÍA

Instrucciones: Encierre en un círculo la alternativa que consideres correcta.

1. **Atendería a un paciente con VIH positivo**
  - a) Si
  - b) No
2. **Se siente profesionalmente comprometido(a) con estos pacientes**
  - a) Si
  - b) No
3. **Trataría a todos los pacientes, como si fueran positivos para VIH**
  - a) Si
  - b) No
4. **Si un paciente tiene hepatitis B, las medidas de bioseguridad que emplearía son iguales al que tiene VIH**
  - a) Si
  - b) No
5. **Considera usted que por la saliva se puede transmitir el virus del VIH, en el tratamiento pudiera contagiarlo(a)**
  - a) Si
  - b) No
6. **Ha recibido algún tipo de entrenamiento para el manejo de pacientes con VIH**
  - a) Si
  - b) No
7. **Considera que los procedimientos necesarios para el control de infecciones, cuando se atienden a pacientes positivos para VIH, podría resultar una carga financiera para su práctica profesional**
  - a) Si
  - b) No
8. **Atender pacientes positivos con VIH, para usted es un compromiso profesional**
  - a) Si
  - b) No
9. **Piensa que sería difícil para el personal que laboraría en su consulta, trabajar con estos pacientes**
  - a) Si
  - b) No
10. **Piensa que si atendería pacientes VIH positivos, otros pacientes, se negarían a volver a la consulta**
  - a) Si
  - b) No

## ANEXO N°02

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. (a, ita): \_\_\_\_\_,  
de Universidad Inca Garcilaso de la Vega, responsable de la investigación  
titulado: *“Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en los internos de  
Estomatología del semestre 2017 I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la  
Vega”*.

*La presente es para invitarle a participar en el estudio el cual tiene como objetivo  
determinar la Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en los internos  
de Estomatología del semestre 2017 I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la  
Vega. Para poder participar del estudio, usted tendrá que llenar un cuestionario de  
manera anónima, el cual se le demandara un tiempo promedio de 10 minutos.*

*La información que Ud., brinde al estudio de uso exclusivo del investigador y se  
mantendrá su debida confidencialidad.*

*Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier etapa sin  
que este afecte de alguna manera. Por participar del estudio Ud., no recibirá  
ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante  
investigación*

*Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse a los  
siguientes teléfonos \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_*

Yo, \_\_\_\_\_ dejo constancia que se me ha  
explicado en que consiste el estudio titulado *“Actitud sobre el manejo de pacientes  
con VIH/SIDA en los internos de Estomatología del semestre 2017 I y II de la  
Universidad Inca Garcilaso de la Vega”*. Realizado por la bachiller  
.He tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema,  
las cuales fueron respondidas de forma clara.

*Sé que mi participación es voluntaria, que los datos se obtengan se manejarán  
confidencialmente y en cualquier momento pueda retirarme del estudio.*

*Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el  
presente estudio.*

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del participante  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del participante  
DNI

### Anexo N°03

MATRIZ DE CONSISTENCIA					
PROBLEMAS	OBJETIVOS	OPERACIONALIZACIÓN			METODOLOGIA
		VARIABLE	DIMENSIONES	VALOR	
<p><b>Problema General:</b> ¿Cuál es la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre 2017 I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre 2017 I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.</p>				<p>Diseño de investigación Descriptivo</p> <p>Tipo de investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transversal</li> <li>- Prospectiva</li> </ul>
<p><b>Problemas específicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuál es la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre 2017 I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según edad?</li> <li>2. ¿Cuál es la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre 2017 I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según sexo?</li> <li>3. ¿Cuál es la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre 2017 I y II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, según sede hospitalaria?</li> </ol>	<p><b>Objetivo específicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre 2017 I y II de la universidad Inca Garcilaso de la Vega.</li> <li>2. Determinar la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre 2017 I y II de la universidad Inca Garcilaso de la Vega.</li> <li>3. Determinar la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en internos de estomatología del semestre 2017 I y II de la universidad Inca Garcilaso de la Vega.</li> </ol>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p>Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA</p>	<p>Actitud</p>	<p>Preguntas positivas SI = 01 NO = 0</p> <p>Preguntas negativas SI = 0 NO = 01</p>	<p>Población</p> <p>La población del estudio estará constituida por los internos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega del semestre académico 2017 -I y 2017 - II, los cuales se estiman en un total aproximado de 98 alumnos.</p> <p>Muestra</p> <p>La muestra a utilizar en el estudio será no aleatoria por conveniencia, que está constituida por 77 internos de Estomatología del semestre académico 2017- I y 2017 - II. Y que cumplirán con los criterios de inclusión y exclusión.</p>

		<b>CO - VARIABLE</b>				<b>Instrumentos:</b>
		Edad	Años vividos	20 21 22 23 24		Instrumento que se utilizará en el presente estudio, será una encuesta de 10 preguntas relacionadas con el tema, las cuales contará con dos alternativas para responder: SI y NO, donde solo elegirá una; la cual medirá la actitud del interno de la Facultad de Estomatología frente al manejo de pacientes con VIH/SIDA. Una vez aplicado se evaluará de acuerdo a los resultados: actitud alta, actitud regular y actitud baja.
		Sexo	DNI	Masculino Femenino		
		Sede Hospitalaria	Universidad Inca Garcilaso de la Vega	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.</li> <li>- Hospital Militar Central.</li> <li>- Hospital Centro Medico Naval</li> <li>- Hospital Central F.A.P.</li> <li>- Hospital María Auxiliadora</li> <li>- Centro Materno Infantil Manuel Barreto.</li> <li>- Hospital Nacional Hipólito Unanue.</li> <li>- Hospital San Juan de Lurigancho</li> <li>- Instituto Nacional de Salud del Niño</li> <li>- Hospital Central de la Policía Nacional del Perú.</li> </ul>		