



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGÍA**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA; DENOMINADA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ATENCIÓN DE
PACIENTES CON VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DEL
NOVENO CICLO DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE
SIPÁN PIMENTEL 2016 – I**

AUTOR:

Bach. MONTEZA TAFUR, JOSÉ ARTEMIO

ASESOR METODÓLOGO

Mg.Esp.CD. Córdova Salinas, Imer Duverlí

ASESOR ESPECIALISTA

Esp.CD. Giribaldi Ugaz Gustavo Alfredo Alberto

PIMENTEL – PERU

2016

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ATENCIÓN DE PACIENTES
CON VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DEL NOVENO CICLO DE LA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN PIMENTEL 2016 – I**

Aprobación de la Tesis

Bach. Monteza Tafur, José Artemio

Autor:

Mg.Esp.CD. Córdova Salinas, Imer Duverlí

Asesor Metodólogo

Esp.CD. Giribaldi Ugaz Gustavo Alfredo Alberto

Asesor especialista

Dra CD Sanchez Barrueto Cristina Luz

Presidente de jurado de tesis

Ms. CD. Castillo Cornock Tania Belú

Secretaria de Jurado de tesis

Esp. CD. Giribaldi Ugaz Gustavo Alfredo Alberto

Vocal de jurado de tesis

DEDICATORIA

A DIOS

Que en su infinita
sabiduría
supo guiar mi camino
siempre

A MI MADRE

Que en su infinito amor
supo hacer de mí un
hombre de bien

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por haber guiado mi camino hacia el logro de mis metas planteadas, haberme brindado salud, paciencia y perseverancia para así lograr mis objetivos.

A mi Madre

Rosa Elva Tafur Fernández por ser mi motivo para salir adelante y la dueña de todos mis triunfos, por haberme sabido guiar con su infinita paciencia, perseverancia y amor apoyándome en cada momento y brindándome la fuerza necesaria para nunca rendirme.

A mis asesores

Por guiar cada paso a lo largo del desarrollo de este trabajo y brindarme la confianza para la culminación del mismo.

A mis docentes

Por haber forjado en mí un profesional capacitado y preparado para enfrentar el mundo del mañana.

A mis compañeros y amigos

Por haber creído en mí y brindarme su apoyo incondicional en cada momento.

INDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1 Situación problemática.....	8
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Delimitación de la Investigación.	13
1.4. Justificación e Importancia de la Investigación.	13
1.5 Limitación de la investigación.....	15
1.6 Objetivos de la Investigación.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 Antecedentes de la investigación:.....	17
2.3 Bases Teóricas Científicas.....	20
2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	37
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	38
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	38
3.2. Población y muestra.....	39
3.3. Hipótesis.....	40
3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	41
3.5 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	42
3.6. Procedimiento para la recolección de datos.....	43
3.7. Análisis estadístico e Interpretación de datos.....	44
3.8. Criterios éticos.....	44
3.9. Criterios de rigor científico.....	44
CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.....	45
4.1. Resultados en tablas y gráficos.....	45
4.2 Discusión de Resultados.	49
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	53
5.1 Conclusiones.....	53
5.2 Recomendaciones.....	55
REFERENCIAS.....	56
ANEXOS.....	62

RESUMEN

El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida se ha constituido en una problemática mundial con consecuencias en distintos ámbitos. Dada la creciente alza de personas infectadas con esta enfermedad es necesario estudios y servicios que respondan a este tipo de población. La presente investigación tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento sobre la atención de pacientes con VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Señor de Sipán Pimentel 2016 – I, la muestra fue de 45 estudiantes asistentes al día de la realización del cuestionario.

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre sobre atención de pacientes con VIH/SIDA, se utilizó un cuestionario elaborado por el investigador, evaluado y aprobado por especialistas capacitados y posteriormente aplicado a la población establecida, realizado en un día de realización académica previo consentimiento del docente. Se realizó el análisis estadístico de los datos adquiridos y su interpretación. Se estableció como resultado que la mayoría de estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Señor de Sipán tienen un nivel de conocimiento es regular con un 71.1% seguido de un nivel de conocimiento bajo con un 24.4% y por ultimo un nivel de conocimiento alto con un 4.4%, lo que indica que existe un problema en la formación de estudiantes próximos a la culminación de su carrera profesional e incapacitados para la atención de estos mismos.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, VIH/SIDA, A fines de conocimiento, Culminación.

ABSTRACT

Acquired Immune Deficiency Syndrome has become a global problem with consequences in different areas. Given the increasing rise of people infected with this disease is necessary studies and services that respond to this population. The present investigation was to determine the level of knowledge about the care of patients with HIV / AIDS in ninth- cycle of professional school of stomatology of the Lord University of Sipan Pimentel 2016 - I, the sample was 45 students attending the day of the completion of the questionnaire.

A questionnaire prepared by the researcher was used to assess the level of knowledge on care of patients with HIV / AIDS, evaluated and approved by trained specialists and subsequently applied to the established population, made in a day of academic achievement prior consent of the teacher. Statistical analysis of acquired data and their interpretation was performed. Was established as a result most students of the professional school of stomatology of the Lord University of Sipan have a level of knowledge is regulated with a 71.1% followed by a low level of knowledge with 24.4% and finally a level of knowledge high with 4.4%, indicating that there is a problem in forming next to the culmination of his career and unable to care for these same students.

Keywords: knowledge level, HIV / AIDS, end of knowledge, Culmination.

INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA es una enfermedad que afecta a cada vez mayor población, llevando a cifras alarmantes hoy en día, constituyendo un problema de consecuencias sociales, económicas y políticas. Muchos de estos ni siquiera han sido diagnosticados y significan un potencial peligro de infección para el resto de la población; dada la situación alarmante, cada vez existe una mayor necesidad de especialistas o profesionales capacitados para el diagnóstico y tratamiento de este tipo de pacientes.

La odontología dentro del equipo multidisciplinario de esta problemática, está tomando un papel cada vez más importante en el diagnóstico oportuno y atención de estos pacientes, ya que muchas veces los primeros síntomas y signos de alarma para la identificación de esta patología se dan dentro de la cavidad oral.

Lo que conlleva a una creciente necesidad de profesionales cada vez más calificados y preparados para la atención de pacientes con esta patología; por ende, una mayor preocupación por parte de la universidad en la formación de estos mismos.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Situación problemática

Para nadie es un secreto el continuo ascenso de las estadísticas de nuevos casos de VIH/SIDA a nivel mundial, situación por la cual se hacen cada vez más necesarios estudios y servicios que respondan a las necesidades de la población afectada.

La odontología, como parte del equipo multidisciplinario de atención integral no deja de estar involucrada en ésta realidad, debido a que las lesiones orales son indicadores confiables de la infección con VIH y la inmunosupresión.¹

El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se ha constituido en un grave problema a nivel mundial con consecuencias sociales, económicas, políticas y legales. Incluye además la discriminación, la incomprensión y el rechazo a las personas contagiadas.²

En 1981 cuando fueron descritos los primeros casos de SIDA una enfermedad que hasta hoy se conoce con esa primitiva denominación en todo el Orbe. Más que un síndrome, es una enfermedad con un agente etiológico debidamente identificado como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).³

La infección por el VIH produce un periodo cualitativo y cuantitativo del sistema inmunológico, el VIH altera y destruye lentamente el sistema inmunológico y muy específicamente a los llamados linfocitos T4 o linfocitos CD4, la cual se traduce en severas complicaciones infecciosas y neoplásicas que caracteriza al SIDA. ⁴

Desde entonces el mundo ha visto a una enfermedad que en un principio fue descrita solamente en países desarrollados, en hombres

homosexuales y usuarios de drogas inyectables, se transforma en una pandemia que afecta a millones de hombres, mujeres y niños cada continente.^{5, 6}

Según las estimaciones de la OMS y el ONUSIDA, a finales de 2008 había 33,4 millones de infectados por el VIH. Ese mismo año se infectaron 2,5 millones de personas y 2,1 millones murieron de SIDA, entre ellos 280 000 niños. Dos tercios de las infecciones por VIH se producen en el África subsahariana.⁷

Perú reporto el primer caso de VIH/SIDA en 1983. En septiembre de 2009, el Ministerio de Salud - MINSA reporta en sus estadísticas 23.446 casos de SIDA y 36.138 de VIH en. Sin embargo, según el modelo de estimaciones desarrollado por OMS y ONUSIDA, existen aproximadamente 76,000 personas viviendo con VIH/SIDA en el Perú.⁸

En el departamento de Lambayeque, datos epidemiológicos indican que la población registra los mismos patrones inherentes a esta pandemia, siendo 1648 los casos informados de VIH/SIDA de 2004 – 2014 y 19 casos informados en el distrito de Lambayeque de 2014 hasta 2015.⁹

La salud bucal constituye un aspecto importante en personas portadoras de VIH/SIDA, pues por su condición sufren de infecciones oportunistas que causan serios problemas al paciente. Algunos autores consideran que entre 30-80% de estas personas sufren de infecciones por hongos, leucoplasias y otras manifestaciones bucales propias de la infección por el VIH, por ello la identificación temprana, el mantenimiento de una adecuada higiene bucal y la visita periódica al odontólogo son tres de las acciones más importantes en el diagnóstico. Debido al papel que juegan los odontólogos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la cavidad bucal, es necesario que los portadores de VIH/SIDA tengan fácil acceso a los servicios prestadores de salud.¹⁰

A pesar de que el riesgo de contagio es bajo en un consultorio odontológico, el cuidado de los odontólogos a veces no es adecuada: esto favorece quizá, a una mayor probabilidad de contagio y riesgo derivada de su actividad clínica y posiblemente también al tipo de relación que se plantea con el paciente infectado, la cual escapa a la rigidez de la ética médica; es decir, su obligación con el cliente es decisión única y exclusiva del odontólogo, además, este profesional no tiene fácil acceso a una historia clínica completa del paciente, o bien no puede demandar de éste la información pertinente sobre los padecimientos que sufre por esta enfermedad.²

Aun cuando el temor al contagio de VIH en la práctica odontológica persiste, en la actualidad existe una creciente demanda de asistencia odontológica por parte de personas portadoras de VIH, pues el número de casos ha ido en ascenso. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones coinciden en señalar que existe un carácter estigmatizante de la enfermedad y el miedo al contagio por parte de los profesionales de la odontología lo que causa un rechazo a estos enfermos.¹⁰

La epidemia producida por el VIH ha ocasionado en los últimos años, diversos cambios en la atención odontológica, principalmente debido a la percepción de un riesgo ocupacional adicional de contagio dentro del consultorio dental, y esto por lo que los odontólogos trabajan cada día en íntimo contacto con las mucosas, así como la saliva y la sangre de numerosos pacientes. Por ello, existen múltiples posibilidades de transmitir y de contraer enfermedades infecciosas durante la atención dental.¹¹

El primer caso de sida de transmisión ocupacional se describió en diciembre de 1984. En Estados Unidos, según datos de los *Centres for*

Disease Control and Prevention (CDC), hasta diciembre de 2001 se habían declarado 57 casos de infección documentada y 138 posibles.¹²

Paradójicamente, el riesgo de transmisión del VIH entre los trabajadores de la salud 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. Se estima 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.¹³

Asimismo, no se ha reportado ningún caso de transmisión de VIH por contacto de piel intacta con una pequeña cantidad de sangre. El riesgo puede ser grande si se daña la piel (por ejemplo, por una cortada reciente), con respecto a la exposición de sangre infectada con ojos, nariz y boca el riesgo es de 0.1% aproximadamente.¹⁴

Específicamente dentro del consultorio dental, la cifra de adquirir VIH/SIDA es mínima, si la comparamos con el riesgo de adquirir el virus de la hepatitis B, el cual se estima en un 25-30% por contacto. El riesgo a infectarse con VIH aumenta si la herida es profunda, si la aguja estuvo colocada en una vena o en una arteria del paciente infectado o si el paciente se encuentra en los estadios finales, este último caso reflejaría un periodo de carga viral muy elevado. Estos factores de riesgo son acumulativos, de modo que el riesgo global es mucho más elevado cuando intervienen dos factores o más. A pesar de que la enfermedad es en general 100% mortal, el riesgo que un trabajador de la salud contraiga la enfermedad es bajo. 1 en cerca de 250 incidentes.¹³

A pesar del riesgo bajo de transmisión del VIH, en los consultorios odontológicos, existen actitudes y conductas negativas en la atención

odontológica hacia el paciente con VIH, debido en parte al alto índice de mortalidad de esta infección y a la ausencia hasta ahora, de un tratamiento curativa de la misma, así como un bajo nivel de conocimientos sobre esta enfermedad por parte de los profesionales médicos.¹⁵

Sin embargo, el aumento gradual de los sujetos infectados por el VIH reportado en la actualidad, aunado al incremento en las tasas de sobrevida de los casos ya existentes, ocasionado por el advenimiento de mejores terapias antirretrovirales: eleva los requerimientos odontológicos de los pacientes con VIH. En consecuencia, el SIDA está transformándose en una enfermedad crónica, lo cual lleva implícita una mayor demanda de cuidados sanitarios entre los que evidentemente se incluye la atención buco dental.^{15, 16.}

En este punto, se hace necesario definir las siglas y términos del VIH y del SIDA; según Villegas, establece que el “*Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)*” es cuando una persona ha sido infectada por éste virus y su sistema inmunitario es atacado gradualmente, perdiendo por tanto su defensa frente a otros virus infecciosos. ¹⁷

De este modo, gérmenes que son relativamente inofensivos o benignos, por ejemplo, los causantes de la candidiasis, pueden provocar infecciones más graves en la persona infectada. Por otra parte, SIDA significa *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*; que no es más que un conjunto de signos y síntomas causados en su mayor parte por infecciones que ocurren como resultado de la infección por VIH y que pueden conducir a la muerte.¹⁸

Ahora bien, es preciso señalar que, aunque el proceso del VIH y el SIDA es conocido por los especialistas, la mayoría de las personas no tiene una idea muy clara respecto a la prevención e incluso, poseen una

percepción baja del riesgo de contraer VIH, olvidando que según Onusida, esta enfermedad ha sido la causa de muerte de 1.7 millón de adultos y 280 mil niños hasta el 2008. ¹⁹

1.2. Formulación del problema.

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la atención de pacientes con VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán Pimentel 2016 - I?

1.3. Delimitación de la Investigación.

La presente investigación ha sido realizada en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán 2016 – I, ubicada en la carretera a Pimentel km 5 Distrito de Pimentel, departamento de Lambayeque.

1.4. Justificación e Importancia de la Investigación.

Ante la amenaza creciente del VIH/SIDA, es indispensable que las comunidades e instituciones de todo nivel intervengan en forma proactiva para poner freno a este mal, que día a día se propaga causando a diario miles de muertes y en este sentido, cobra especial importancia la participación del cirujano dentista.

Estudios sobre la actitud de los cirujanos dentistas y estudiantes de estomatología para atender pacientes con el VIH reportan que la negativa a atender dichos pacientes aumenta a medida que el estudiante de estomatología avanza en estudios; de igual manera, reportan que a mayor tiempo de graduado menor es el interés de tener contacto con pacientes seropositivos, así como también falta de motivación para el uso correcto de los procedimientos de rutina sobre control y prevención de la enfermedad.²⁰

La actitud negativa o rechazo a la atención de personas con el VIH/SIDA de algunos profesionales de la salud específicamente de los cirujanos dentistas, quien reportó que el nivel de rechazo de los cirujanos dentistas supera al de los médicos y enfermeras.²⁰

Por otro lado, existen estudios realizados por Ramírez México (2008) en donde se enfatiza la necesidad de formar cirujanos dentistas con responsabilidad ética, habilidades y conocimientos, que les permita brindar atención estomatológica no discriminatorios a personas con el VIH/SIDA.²¹

En atención a ello, se considera que con la realización del presente estudio se generarán beneficios múltiples, desde diversas perspectivas: como lo académico, puesto que al comprobarse que los estudiantes de la Escuela de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán carecen de información veraz y actualizada acerca del VIH/SIDA, se podrá generar un nivel de conciencia que promueva el interés en los docentes y estudiantes hacia la adquisición de estos conocimientos, lo que contribuiría con la formación eficaz e integral de los futuros cirujanos dentistas.

En este mismo orden de ideas, se estima que mediante los resultados obtenidos a través del estudio se estimularía la creación de una cátedra especializada en la atención del paciente con el VIH/SIDA en el plan de estudios de dicha escuela, proporcionando un valor agregado a la universidad dada la capacitación que en tal sentido obtendrían sus egresados.²²

En lo social, se espera que la contribución del estudio sea significativa, por cuanto al contar en el país con profesionales de la estomatología ampliamente formados en la materia del VIH/SIDA, podrán reducirse el fenómeno de discriminación y se mejoraría la calidad de vida de las personas con el VIH y SIDA por cuanto se contará con profesionales que respondan a las necesidades terapéuticas y preventivas de éstos pacientes, lo que redundaría en la optimización de la atención estomatológica de los peruanos en general. Asimismo, en lo científico, el estudio podrá servir como antecedente para futuras investigaciones y como punto de partida para estudios de mayor alcance, tanto a nivel nacional como internacional, en el marco de la docencia como elemento clave para combatir al VIH/SIDA a través de la disciplina estomatológica.

1.5 Limitación de la investigación.

Durante el proceso de ejecución de la investigación, se encontraron las siguientes:

La falta del tiempo y lugar adecuado en los estudiantes para la realización de la encuesta.

1.6 Objetivos de la Investigación

Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre la atención de pacientes con VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán Pimentel 2016 - I

Objetivos específicos

Determinar el nivel de conocimiento sobre la atención de pacientes con VIH/Sida en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán Pimentel 2016 – I, según Genero.

Determinar el nivel de conocimiento sobre la atención de pacientes con VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán Pimentel 2016 – I, según Grupo Etario.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación:

Castillo (2011, Ecuador) “Riesgo de accidentes biológicos en los estudiantes de sexto a décimo módulo de Odontología de la Universidad Nacional de Loja en sus prácticas de preclínica y clínica durante el periodo mayo-octubre 2011”; su muestra estuvo constituida por 119 estudiantes de sexto a décimo módulo de odontología Integral. Se encontró en el 74% de estudiantes un grado de conocimiento regular; y en el 85% una actitud regular ante las normas de bioseguridad. Se obtuvieron altas calificaciones en los temas sobre métodos de barrera de protección personal, manejo y eliminación de desechos infecciosos, e infección del VIH. Se concluye que el riesgo de un accidente biológico es una posibilidad real de ocurrir durante la práctica clínica; y aunque los alumnos de odontología conocen aspectos básicos sobre los riesgos biológicos a los que están expuestos y las medidas de bioseguridad que se debe adoptar, aún desconocen aspectos más específicos sobre las enfermedades infecciosas transmisibles que representan mayor riesgo en la salud del odontólogo, como la hepatitis B, hepatitis C y VIH. Se recomienda promover estrategias educativas que permitan velar por la bioseguridad de los estudiantes de odontología, desde el inicio de su carrera; y exigir la inmunización anti hepatitis B de todos los estudiantes como requisito indispensable para la realización de las prácticas de preclínica y clínica.²³

Acosta (2011, Colombia) en su estudio “Actitud de los estudiantes en tres facultades de odontología en Santiago de Cali, Colombia, frente a pacientes con VIH”, realizado a 1.173 estudiantes de tres facultades de odontología de Cali, clasificados en tres grupos (preclínica, clínica inicial y clínica final). Se encontró actitud positiva entre 86% y 92%, la disposición de atender pacientes fue más favorable en preclínica.

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. En cuanto a conocimientos acerca del VIH/SIDA, 66,7% (clínica final) y 82,2% (preclínica) percibían que no habían recibido entrenamiento previo. Se evidenció que la intención de atender pacientes VIH+ era similar a lo reportado en otros países americanos e Irlanda. Donde los estudiantes necesitan recibir un mejor entrenamiento con el fin de disminuir sus temores y mejorar su actitud para atenderlos.²⁴

Richard (2013, España), en su estudio titulado “Nivel de Conocimiento sobre la atención de personas con el VIH/SIDA en estudiantes del quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo” realizado a 51 estudiantes de dicha Universidad, dejó en evidencia que existe deficiencia en el conocimiento por parte de los alumnos del 5to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en cuanto al concepto del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, representando el 15%, así mismo, 35% desconoce la clasificación del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, mientras que el 25% no posee conocimientos de las manifestaciones bucales relacionadas con el VIH, 20% de ellos desconoce cuáles son manifestaciones bucales de VIH, 70% desconoce el concepto de herpes simple, 40% desconoce el concepto de Ulceras Aftosas, 60% no posee conocimientos de la definición y características de la Candidiasis, 85% desconoce el protocolo de atención en pacientes PVVs, 55% no posee conocimientos en cuanto a la esterilización del instrumental en pacientes PVVs, 15% de los participantes de la muestra desconoce el manejo del material de desecho. Además, recomienda implementar cursos, talleres o seminarios que incluyan la problemática a fin de concienciar a los estudiantes del 5to año.²⁵

Díaz (2014, Colombia) en su estudio “Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad en Cartagena – Colombia”, la muestra estuvo constituida por 919 estudiantes. El 70% de los encuestados tienen “conocimientos regulares”, “conocimientos deficientes” el 19,8% y solo el 11,4% “buen nivel de conocimientos”. Las mujeres tienen mejores conocimientos que los hombres logrando un promedio de 5,8 y 4,8 respectivamente. Las áreas que obtuvieron mejores puntajes fueron: área de la salud con 6,8, ciencias económicas y exactas 5,2 y humanidades y educación 5,3. Concluyendo que los adolescentes presentan un nivel regular de conocimientos sobre VIH/SIDA, demostrando pocos conocimientos respecto a la transmisión oral, y conocimientos casi nulos acerca de los efectos de la infección. Las mujeres tienen mejores conocimientos respecto a los hombres, ubicándolas en un nivel regular y los hombres en nivel deficiente. ²⁶

Herrera (2015, Perú) en su estudio titulado “Nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes de Odontología frente a la atención de pacientes con VIH/SIDA en la provincia de Chiclayo, Lambayeque - 2014”; donde participaron 106 estudiantes que cursan el V, VII, IX y XI ciclo, quienes respondieron un cuestionario de 35 ítems. Se obtuvieron como resultados que la mayoría de los participantes pertenecieron al VII ciclo (33.0%). Se encontró que el 50.0% tiene un regular conocimiento, el 47.1% posee una actitud indiferente. Concluyendo que la mayoría de los estudiantes de odontología (24.5%) presentan un conocimiento regular con una actitud indiferente.²⁷

Ríos (2016, Perú) en su investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA, de los alumnos del 4°, 5° Y 6° año de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo - 2015”; el estudio estuvo conformado por 69 estudiantes, divididos en tres grupos, cuarto, quinto y sexto año, y género; donde se aplicó un cuestionario de 20 ítems. Los resultados

obtenidos en cuanto al nivel de conocimiento de VIH/SIDA de los estudiantes es bueno en un 56.5%, regular 43.4%, no reportándose nivel malo. Concluyendo que no existe una diferencia estadística significativa entre nivel de conocimiento de VIH/SIDA y año de estudios, predominando el nivel bueno; en un 45%, 57.1% y 64.3% en los alumnos del cuarto, quinto y sexto año respectivamente.²⁸

2.3 Bases Teóricas Científicas

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), fue reportado por primera vez mundialmente a finales de 1981. Con el pasar de los años, la cantidad de personas infectadas se incrementó hasta considerarse pandemia.

En estos individuos, la infección va debilitando el sistema inmune, de manera tal que van adquiriendo enfermedades.

El VIH pertenece a una clase de virus denominada retrovirus, que poseen genes compuestos por moléculas de ácido ribonucleico (ARN). Los genes de los seres humanos y de la mayoría de otros organismos están compuestos por una molécula relacionada, el ácido desoxirribonucleico, (ADN). Como todos los virus, el VIH solo puede replicarse en el interior de las células, ordenando la reproducción a la maquinaria de la célula. Sin embargo, solo el VIH y otros retrovirus, una vez dentro de la célula, utilizan una enzima denominada transcriptasa inversa para convertir el ARN en ADN, de manera tal, que pueda incorporarse a los genes de la célula receptora. El VIH pertenece a un subgrupo de retrovirus llamados lentivirus, o virus lentos, ya que contiene los tres genes y presenta una enzima denominada transcriptasa inversa

y además, existen dos cepas, el VIH-1 y el VIH-2. El primero se considera como el virus original que está diseminado en el mundo, mientras que el VIH-2 prevalece en África Occidental.²⁹

La infección por VIH es una enfermedad crónica de curso progresivo, que produce una disminución de la resistencia inmunológica celular y permite desarrollar infecciones oportunistas y/o neoplasia maligna que a la larga pueden producir la muerte del individuo. Esta infección cursa con varias etapas inmunológicas, siendo la última la aparición de un conjunto de signos y síntomas clínicos denominado Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).³⁰

A nivel ultra estructural el VIH presenta numerosas proteínas, necesarias para el virus encontrando en su envoltura la gp120 y la gp41, esta última necesaria para la unión de las cepas con la superficie celular de las células CD4, células principalmente atacadas por el virus. A su vez, la matriz está formada por la proteína p17, y la nucleocápside por la cápside (contiene la p24) y el genoma en su interior, que son dos cadenas de ARN asociadas a diversas proteínas, entre ellas la transcriptasa inversa.³¹

El Sistema inmunológico está compuesto por una variedad de células con funciones diferentes y que interaccionan entre sí, que “Los linfocitos T y B son las células responsables de desencadenar la respuesta inmune específica. Ambos tipos celulares expresan en su membrana receptores que les permiten reconocer el antígeno de una forma específica. Otras células, como los fagocitos mono nucleares, las células dendríticas y los linfocitos B, tienen como misión capturar antígenos que posteriormente procesan para que puedan ser reconocidos de una forma adecuada por los linfocitos T. por otra parte, los linfocitos NK (Natural Killer) son células con actividad citolítica innata y a diferencia de los

linfocitos T no requieren de preactivación para poder lisar sus células diana.³²

Los Granulocitos Neutrófilos se dedican a fagocitar patógenos o sus toxinas. Otros Granulocitos Polimorfonucleares (Basófilos, Eosinófilos y Mastocitos) ahuyentan parásitos de gran tamaño o participan en la inflamación descargando al medio, sus vacuolas tóxicas.³²

Las células que forman parte del sistema inmune se agrupan a su vez en los tejidos y órganos, que reciben en conjunto el nombre de sistema linfóide. Los órganos y tejidos primarios o centrales (Médula Ósea y Timo) son los encargados de la linfopoyesis. La médula ósea produce los precursores de todos los tipos celulares del sistema inmune y es además donde maduran migran desde allí a los órganos linfoides secundarios.³²

En los órganos linfoides secundarios o periféricos coexisten diversos tipos celulares y en ellos se dan las condiciones ambientales para que los linfocitos B y T puedan interactuar con otras células para reconocer el antígeno de una forma adecuada. Los órganos linfoides secundarios más importantes son el Bazo, los ganglios linfáticos asociados a mucosas. Cada órgano secundario se especializa en la respuesta a patógenos dependiendo de su vía de acceso al organismo.³²

Ciclo de Replicación

La estructura del VIH infecta aquellas células que posean el receptor CD4. Estas células pueden ser monocitos, las células gliales cerebrales y especialmente los linfocitos T4. ²⁹

Una vez infectadas pueden sufrir alteraciones por diversos mecanismos como: el efecto citopático directo del virus (va a depender de la cantidad de receptores CD4 que tengan las células en su superficie), formación

de sincitios (células gigantes multinucleadas infectadas que se forman por fusión mediante las proteínas gp 120 y los receptores CD4), eliminación por opsonofagocitosis y por citotoxicidad mediada por células dependiente de los anticuerpos que actúan sobre la superficie de los linfocitos T4 que tengan la proteína gp120; y por apoptosis (suicidio celular).³³

Los tipos de células que afecta la infección por el VIH son aquellas que presenten el receptor CD4 en su superficie. Estas células son principalmente los linfocitos CD4 y las células de la línea de los macrófagos (monocitos, macrófagos, macrófagos alveolares del pulmón,

El HIV infecta a células del Sistema hematopoyético, nervioso, de la piel, intestino y otras células y tejidos como miocardio, retina, fibroblastos pulmonares, entre otros. En el caso de los linfocitos CD4+, estos son el blanco principal del virus por presentar una mayor cantidad de receptores CD4. La infección hace que disminuyan en cantidad y esto ocasiona una disfunción en la respuesta inmune del huésped. Los efectos de esta disminución incluyen discapacidad en las respuestas inmunitarias específicas de antígeno y respuestas humorales descontroladas, lo que genera la aparición de muchas infecciones intracelulares oportunistas características del SIDA. ³⁴

Al referirnos a los macrófagos y monocitos, comenta, que ellos presentan menor número de receptores CD4 en su superficie por lo que son resistentes al efecto citopático directo del virus, pudiendo el virus sobrevivir en estas células y transportarse a diferentes órganos del cuerpo, como los linfoides. Estas células se encuentran principalmente en el cerebro y en los alvéolos pulmonares lo que explica en parte la aparición de manifestaciones relacionadas con la infección. ²⁹

Etapas de la Infección por VIH

La infección por VIH cursa en varias etapas. Estas son:

Exposición al virus: A la semana de la infección primaria se produce una respuesta inmunitaria, que frena un poco la infección, pero no puede erradicar por completo al virus, que, aun presentándose una respuesta inmune poderosa, persistirán virus en los ganglios linfáticos.³⁰

Infección primaria: Este periodo puede durar aproximadamente de 4 a 11 días, se caracteriza por existir viremia elevada, diseminación por todo el cuerpo y en los órganos linfoides, y una disminución significativa de los linfocitos CD4 que no genera síntomas.³³

Infección Aguda: Un porcentaje elevado de pacientes desarrolla un cuadro clínico en el que pueden presentarse o no una serie de signos y síntomas semejantes a un cuadro de mononucleosis, como son un cuadro febril, cefalea, mialgia, dolor faríngeo y linfadenopatía generalizada. Se presenta generalmente de 6 a 12 semanas de la infección.²⁹

Latencia Clínica o replicación crónica asintomática: dura aproximadamente diez años y se caracteriza por existir niveles aparentemente estables de linfocitos CD4 y replicación abundante en el tejido linfoide. En esta fase los individuos permanecen asintomáticos, aunque pueden presentar adenopatías, alteraciones de la coagulación o lesiones neurológicas mínimas. Al final de este curso se deteriora la inmunidad debido a la aparición de sincitios, el fenómeno de apoptosis y la aparición de mutaciones que facilitan el escape del virus.²⁹

Infección avanzada (SIDA): es una etapa irreversible, donde el paciente presenta síntomas generales y enfermedad clínica de enfermedades oportunistas, neoplasias y diversos trastornos neurológicos. Esto es

debido a la supresión del sistema inmunitario que favoreció el aumento de la capacidad de replicación del virus. Los exámenes de laboratorio realizados en esta etapa han determinado que el virus encontrado es más virulento y citopático que el observado al principio de la infección.²⁹

Clasificación Clínica del VIH/ SIDA

A través de los años se han realizado numerosas clasificaciones que se han ido adaptando a los datos clínicos y a las características inmunológicas del individuo. Una de ellas basada en el conteo de células CD4 y otra en las complicaciones infecciosas y no infecciosas que suelen aparecer al disminuir este conteo.³¹

Al respecto se presenta una tabla donde se muestra de manera específica, las infecciones de tipo infeccioso y no infeccioso que se pueden presentar en las personas que viven con VIH/ SIDA basada en el conteo de células CD4+ que pueda presentar en el transcurso de la enfermedad.³¹

Cuadro 1. Clasificación Clínica del VIH/ SIDA

Contaje de Células CD4	Complicaciones Infecciosas	Complicaciones No infecciosas
>500/mm ³	Síndrome Retroviral Agudo, Candidiasis Vaginal	Linfoadenopatía, Persistente Generalizada, Síndrome de Guillian – Barré, Miopatis,
200 - 500/mm ³	Neumococo, Tuberculosis Pulmonar, Herpes Zoster, Candidiasis, Sarcoma de Kaposi, Leucoplasia Velloso	Neoplasia Intraepitelial, Cáncer Cervical, Linfoma de Células B Anemia
<200/mm ³	Neumonía, Histoplasmosis, Tuberculosis Miliary, Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva	Debilidad, Neuropatía Perineal Demencia Asociada a VIH, Cardiopatía, Linfoma No Hodgkin
<100/mm ³	Herpes Simple, Toxoplasmosis, Cryptococcosis, Microsporidiosis, Candidiasis Esofágica	
<50/mm ³	Citomegalovirus, Mycobacterium	Linfoma del Sistema Nervioso Central

Fuente: Ministerio de Salud (2005).

Según esta clasificación, podemos apreciar que mientras el conteo de CD4 disminuye, la cantidad de patologías se van haciendo mayor y mucho más graves, siendo una de las más graves el Linfoma del Sistema Nervioso Central (SNC), reportado en individuos con conteo menor a 50 /mm³.³¹

La clasificación más empleada actualmente para la infección por el VIH es la de tipo mixta que incluye tanto las complicaciones infecciosas como no infecciosas, o clínica, y las características inmunológicas, o conteo de células CD4+, donde se categoriza al paciente en base a estas dos condiciones, como se describe seguidamente.³¹

Cuadro 2. Clasificación Mixta (clínica e inmunológica) de los pacientes que viven con VIH/ SIDA

Categorías Inmunológicas (Células Cd4)	Categorías Clínicas		
	Asintomático, Linfadenopatía Generalizada Persistente, Infección VIH Aguda	Sintomático No A no C	Condición Indicador de SIDA
>500/mm ³ (≥29%)	A1	B1	C1
200 – 499/mm ³ (14 – 28 %)	A2	B2	C2
< 200 /mm ³ (< 14 %)	A3	B3	C3

Fuente: Ministerio de Salud (2005).

Las Categorías Clínicas están divididas en tres clases, denominadas con las letras A, B y C, donde se presentan cuadros clínicos diferentes, para ubicar de manera más exacta al individuo.³¹

De igual forma, las categorías inmunológicas también se dividen en tres clases denominadas con los números 1, 2 y 3, tomando en cuenta obviamente la cantidad de células CD4+ presentes por cada mm³.³¹

La categoría 1 se aplica cuando existe la presencia de linfocitos CD4+ en una cantidad mayor o igual a 500/mm³ en número absoluto, o bien mayor o igual al 29%, mientras que la categoría 2 se aplica cuando existe la presencia de linfocitos CD4+ en una cantidad entre 200 y 499/mm³ o entre 14-28%.³¹

La categoría 3 se aplica cuando existe la presencia de linfocitos CD4+ en una cantidad menor de 200/mm³ o del 14%. Como se ve, las categorías tanto clínica como inmunológica están muy relacionadas porque la primera explica los posibles cuadros que pueden presentarse según las variaciones que se presenten en la segunda.³¹

Vías de Transmisión

El virus del VIH se transmite por tres vías principales:

El contacto sexual.

Por exposición a la sangre y a otros fluidos contaminados.

De la madre al hijo durante el periodo perinatal, llamado también transmisión vertical. Es importante resaltar que, en el caso de la transmisión de tipo vertical, esta puede ocurrir in útero, durante el nacimiento o a través de la alimentación materna, generalmente alrededor de los 6 meses.³²

Otro tipo de transmisión está relacionada con el riesgo ocupacional, donde pueden infectarse los trabajadores que sufren accidentes por pinchazos con agujas que estén contaminadas.³²

Del mismo modo explican, que se ha identificado el VIH en la saliva, pero no se ha demostrado que sea una vía de transmisión. Asimismo, no se ha corroborado en investigaciones realizadas hasta ahora de algún caso de infección; los casos conocidos, ya sean en odontólogos, higienistas,

asistentes y técnicos casi siempre corresponden a individuos que pertenecen a grupos con comportamientos de riesgo.³²

Diagnóstico de Laboratorio

La persona infectada con VIH puede mostrar o no sintomatología y características que no necesariamente estén relacionadas a la infección como tal a simple vista, por lo que el único medio para diagnosticar la infección es a través de exámenes de laboratorio.³³

Las pruebas serológicas permiten determinar la presencia de anticuerpos contra el virus y sus partes, siendo la más empleada la prueba ELISA, que tiene una alta sensibilidad y especificidad, más, sin embargo, esta puede dar falsos positivos o no diagnosticar infecciones recientes, por lo que deben usarse métodos de confirmación como el Western Blot, que permite establecer cuáles son los antígenos a los que pertenecen los anticuerpos.³³

En aquellos exámenes destinados a reconocer los antígenos del virus, se encuentran dos variantes: la detección del ADN provírico y del ARN vírico. El primero se utiliza en situaciones donde los exámenes serológicos no den soluciones diagnósticas (por ejemplo: transmisión vertical madre – hijo, durante la primoinfección y para resolver pruebas confirmadas indeterminadas). El ARN vírico es para conocer la cantidad de virus circulante en la periferia.³³

Pruebas rápidas

Las muestras son analizadas usando la prueba ELISA, obteniendo resultados en aproximadamente en 10 a 60 minutos. Sin embargo, se recomienda, de salir positivo, una prueba más específica (Western blot).

Existe una gama de pruebas rápidas que ya han sido aprobadas por la FDA que han sido introducidas recientemente en el mercado peruano, las cuales deben ser aplicadas por personal de atención médica (no pueden ser compradas directamente por cualquier persona). Las pruebas son:

Oraquick Rapid HIV Antibody Test (usa fluido oral).

Oraquick Rapid HIV-1/2 Antibody Test (prueba que detecta VIH 1 y 2 usando muestras de sangre).

Clearview Complete HIV 1/2 y la prueba HIV 1/2 STAK-PAK (se usa una muestra de sangre para detectar los anticuerpos contra el VIH-1 y el VIH-2).

Reveal Rapid HIV-1 Test y el Uni-Gold Recombigen HIV Test (utilizan una muestra de sangre).

La Atención Integral

La atención integral es un sistema donde se trata al paciente de forma holística, integrando todas sus necesidades, su enfermedad sin olvidar su componente psicoemocional.³³

Zurro y Pérez plantean que existen ciertos elementos conceptuales de la Atención Primaria que se puntualizan a continuación:

Integralidad: deben tomarse en cuenta tanto los niveles de prevención de salud, como los fenómenos de salud individuales y colectivos, incluidos los aspectos psíquicos, sociales, ambientales y aquellos factores que condicionan el proceso salud-enfermedad.³³

Trabajo en Equipo: de lo expuesto se infiere que, el equipo de salud para cumplir con el concepto de integralidad debe tomar en cuenta el

concepto de prevención, definiendo esta como la preparación y disposición anticipadas para evitar un riesgo o para realizar una acción.³³

La Atención Odontológica Integral

La Atención Odontológica Integral puede definirse como los cuidados en cuanto a materia odontológica se refiere, que se realiza tomando en cuenta al individuo de manera general. Esta tiene varias características que deben cumplirse para lograr de esta manera su premisa principal, ver y atender al individuo como un todo, estas características son:

Accesible: es la capacidad de los servicios de estar a la disposición del paciente cuando este lo necesite.³⁴

Oportuna: La atención en materia debe hacerse lo antes posible, de manera que puedan evitarse consecuencias secundarias de la enfermedad y que por consiguiente desmejore la calidad de vida.³⁴

Adecuada: Involucra el uso de normas de bioseguridad, las cuales tienen como objetivo reducir el peligro de transmisión de enfermedades debido a la exposición a sangre y fluidos corporales. Además de un protocolo de actuación adaptado a las características particulares de cada persona.³⁴

Tipo de Atención Odontológica Integral

Se refiere al tipo de atención que responde a los niveles de prevención aceptados mundialmente y que se describen a continuación:

Prevención Primaria: Es llevada a cabo durante antes de la instauración de la patología, a fin de evitar la aparición de la enfermedad, mediante el mantenimiento y promoción de la salud. Incluye así, la promoción de la salud y la protección específica como tal.³⁴

Prevención Secundaria: una vez que la enfermedad se presenta se puede aplicar lo siguiente:

Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Limitación de la incapacidad:

Prevención Terciaria: consiste en la rehabilitación e incluye:

Provisión de facilidades hospitalarias y comunitarias para adiestrar y educar.

Educación del público y la industria para emplear al rehabilitado.

Proporcionar terapia en los hospitales.

Ubicación selectiva.

Además, la atención odontológica integral debe cumplir los siguientes enfoques:

Preventiva: Debido a las características inmunológicas particulares, la atención odontológica debe enfocarse principalmente en la prevención.

Curativa: a fin de evitar los daños o consecuencias originadas en la cavidad bucal, es necesaria la curación de estas.

Rehabilitación: recuperar la salud y/o obtener un nivel óptimo de salud es un componente necesario pues le permite al paciente volver a sus funciones habituales y una consecuente mejora en su esfera psicosocial.

La Atención Integral en el VIH/ SIDA

La atención integral en VIH/SIDA consta de cuatro elementos interrelacionados, a saber:

Manejo Clínico (diagnostico precoz y acertado, que incluye pruebas, tratamiento racional y seguimiento).³⁵

Cuidados de enfermería (promoción de prácticas de higiene y de nutrición adecuadas, cuidados paliativos, atención domiciliaria y educación a los proveedores de atención en el hogar y a la familia, promoción de las medidas de precaución universal).³⁵

Consejo y apoyo emocional (apoyo psicosocial y espiritual, en especial reducción del estrés y la ansiedad, planificación de la reducción del riesgo y suscitar la capacidad de sobrellevar la enfermedad, de aceptar su estado serológico⁴ en cuanto al VIH y su comunicación a otras personas, vivir siendo VIH positivo y planificación para el futuro de la familia).³⁵

Apoyo social (información, provisión de apoyo por otros miembros de la comunidad, servicios de beneficencia, apoyo espiritual y asesoramiento legal).³⁵

Principios de la Atención a personas que viven con VIH/ SIDA

Para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y económicas de las personas que viven con VIH/SIDA, la atención debería regirse por los siguientes principios:

Respeto: por los derechos humanos y la dignidad individual.

Accesibilidad y disponibilidad: se preste atención apropiada y con vocación.

Equidad: se presten servicios de atención de salud a todas las personas con VIH/ SIDA, independientemente de su sexo, edad, raza, etnia, orientación sexual, nivel de ingresos y lugar de residencia. ³²

Coordinación e integración: velar porque haya una gama continua de atención de salud procedente de todos los proveedores y a todos los niveles del sistema de cuidados.³⁶

Eficiencia y eficacia: se preste atención que cumpla con los objetivos a costos razonables para la sociedad. ³²

Bioseguridad en odontología

Bioseguridad es definida como un conjunto de acciones preventivas con el objeto de proteger la salud y seguridad personal de los profesionales de salud y pacientes frente a los diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos, que, además, deben ser cumplidas con todo paciente, sin importar su condición social, raza, credo u orientación sexual.³⁶

Incluyen los siguientes aspectos:

Uso de vestimenta y técnicas de barrera:

Deben usarse guantes ante cualquier tratamiento dental, así como durante el examen bucal, los cuales deben ser reemplazados con cada paciente, además de lavarse las manos.³⁶

Debe usarse máscara quirúrgica (tapaboca), lentes de protección o máscara plástica hasta el mentón cuando se trabaja con saliva, sangre y fluidos corporales.³⁶

Es necesario el uso de gorro desechable, bata de laboratorio o uniforme ya que la vestimenta puede mancharse con sangre u otros fluidos. ³⁶

Debe usarse plástico para cubrir las superficies (por ejemplo: manilla de lámpara o cabezales de los Rayos X) que pueden contaminarse con saliva o que sean difíciles de desinfectar. Estas coberturas deben

eliminarse cuando aún el personal esta enguantado y reemplazado por material limpio ante un nuevo paciente. ³⁶

Lavado y cuidado de las manos: Las manos deben siempre entre paciente y paciente y luego de tocar los objetos que pudieran estar contaminados, para los procedimientos quirúrgicos además de usarse jabón y agua debe usarse un cepillo quirúrgico antimicrobiano, cuando los guantes se rompen ante el tratamiento dental deben reemplazarse luego de lavar nuevamente las manos. ³⁶

Uso y cuidados de instrumentos afilados y agujas:

Los instrumentos afilados deben manejarse cuidadosamente para evitar traumas, las agujas, jeringas desechables y hojas de bisturí deben colocarse en envases de plástico resistentes.³⁶

No debe intentarse tapar una aguja abierta porque se aumenta el riesgo de un pinchazo.³⁶

Puede ser prudente ante un tratamiento dental prolongado donde puede ser necesario a colocación de varias punciones con una misma aguja,

Colocar está en un campo estéril aparte para evitar accidentes. Indicación para la desinfección de alto nivel o para esterilización de instrumentos. ³⁶

Métodos para la desinfección de alto nivel o esterilización: Antes de la desinfección o esterilización los instrumentos deben lavarse para remover los restos, con el uso de detergentes o agua y jabón las personas encargadas de la tarea deben usar guantes duros de limpieza.³⁶

Los instrumentos dentales metálicos y estables al calor deben esterilizarse entre uso y uso con vapor a presión, calor seco o vapor

químico. Por afuera de cada paquete deben utilizarse indicadores químicos sensibles al calor o al vapor para asegurarse de que todo ha sido bien esterilizado.³⁶

Descontaminación de superficies ambientales: Al completar los procedimientos, las superficies que pudieron haberse contaminado con sangre o saliva deben limpiarse con papel adsorbente para remover el material orgánico y luego desinfectarlo con un germicida aceptable.³⁶

Uso y cuidado de tartrectomos ultrasónicos, piezas de mano y unidades dentales:

Es deseable la esterilización de rutina de la pieza de mano, entre pacientes, no obstante, no todas las piezas de mano pueden ser esterilizadas, por lo cual se debe completar entre cada paciente las siguientes medidas: la pieza de mano debe ser irrigada y luego cuidadosamente limpiada o frotada con un detergente o agua para remover el material adherido, posteriormente limpiada con material absorbente saturado con un germicida químico que sea desinfectante de hospital y que sea mico bactericida cuando sea utilizado en disolución.³⁶

Debido a que las válvulas de retracción de las unidades dentales pueden aspirar material infectante hacia la pieza de mano o la línea de agua, se deben instalar las válvulas chequeadoras para disminuir el riesgo de transferir este material infectante. Aunque no se conoce la magnitud de este riesgo, es prudente para las piezas de mano enfriadas por agua dejarla correr y descargar agua en un contenedor de 20 a 30 segundos después de completar el trabajo con cada paciente.³⁶

Profilaxis post-Exposición Ocupacional (PPE)

Se refiere a la exposición del trabajador de salud (médicos, odontólogos, personal de laboratorio enfermeras, estudiantes, personal de

mantenimientos y limpieza que labore en unidades de salud) a sangre y fluidos corporales potencialmente infectantes con VIH.³⁶

Tipos de exposición

Parenteral: percutánea por punción, heridas o laceraciones con agujas o instrumento cortante contaminado con sangre u otro fluido corporal (riesgo 0,3%); exposición a mucosa oral, conjuntival y fluidos corporales con riesgo de 0,06%. Todos los clasificados dentro de esta categoría requieren profilaxis por ser considerados de riesgo elevado.³⁷

Cutánea: contacto directo de piel sana con sangre o fluidos corporales. S incluye en la clasificación mas no se considera que exista riesgo alguno por lo que no amerita profilaxis.³⁷

Bajo estas clasificaciones el Programa Nacional de SIDA/ITS enfatiza lo siguiente:

“Es IMPORTANTE que el TS (trabajador de la Salud) cumpla las precauciones universales o normas de bioseguridad ante todo paciente independientemente de su estatus serológico”.³⁷

Entre las recomendaciones generales el mismo Programa Nacional de SIDA/ITS advierte que, de presentarse una exposición ocupacional, el trabajador debe lavar con abundante agua y jabón o solución estéril el sitio de la herida además de asistir inmediatamente al centro de atención de accidentes de su sitio de trabajo para ser remitido a un Infectólogos quien determinara el tratamiento profiláctico más adecuado según las características de la exposición.³⁷

2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Nivel de conocimiento:

Es un instrumento de medición de la cantidad de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).³⁵

Genero:

Es el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas, económicas asignadas a las personas en forma diferenciada de acuerdo al sexo.²⁸

Grupo Etario:

Es la condición a través de la cual dos o más sujetos u objetos tienen la misma edad, o que, cumpliendo o no la premisa anterior, coinciden en una misma época. Al grupo de sujetos coetáneos se le conoce formalmente como grupo etario, y coloquialmente como generación.²⁸

Atención en salud

Se relaciona con el gerenciamiento de la asistencia (cuidados, tratamientos, promoción, vigilancia y rehabilitación a la salud con bases éticas, técnicas y humanísticas).³⁵

Atención Integral en el VIH/ SIDA

La atención integral en VIH/SIDA consta de cuatro elementos interrelacionados a saber:

Manejo Clínico (diagnostico precoz y acertado, que incluye pruebas, tratamiento racional y seguimiento).³⁵

Paciente

En la medicina y en general en las ciencias de la salud, el paciente es alguien que sufre dolor o malestar (muchas enfermedades causan molestias diversas, y un gran número de pacientes también sufren dolor). En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención. ³⁵

Estudiante

El Estudiante es aquel sujeto que tiene como ocupación principal la actividad de estudiar percibiendo tal actividad desde el ámbito académico. La principal función de los estudiantes es aprender siempre cosas nuevas sobre distintas materias o ramas de la ciencia y arte, o cualquier otra área que se pueda poner en estudio. El que estudia ejecuta tanto la lectura como la práctica del asunto o tema sobre el que está aprendiendo.³⁵

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de investigación:

Según su fin: Básica.

Según su Naturaleza: Cuantitativa.

Según su alcance: Transversal.

3.1.2 Diseño de investigación:

El diseño es descriptivo.

3.2. Población y muestra

3.2.1 Área de estudio

El presente estudio se llevó a cabo en la Escuela de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán Pimentel Abril-julio 2016 - I.

3.2.2 Definición de la población muestral

3.2.2.1. Características generales:

La población muestral estuvo constituida por 45 alumnos de IX ciclo de la Escuela de estomatología de la Universidad Señor de Sipán

3.2.2.2 Criterios de inclusión

Estudiante de la universidad señor de Sipán.

Estudiante matriculado en noveno ciclo en periodo Abril – Julio 2016

3.2.2.3 Criterios de exclusión

Estudiante que no acepte participar voluntariamente.

Estudiante que no asista al momento de la encuesta.

Estudiante que tengan una segunda carrera a fines con conocimientos de VIH.

3.2.2.4 Criterios de eliminación

Estudiante que no haya llenado incorrectamente el cuestionario.

3.2.2 Tamaño de muestra

Para el presente estudio se evaluó al total de la población que consto de 45 estudiantes, todos cumplieron con los criterios de selección establecidos

3.3. Hipótesis

El nivel de conocimiento sobre atención de pacientes con VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán Pimentel 2016-I es bajo.

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable De interés	Indicadores	Instrumento de recolección de datos	Técnica de recolección de datos	Tipo de variable	Escala de medición
Nivel de conocimientos sobre atención a pacientes con VIH/SIDA	Alto	Cuestionario	Encuesta	Cualitativo	Ordinal
	Regular				
	Bajo				
Variable De caracterización	Indicadores	Instrumento de recolección de datos	Técnica de recolección de datos		
Grupo Etario	19-22 años	Cuestionario	Encuesta	Cuantitativo	Ordinal
	23-25 años				
	26-28 años				
Género	Femenino- Masculino	Cuestionario	Encuesta	Cualitativa	Nominal

3.5 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Método

La técnica que se empleó para la recolección de los datos fue: la encuesta.

3.5.2 Descripción del instrumento

Se construyó el instrumento de recolección de datos (cuestionario) (Anexo1) sometiéndolo a juicio de expertos En el Área de Cirugía Oral (Anexo 3, 4) y Coordinadora de la Estrategia TS VIH/SIDA del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo (Anexo 5), el cual paso por un proceso de modificación y mejoras con ayuda de los expertos desde su creación inicial (Anexo 02) hasta alcanzar la aceptabilidad adecuada. Así mismo se realizó una prueba piloto para determinar la confiabilidad del instrumento.

Se calculó la consistencia interna del instrumento mediante el coeficiente de confiabilidad alfa de Cron Bach. El resultado del valor de α de Cronbach es de 0.767(o su equivalente 76.7) lo cual indica que el instrumento para medir la actitud tiene un grado de Confiabilidad aceptable. (Anexo 6)

El instrumento utilizado fue el cuestionario (anexo 1) de preguntas cerradas para medir los niveles de conocimientos sobre la atención de pacientes con VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la escuela profesional de Estomatología de La Universidad Señor de Sipán Pimentel 2016 - I

Este cuestionario (ANEXO 1) consta de 20 preguntas cerradas sobre conocimientos de atención a pacientes con VIH, el cual

contiene los fines planteados en los objetivos de esta investigación.

La forma de medir la variable nivel de Conocimientos sobre atención odontológica en pacientes con VIH (20 preguntas).

Según el número de respuestas correctamente contestadas se clasificará en: Alto de (16 – 20) respuestas correctas, Regular (11 – 15) respuestas correctas y Bajo de (0-10) respuestas correctas. Criterios basados en la investigación realizada por Rios (2016, Perú)²⁸ y modificados con ayuda del asesor especialista para adecuarse de la mejor manera al objetivo de nuestro estudio.

3.6. Procedimiento para la recolección de datos

Se solicitó el permiso para el desarrollo del presente proyecto de tesis a la directora de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán ubicada carretera Pimentel Km 5. Asimismo, el horario de todos los alumnos del noveno ciclo de Estomatología 2016.

Los alumnos fueron visitados por el investigador según su horario dentro de la institución donde se les aplicó el instrumento de recolección de datos previamente validado y con el respectivo consentimiento informado (anexo 06) de estos. Se brindó un tiempo determinado de 10 minutos para el llenado de cada cuestionario determinado en prueba piloto.

Se aplicó el cuestionario cuando los alumnos tuvieron el tiempo para responderlo, excluyendo alumnos ausentes al momento de la aplicación, sin encontrarse alumnos que se reusaran a la realización de la encuesta ni estudiantes con una segunda carrera a fines de conocimiento sobre VIH como se estipula en los criterios de exclusión; ni encuestas llenadas

incorrectamente, llegando a una población muestral total de 45 estudiantes.

Los datos proporcionados por el cuestionario (anexo 1) fueron ordenados y codificados en base de datos para el respectivo análisis estadístico acompañado de las representaciones gráficas.

3.7. Análisis estadístico e Interpretación de datos

Para realizar el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva para ordenar y tabular los datos obtenidos de la variable de estudio, se determinó los resultados porcentuales usando tablas de distribución de frecuencias y gráficos.

La información fue procesada y analizada con el programa estadístico SPSS versión 22.

3.8. Criterios éticos

El presente proyecto de investigación se desarrolló respetando los diversos principios jurídicos y éticos, como los derechos de autor y la confidencialidad de la información.

3.9. Criterios de rigor científico

Se cumplió con la presentación de datos fiables y validos que fueron codificados y protegidos. La credibilidad y estabilidad de los datos fueron presentadas al utilizar instrumentos que válidos y confiables. Los resultados podrán ser aplicados por otros estudios cumpliendo así los criterios de transferibilidad.

La investigación respeto la declaración de Helsinski.

CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados en tablas y gráficos

Tabla 1

Nivel de conocimiento sobre la atención de pacientes con VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, Pimentel 2016 – I

	N	%
Válidos Nivel Bajo	11	24,4
Nivel Regular	32	71,1
Nivel Alto	2	4,4
Total	45	100,0

Fuente: Aplicación de encuestas.

En la Tabla 1 se observa que la mayor cantidad de estudiantes posee un conocimiento regular con 32 estudiantes (71.1 %), siguiendo un nivel de conocimiento bajo con 11 estudiantes (24.4%) y un nivel de conocimiento alto con 2 estudiantes (4.4%).

Tabla 2.

**Nivel de conocimiento sobre la atención de pacientes con VIH/Sida en
estudiantes del noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la
Universidad Señor de Sipán Pimentel 2016 - I según el Género.**

		Genero del encuestado		
		Femenino	Masculino	
Nivel de Conocimiento del encuestado	Nivel Bajo	Recuento	9	2
	Nivel Regular	Recuento	19	13
	Nivel Alto	Recuento	1	1
Total		Recuento	29	16

Fuente: Aplicación de encuestas.

En la Tabla 2 se observa hay mayor cantidad de estudiantes del género femenino con un nivel de conocimiento regular 19 (42%) y bajo con 9 (20%); mientras que en el nivel de conocimiento alto existe un empate con 1 (2%) para cada Género.

Tabla N° 3

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,990 ^a	2	,370
Razón de verosimilitud	2,140	2	,343
Asociación lineal por lineal	1,844	1	,174
N de casos válidos	45		

Fuente: Aplicación de encuestas.

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,71.

VALOR CHI CUADRADO 1.990 VALOR $p = 0.370$ ES MAYOR AL RIESGO 0.05 NO EXISTE DEPENDIENCIA ENTRE LAS VARIABLES

Tabla N^a 4

Nivel de conocimiento sobre la atención de pacientes con VIH/SIDA en estudiantes del noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán Pimentel 2016 – I, según Grupo Etario.

		Grupo Etario del encuestado			
		(19-22)	(23-25)	(26-28)	
Nivel de Conocimiento del encuestado	Nivel Bajo	Recuento	5	4	2
	Nivel Regular	Recuento	15	14	3
	Nivel Alto	Recuento	2	0	0
Total		Recuento	22	18	5

Fuente: Aplicación de cuestionarios.

En la Tabla N° 03 se observa que la mayor cantidad de estudiantes con un nivel de conocimiento regular pertenecientes al Grupo Etario entre los 19 a 22 años con 15 (33%) y nivel bajo con 5 (11%); mientras que en el nivel de conocimiento alto solo estudiantes pertenecientes al Grupo Etario entre 19 a 22 años con 2 (4%).

Tabla N^a 5

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,875 ^a	4	,579
Razón de verosimilitud	3,569	4	,467
Asociación lineal por lineal	1,100	1	,294
N de casos válidos	45		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,22.

VALOR CHI CUADRADO 2.875 VALOR $p = 0.579$ ES MAYOR AL RIESGO 0.05 NO EXISTE DEPENDIENCIA ENTRE LAS VARIABLES

4.2 Discusión de Resultados.

Los riesgos de tipo biológico dentro de la práctica de la odontología se pueden presentar cuando los estudiantes desconocen los medios dentro de los cuales se puede dar una transmisión de este tipo de infecciones. Dada muchas veces por exposición laboral, esta falta de conocimientos genera confusión y despreocupación en los estudiantes, lo cual se refleja en su actitud. Es cada vez más preocupante el nivel de información y preparación brindada para la atención de este tipo de pacientes, dando como resultados que dicha patología que no suponía una amenaza, pues se creía estaba ligada a un determinado grupo de pacientes se hayan convertido en potencialmente peligroso para todo tipo de profesional de salud.

El presente estudio muestra que el nivel de conocimientos de los estudiantes del noveno ciclo de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Señor de Sipán - Chiclayo, fue “regular” 71.1 % de los encuestados, esto se debe probablemente a una deficiencia de la capacitación brindada por las Universidades en temas de VIH/SIDA y/u otras de las patologías más comunes encontradas en el medio local, que además existe un desinterés de estos mismos sobre la adquisición de mayor conocimiento en estos temas siendo su mayor interés y/o preocupación cumplir con los requerimientos exigidos por la Universidad; estos resultados corroboran lo reportado por Castillo²³, quien demostró que a pesar que estos estudiantes poseen un adecuado protocolo y normas de bioseguridad no poseen el conocimiento adecuado sobre manifestaciones de esta y otras de las patologías más comunes encontradas en nuestra realidad, y su negativa en la adquisición de nuevos conocimientos debido a la presión y el estrés en la que trabajan. Herrera²⁷, quien determino que el principal problema es el desconocimiento de las manifestaciones que puede presentar esta

Patología. Mientras que Richard²⁵, reporto que el Nivel de conocimiento encontrado en su estudio fue deficiente, lo cual puede deberse a que su estudio su basado principalmente en las manifestaciones clínicas que pueden presentar estas por esta Patologías y posible interacción de los fármacos consumidos por estos pacientes con la práctica clínica y farmacológica diaria, siendo esta el área donde los estudiantes encuentran una mayor deficiencia de conocimiento.

Con respecto al nivel de conocimiento los estudiantes del noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Señor De Sipán según Genero cabe resaltar que las pruebas estadísticas arrojaron un valor CHI CUADRADO de 1.990 valor $p = 0.370$ que indica un valor no significativo en la diferencia de muestras obtenida para cada género, presentando un nivel de conocimiento predominantemente regular los estudiantes pertenecientes al género femenino con un 42.2% con resultados similares del género masculino, quienes presentaron un nivel de conocimiento regular y malo sobre el nivel de conocimiento de atención en pacientes con VIH/SIDA; sin embargo podemos notar que existe una igualdad dentro de los estudiantes que presentaron un nivel de conocimientos Alto respecto a género teniendo un 2% para cada género los cuales se deben a que existe una igualdad en la obtención de información para ambos sexos sin existir discriminación o diferenciación por algún tipo de los géneros, así como también un desinterés por la obtención de mayor conocimiento sobre esta patología en ambos géneros; distinto a los reportado por Díaz²⁶, quien reporto que las mujeres tienen un nivel superior de conocimiento, esto debido principalmente a un mayor interés presente en este Género sobre esta patología y su afección; así también distinto a lo catalogado por Herrera²⁷, quien reporto un mayor nivel de conocimiento en las mujeres argumentando que la mujer a causa de la modernidad se ha convertido en una figura multifuncional, potenciando sus capacidades

profesionales, al mismo tiempo que se encarga de las labores domésticas.

Finalmente el nivel de conocimiento de los estudiantes del noveno ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Señor De Sipán por grupo etario presento una muestra estadística de valor CHI CUADRADO de 2.875 valor $p = 0.579$ indicando también un valor no significativo en la diferencia de muestras obtenida por cada grupo Etario, presentando así un nivel de conocimiento predominantemente regular pertenecientes al grupo etario entre 19 a 22 años con 33% y nivel bajo con 11%, con resultados similares en el grupo etario entre 23 a 25 años y 26 a 28 años; mientras que en el nivel de conocimiento alto solo estudiantes pertenecientes al grupo etario entre 19 a 22 años con 4%, resultados que se deben principalmente al interés existente por los jóvenes por una mayor adquisición de conocimientos a diferencia de los estudiantes pertenecientes a una mayor grupo etario concordando con lo catalogado por Acosta²⁴ encontró un nivel de conocimiento mayor estudiantes jóvenes argumentando un interés superior por la gente joven y sus ganas de descubrir el mundo y las enfermedades que aquejan a las personas; sin embargo distinto a lo catalogado por, Rios²⁸ quien encontró un mayor nivel de conocimiento en una población mayor esto debido principalmente su evaluación por año académico encontrando claramente un mayor conocimiento en la población perteneciente al último año de estudio.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 Conclusiones.

El presente estudio fue realizado en estudiantes del IX Ciclo de la carrera profesional de estomatología de la Universidad Señor de Sipán Pimentel 2016 – I; con la finalidad de evaluar el nivel de conocimiento sobre la atención de pacientes con VIH/SIDA que poseen los estudiantes próximos a graduarse y ejercer la profesión. Encontrándose los siguientes resultados.

El nivel de conocimiento de los estudiantes de noveno ciclo de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Señor de Sipán sobre la atención de pacientes con VIH/SIDA fue regular con un 71.1% seguido de un nivel de conocimiento bajo con un 24.4% y por ultimo un nivel de conocimiento alto con un 4.4%.

El nivel de conocimiento de los estudiantes de noveno ciclo de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Señor de Sipán sobre la atención de pacientes con VIH/SIDA, según género, fue predominante regular no existiendo ninguna diferencia dentro de los otros niveles de calificación; existiendo una desigualdad en el interés mostrado por ambos sexos.

El nivel de conocimiento de los estudiantes de noveno ciclo de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Señor de Sipán sobre la atención de pacientes con VIH/SIDA, según grupo etario, fue predominantemente dentro del nivel regular para todos los grupos etarios; mostrando una clara diferencia en el primer grupo etario que comprende los edades entre 19 a 22 quien fue único grupo donde se encontraron estudiantes dentro del nivel de conocimiento alto. Mostrando claramente que existe un mayor interés de adquisición de

conocimientos por las estudiantes jóvenes, por ende un mayor conocimiento.

Llegando a mostrar la problemática existente dentro que los futuros Cirujanos Dentistas.

5.2 Recomendaciones.

Se sugiere emplear los resultados de este trabajo de investigación como base para el estudio de futuras investigaciones, tanto en estudiantes de pregrado como en los profesionales a cargo de la salud de este tipo de pacientes, tanto en salud pública y/o práctica privada.

Se sugiere la creación de estrategias de educación dirigidas al diagnóstico, tratamiento y mantenimiento de esta y otras de las patologías más comunes que se logran encontrar dentro de la actividad diaria del profesional Odontológico.

Se sugiere realización de protocolos de manejo y atención de este tipo de pacientes.

Se sugiere realización de protocolos de acción pos accidente ocupacional.

Se sugiere realizar mayor labor educativa en los profesionales a cargo de salud bucal dirigida a pacientes con VIH/SIDA.

Se sugiere creación de campañas de Salud a fines de atención de este tipo de pacientes, así lograr un mayor interés por parte del especialista capacitado y los estudiantes asignados a él.

REFERENCIAS

1. Ferragonio T. Manifestaciones bucales del sida [Tesis Magistral]. Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.2001
2. Prieto S. Actitud del profesional de la salud hacia los pacientes con Sida [Revista]. Med-ULA Venez 1999;5(1):1-4.
3. Turín R. Nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas del departamento de la libertad sobre transmisión ocupacional del VIH . Trujillo – Perú 1999 [Tesis].
4. Coti M, Benetucci J. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) [Artículo]. 1a ed. Argentina: Interamericana Mc Graw – Hill; 2001.
5. Torres R, Lantero I. Acerca del programa de prevención y control de la infección por el VIH/ SIDA en Cuba [Artículo]. 2000;13(2):76–90.
6. Narro A. Grado de conocimiento, conductas de riesgo y actitudes de los estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo respecto a la infección por VIH. Perú: 2003 [Tesis].
7. Organización Mundial de la Salud [homepage en Internet]. Situación de la Epidemia de SIDA. Resumen Mundial 2008. [consultado 17 julio]revisado el 17 de junio del 2016. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/71/es/index.html>.
8. SIDA en Perú. Sistema de las Naciones Unidas en el Perú. [Boletín Epidemiológico]. Revisado 14 de junio del 2016. Disponible en URL: <http://www.onu.org.pe/Publico/infocus/luchacontrasida.aspx>.

9. Dirección general de epidemiología [Boletín Epidemiológico], febrero 2015. Perú. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2015/febrero.pdf (consulta: 2015, junio 14)
10. Dávila E, Gil M. Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA [Artículo]. Venezuela 2007;45(2):234-239.
11. Esquivel L, Fernandez L, Magis C. Rechazo al paciente infectado por el VIH en la práctica odontológica [Artículo]. ADM México 2000;65(4):183-188.
12. Campins M, Almeda J. Fundamentos de la profilaxis post exposición frente al VIH [Artículo]. El Sevier 2006; 0(1.604):74
13. Exposición laboral al VIH y tratamiento antirretroviral. Gaceta Odontológica [Revista] 1998;1(2):23.
14. Silverman S. The impact of HIV and AIDS with dentistry in the next decade [Artículo]. CDA Journal 1996;24(1):53-5.
15. Jam Dent Assoc, Special considerations for the odontologic treatment for the AIDS patient [Artículo]. 1995;126(1):16–27.
16. Discacciati J, Vilaca L. Atendimiento odontologico a portador de VIH: medio, procedimiento e ética profesional [Artículo]. Panama 2001;9:234-9.
17. Villegas, W. Adherencia a los medicamentos antirretrovirales, (Información básica para personas que viven con VIH/SIDA) [Artículo]. Red Venezolana de gente Positiva RVG+. Caracas.2007
18. Espeso N, García S, Herrera J. Información sobre VIH/SIDA en estudiantes de Estomatología. [CD - Rom]. II Congreso

- Iberoamericano de Salud Ambiental: La Habana 19-23 de septiembre 2005.
19. Hernández M. Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/Sida [Tesis]. La Habana. Cuba. 2007
 20. Paglairi A, Garbin C, Garbin A. HIV Attitudes and Practices Among Professors in a Brazilian Dental School. [Revista en Linea] 2004 [Consulta: 2016, Mayo 30] J Dent Educ; Disponible en: <http://www.jdentaled.org/cgi/content/abstract/68/12/1278>
 21. Ramírez A. Experiencias de pacientes con VIH/SIDA y respuestas de odontólogos ante el tratamiento dental en la Ciudad de México. [Artículo] Rev. Vol. LXV, N° 3 Mayo-Junio 2008 pp 133-140. URL disponible en: [<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2008/od083e.pdf>]
 22. TovarV, Guerra M, Araujo A. Asistencia odontológica a personas VIH/sida. Fundación Acta Odontológica Venezolana. Caracas. Venezuela. [Tesis] Disponible en: www.actaodontologica.com/ediciones/2008/1/asistencia_odontologica_personas_vih_sida.asp [Consulta: 2016, mayo 26].
 23. Castillo M. Riesgo de accidentes biológicos en los estudiantes de sexto a décimo módulo de Odontología de la Universidad Nacional de Loja en sus prácticas de preclínica y clínica durante el periodo mayo-octubre 2011 [tesis]. Ecuador: Universidad; 2011. [Consultado 03 Octubre 2015]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5701/1/Castillo%20Calvas%20Marjorie%20Krupskaya.pdf>

24. Acosta de Velásquez B.L., PérezThen E., Mueses Marín H.F., Pinzón Gómez E.M., Shor Posner G. “Actitud de los estudiantes en tres facultades de odontología en Santiago de Cali, Colombia, frente a pacientes con VIH” [Tesis]. Acta bioeth. vol.17 N° 2. 17(2): 265-271. Santiago nov. 2011. URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000200013
25. Richard R, Rodríguez G. Nivel de Conocimiento sobre la atención de personas con el VIH/SIDA en estudiantes del quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. [tesis]. Valencia – España. 2013. URL disponible en:[<http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/842/1/rrodriguez.pdf>]
26. Díaz E, Cantillo L, García K, Martínez L, Vega J. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad en Cartagena – Colombia. Cartagena – Colombia: 2014 [Tesis]. Rev. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 19, No.2, julio - diciembre 2014, págs. 38 – 52. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3091/309133782004/>
27. Herrera Mejía M.L., Vela Aquino J.D., Zúñiga Dávila F.E. “Nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes de Odontología frente a la atención de pacientes con VIH/SIDA en la provincia de Chiclayo, Lambayeque - 2014”. [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista]. Perú: 2015. URL disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/388/1/TL_HerreraMej%C3%ADa_VelaAquino_Z%C3%BA%C3%B1igaD%C3%A1vila.pdf

28. Ríos Gonzales J.A. "Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA, de los alumnos del 4°, 5° Y 6° año de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo - 2015". [Tesis para optar el grado de Bachiller en Estomatología]. Perú: 2016. URL disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/UNITRU/1148/R%C3%8DOS%20GONZALES%20JULIO%20ANTHONY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Negrón M. Microbiología Estomatológica: Fundamentos y Guía práctica. Editorial Médica Panamericana. 1era Edición. Argentina [Artículo]. 2004
30. Castellanos J, Díaz L, Gay O. Medicina en Odontología: Manejo dental del paciente con enfermedades sistémicas. Editorial Manual Moderno [Artículo]. 2da Edición. México. 2002
31. Brooks G, Butel J, Morse S. Microbiología Médica de Jawetz, Melnick y Adelberg. Editorial Manual Moderno [Artículo]. 17ava Edición. México. 2002
32. Regueiro J. y López C. Inmunología. Biología y Patología del sistema inmune. 2da Ed. Editorial Médica Panamericana. España [Tesis]. 2003
33. Zurro M, Pérez C. Atención primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica [Libro]. Volumen I. 4ta Edición. Publicaciones Harcourtbrace. Madrid, España. 1999
34. Higashid B. Odontología Preventiva. Editorial Mc Graw Hill [Libro]. 1era Edición. México. 2002

35. Praag E, Tarantola D. Care Programs for People Living with HIV/AIDS [Libro]. A Handbook for Program Managers and Decision-Makers. Arlington, VA: Family Health International.2001
36. Domínguez G, Picasso M, Ramos J. Bioseguridad en Odontología. Disponible [Artículo] en: http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_50_MAYO_2002.htm [Consulta: 2010, Mayo 26].2002
37. Programa Nacional de SIDA/ITS. Estadísticas de la situación del VIH/SIDA en Perú [Presentación en Power Point.] III Conferencia sobre ITS y VIH/SIDA.2006

ANEXOS

Anexo N° 01

Nivel De Conocimiento Sobre La Atención De Pacientes Con VIH/Sida En Estudiantes Del Noveno Ciclo De La Escuela Profesional De Estomatología De La Universidad Señor De Sipán, Pimentel 2016 – I

Cuestionario

Datos Generales:

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad:

Instrucciones: Marca con una "X" la alternativa que considere correcta.

1. ¿El SIDA es un conjunto de signos y síntomas que se presentan cuando el sistema inmune se encuentra debilitado?
A. SI () B. NO ()
2. ¿El SIDA es una etapa de infección por VIH?
A. SI () B. NO ()
3. ¿Existe diferencia Clínica entre un paciente con VIH y uno con SIDA?
A. SI () B. NO ()
4. ¿El SIDA es la tercera etapa de infección por VIH?
A. SI () B. NO ()
5. ¿Una persona puede tardar años en desarrollar SIDA?
A. SI () B. NO ()
6. ¿El periodo de Ventana es una etapa que ocurre antes de desarrollar el SIDA?
A. SI () B. NO ()
7. ¿La candidiasis Oral es la Patología Oral más frecuente de la infección por el VIH?
A. SI () B. NO ()
8. ¿El índice de caries en un paciente con VIH es bajo?
A. SI () B. NO ()
9. ¿Actualmente el Sarcoma de Kaposi es la patología Oral más frecuente en pacientes con VIH?
A. SI () B. NO ()

Anexo N° 02

CUESTIONARIO

Mejorar presentación

N°	Items	Si	No
01	¿El sida es un conjunto de signos y síntomas que se presentan cuando el sistema inmune se <u>ha</u> debilitado?		
02	¿ Es el SIDA una etapa de la infección por VIH?		
03	¿Existe <u>diferencia</u> entre un paciente con VIH y una con SIDA?		
04	¿El SIDA es la <u>tercera</u> etapa de infección por VIH? <i>especificar tipo de diferencia</i>		
05	¿Una persona puede tardar años en desarrollar SIDA?		
06	¿El periodo de ventana es una etapa que ocurre antes de desarrollar el SIDA?		
07	¿La candidiasis oral es la patología más frecuente de la infección por el VIH?		
08	¿Presentan bajo índice de caries los <u>niños y adultos</u> con VIH?		
09	¿Actualmente el Sarcoma de Kaposi es la patología frecuente en <u>pacientes</u> con VIH?		
10	¿El Herpes Labial <u>recidivante</u> es la característica clínica oral con mayor frecuencia en <u>pacientes</u> con VIH? <i>o cambiar termino</i>		
11	¿La frecuencia de <u>GUNA</u> es baja en pacientes con el VIH? <i>eliminar abreviatura</i>		
12	¿Representa la saliva un medio de transmisión del VIH?		
13	¿Representa la leche materna un medio de transmisión del VIH?		
14	¿Constituye el zancudo un medio de transmisión del VIH? <i>la picadura del zancudo</i>		
15	¿Es el conteo inmunológico (CD4) un parámetro a ser considerado en el momento de establecer el tratamiento odontológico en una persona con VIH?		
16	¿Producen los medicamentos antirretrovirales alguna reacción adversa con repercusión a nivel bucal?		
17	¿La Xerostomía <u>es</u> una de las manifestaciones clínicas más comunes del consumo de medicamentos antirretrovirales?		
18	¿Se debe aplicar normas de bioseguridad especiales para atender personas con VIH?		
19	¿Sabe usted a que centros de atención debe acudir luego de una exposición <u>ocupacional</u> ?		
20	¿Los medicamentos antirretrovirales forman parte de la terapéutica de la exposición ocupacional? <i>especificar tipo de exposición</i>		

Muchas gracias

Anexo N° 03

JUICIO DEL EXPERTO:

El instrumento es pertinente según los elementos planteados:

Es Pertinente.

Los ítems están claramente definidos según las variables descritas en el estudio:

Los ítems están Bien Resueltos

Observaciones generales:

Deben aparecer del título de la Investigación en lo Cuantitativo.

Según su criterio el instrumento se considera:


Aceptable

Nombre del experto: *C.D. Exp. DRAYDO RASCON BOCANOGOMA*

Cedula de identidad: *DNI 16657061*

Institución donde labora: *H.R.D. LAS MORCOCOS*

Cargo que desempeña: *Docencia en Cirugía Bucal Maxilar-Facial
y Director del Centro Cirujía Bucal H.R.D.L.M.*

Firma del experto: 

Anexo N° 04

JUICIO DEL EXPERTO:

El instrumento es pertinente según los elementos planteados:

Si.
Se sugiere replantear algunos ítems.

Los ítems están claramente definidos según las variables descritas en el estudio:

Se sugiere plantear preguntas basados en conceptos primarios. Ej: (1) Conceptualización VIH (2) Conceptualización SIDA
- Evitar abreviaturas. Ej: GORA.
- Pregunta (13) mencionar el tipo de exposición: agente parenteral, contacto saliva o sangre.

Observaciones generales:

Las dimensiones están definidas, sin embargo es necesario reorientar las preguntas

Según su criterio el instrumento se considera:

Regular.

Nombre del experto: ERIKA RAQUEL ENOKI MIÑANO

Cedula de identidad: DNI: 40167408

Institución donde labora: Universidad Señor de Sipán

Cargo que desempeña: Docente

Firma del experto: _____



Mg. CD. Erika Raquel Enoki Miñano
 ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
 DIRECTORA

Anexo N° 05

JUICIO DEL EXPERTO:

El instrumento es pertinente según los elementos planteados:

Si es pertinente según los elementos planteados

Los ítems están claramente definidos según las variables descritas en el estudio:

Si están definidas las variables que se describen para el estudio

Observaciones generales:

Se aplique la encuesta y los cuestionarios para los fines que van hacer utilizados.

Según su criterio el instrumento se considera:

Aceptable.

Nombre del experto: Reyna Malta Chavarri

Cedula de identidad: DNI 16648479

Institución donde labora: Hospital Regional Docente Los Mercedes

Cargo que desempeña: Coordinadora de la Estrategia ITS VIH SIDA

Firma del experto: _____

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
HOSPITAL REG. DOC. LAS MERCEDES CH.

Lic. Reyna Malta Chavarri
C.E.P. N° 804
Coordinadora ITS - VIH SIDA



Anexo N° 05

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

Se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 (0%) y 1(100%) y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes.

Alfa es por tanto un coeficiente de correlación al cuadrado que, a grandes rasgos, mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre todos los ítems para ver que, efectivamente, se parecen.

Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la fiabilidad, considerando una fiabilidad respetable a partir de 0,75.

CONFIABILIDAD: Se puede definir como la estabilidad o consistencia de los resultados obtenidos. Es decir, se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento, al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados.

CONFIABILIDAD

Muy baja	Baja	Regular	Aceptable	Elevada
0	0.25=25%	0.50=50%	0.75=75%	1
0% de confiabilidad en la medición (La medición está contaminada de error).				100% de confiabilidad en la medición (no hay error).

GRADO DE CONFIABILIDAD SEGÚN ALFA DE CRONBACH DE VEINTE ITEMS PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON VIH/SIDA EN ESTUDIANTES DEL NOVENO CICLO DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN, PIMENTEL 2016 – I

No	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20
1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1
2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1
3	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1
4	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1
5	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1
6	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1
7	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0
8	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1
9	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1
10	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1

Fuente: Datos tomados en una encuesta piloto a las estudiantes del IX ciclo de la USS sobre el nivel de conocimiento sobre la atención odontológica en pacientes con VIH/USIDA.

ESCALA DE VALORACIÓN (I.A)

FORMA DE EVALUACIÓN (Escala VALOR Vigesimal)

PREGUNTA CORRECTA	1
INCORRECTA	0
PUNTAJE MÍNIMO	0
PUNTAJE MÁXIMO	20

Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de Items
0,767	20

Resultados de correlación del método estadístico de Tau – b de Kendall y correlación de Spearman

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada	Sig. aproximada
Ordinal por Tau-b de Kendall	,102	,321	,315	,763
ordinal de Correlación de Spearman	,102	,321	,290	,778 ^c
Intervalo por R de Pearson	,102	,321	,290	,778 ^c
intervalo				
N de casos válidos	10			

El resultado del valor de α de Cronbach es de 0.767 (o su equivalente 76.7) lo cual indica que el instrumento para medir la actitud tiene un grado de Confiabilidad aceptable, validando su uso para la recolección de datos y estos se convalidan aún más cuando se aplican los métodos estadísticos de Tau – b de Kendall (76,3%) y correlación de R de Spearman (77, 8%).

Anexo N° 07



Consentimiento Informado

El presente documento hace constar mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación titulado **“Nivel De Conocimiento Sobre La Atención De Pacientes Con VIH/Sida En Estudiantes Del Noveno Ciclo De La Facultad De Estomatología de La Universidad Señor De Sipán Pimentel 2016 -I”**, que está a cargo del alumno de estomatología José Artemio, Monteza Tafur

Entendí la importancia del estudio y que la información obtenida será de tipo confidencial solo para fines de estudio

He desarrollado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables

En fe de lo expresado, firmo conforme

Chiclayo,.....de..... del.....

Nombre:

DNI: Firma.....

Anexo N° 08

Estadísticos

Nivel de Conocimiento del
encuestado

N	Válidos	45
	Perdidos	0

Fuente: Aplicación de encuestas.

En la tabla se observa el conteo total de los estudiantes encuestado con un total de 45 que equivalen al 100% de mi muestra.

Anexo N° 09

Género del encuestado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	29	64,4	64,4	64,4
	Masculino	16	35,6	35,6	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Aplicación de encuestas.

En la Tabla se observa la frecuencia de Género del encuestado en el cual se observa que existe una mayor frecuencia de estudiantes del Género Femenino con 29 (64.4%), a comparación del género masculino con un 16 (35.6%).

Anexo 10

PRUEBA CHI CUADRADO CON LOS DATOS DE NIVEL SIN AGRUPAR

Pruebas de chi-cuadrado				Sig.	Significación	Significación
		Valor	gl	asintótica (2 caras)	(2 exacta caras)	(2 exacta cara)
Chi-cuadrado Pearson	de	1,918 ^a	1	,166		
Corrección de continuidad ^b	de	1,046	1	,307		
Razón de verosimilitud		2,073	1	,150		
Prueba exacta de Fisher					,279	,153
Asociación lineal por lineal		1,875	1	,171		
N de casos válidos		45				

Fuente: Aplicación de encuestas.

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,91.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

VALOR CHI CUADRADO 1.918 VALOR $p = 0.166$ ES MAYOR AL RIESGO 0.05 NO EXISTE DEPENDIENCIA ENTRE LAS VARIABLES

Anexo 11

Grupo Etario del encuestado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	(19-22)	22	48,9	48,9	48,9
	(23-25)	18	40,0	40,0	88,9
	(26-28)	5	11,1	11,1	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Fuente Aplicación de encuestas.

En la Tabla se observa la frecuencia en los Grupos etarios de los encuestados, en el cual se observa que existe una mayor frecuencia de estudiantes en el primer Grupo Etario con 22(48.8%), siguiendo el segundo Grupo Etario con 18(40%), y finalmente el tercer Grupo Etario con 5(11.1%).

Anexo 12

PRUEBA CHI CUADRADO CON LOS DATOS DE NIVEL SIN
AGRUPAR

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,738 ^a	2	,691
Razón de verosimilitud	,672	2	,715

Asociación lineal por lineal	,344	1	,558
N de casos válidos	45		

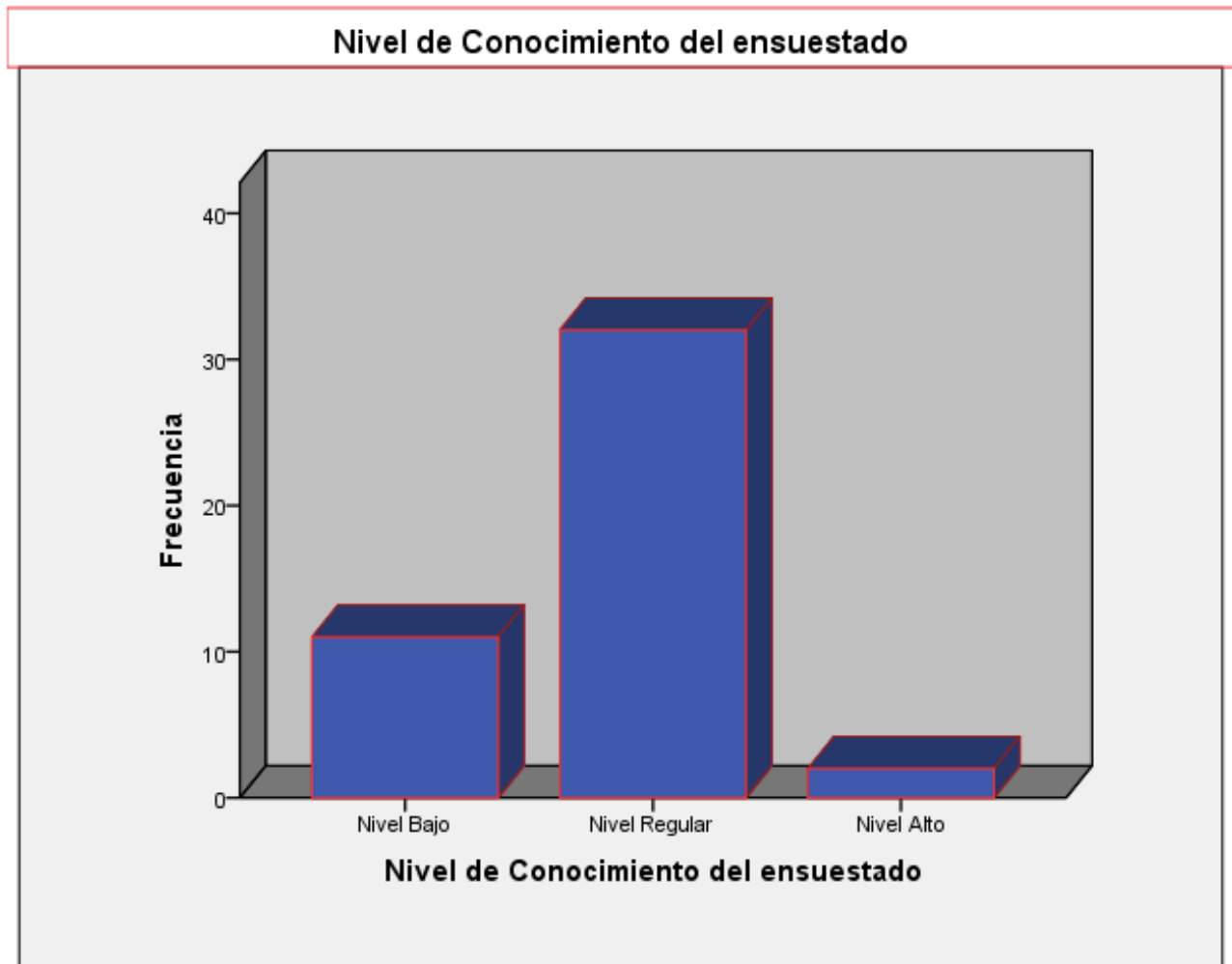
Fuente: Aplicación de encuestas.

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,22.

VALOR CHI CUADRADO 0.738 VALOR $p = 0.691$ ES MAYOR AL RIESGO 0.05 NO EXISTE DEPENDIENCIA ENTRE LAS VARIABLES

Anexo N° 13

Grafico

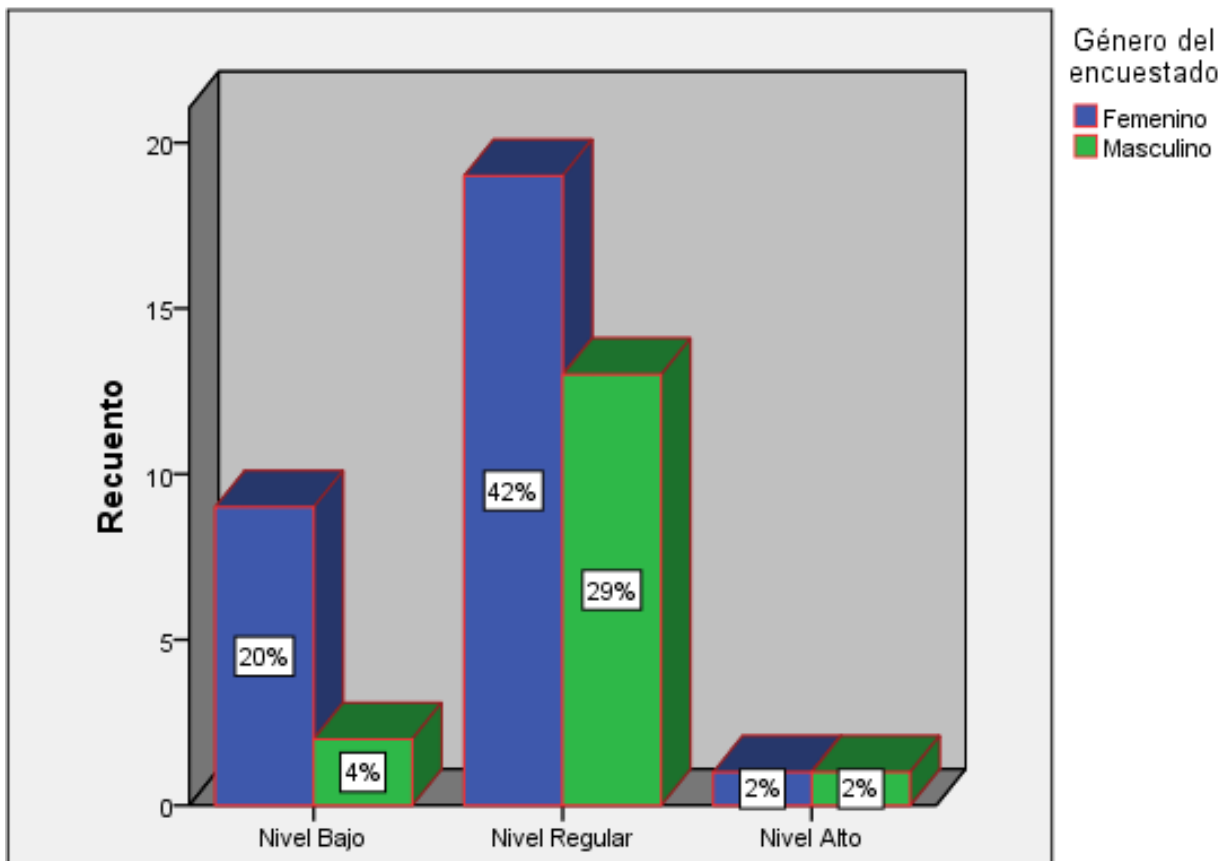


Fuente: Aplicación de encuestas.

Anexo N° 14

Gráfico.

Nivel de Conocimiento del encuestado * Género del encuestado

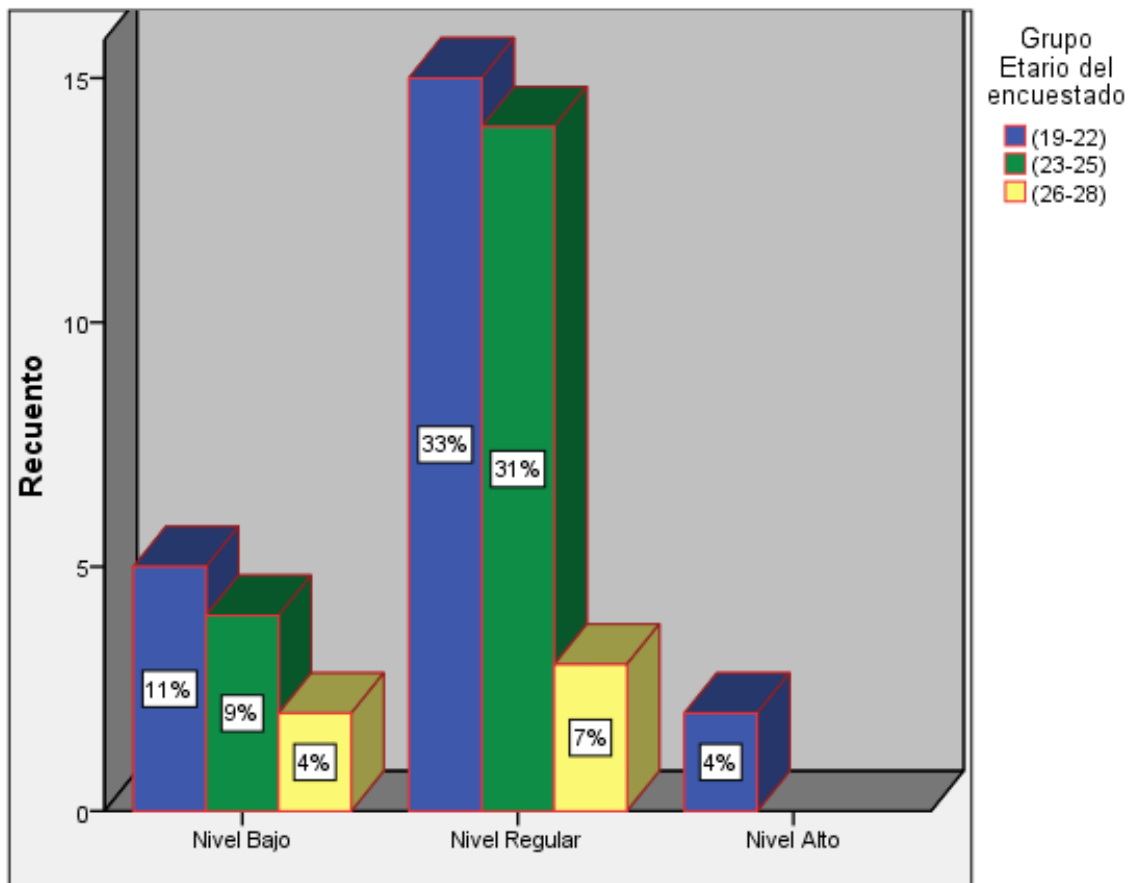


Fuente: Aplicación de encuestas.

Anexo N° 15

Gráfico.

Nivel de Conocimiento del encuestado * Grupo Etario del encuestado



Fuente: Aplicación de encuestas.

Anexo N° 16





