



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA BUCAL
CÁTEDRA DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y TERAPÉUTICA ESTOMATOLÓGICA

**ASPECTOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN DE
PACIENTES CON VIH/SIDA EN LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA.
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Autores: Jesús Alberto Lobo Giraldo

Sinaí Cristina Arias Marín

Tutor: Carlos Martínez Amaya

Cotutor: Elaysa Salas Osorio

Mérida, Venezuela 2020

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO	iii
ÍNDICE DE TABLAS	iii
RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
En este capítulo se incluyen y describen brevemente los elementos que dan contexto a la presente investigación, el objetivo que se persigue con la misma, así como las razones y argumentos que justifican su realización.	3
1.1 Definición y contextualización del problema	3
1.2 Objetivos de la investigación	6
1.2.1 Objetivo general.....	6
1.3 Justificación	6
CAPITULO II	8
MARCO TEORICO.....	8
2.1 ANTECEDENTES.....	8
2.1.1 Panorama general del VIH/SIDA.....	8
2.1.2 Conocimientos, riesgos y actitudes del odontólogo ante pacientes portadores del virus VIH/SIDA.	11
2.1.3 Atención odontológica a personas que viven con el virus VIH/SIDA.	16
2.1.4 Medidas de bioseguridad universales enfocadas en materia de VIH/SIDA.	19
2.2 Bases teóricas.....	20
2.2.1 Definición de VIH/SIDA.....	20
2.2.2 Sistema inmunológico y componentes	22

2.2.3	Etapas de la infección por el VIH.....	24
2.2.4	Pruebas de detección y control	26
2.2.5	Manejo odontológico integral.....	27
2.2.6	Bioseguridad en odontología	30
CAPITULO III.....		35
MARCO METODOLÓGICO.....		35
3.2	Estrategia de búsqueda.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.1	Fuentes de información.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.2	Búsqueda bibliográfica.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.3	Criterios de selección.....	¡Error! Marcador no definido.
3.3	Estrategias de análisis	¡Error! Marcador no definido.
3.3.1	Organización de la información.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO IV.....		38
RESULTADOS Y ANÁLISIS		38
4.1	Descripción de los estudios.....	38
4.1.1	Panorama general del VIH/SIDA en el mundo, América Latina y Venezuela	40
4.1.2	Nivel de conocimiento, medidas de bioseguridad y actitud de los profesionales de la odontología hacia los pacientes VIH/SIDA	43
CAPITULO V		52
DISCUSIÓN		52
CAPÍTULO VI.....		54
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		54
6.1	Conclusiones	54
6.2	Limitaciones.....	55
6.3	Recomendaciones.....	55
REFERENCIAS.....		56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Número de artículos hallados en cada fuente de información. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 2. Panorama general del VIH/SIDA en el mundo, América Latina y Venezuela..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 3. Nivel de conocimiento, medidas de bioseguridad y actitud de los profesionales de la odontología hacia los pacientes VIH/SIDA; **¡Error! Marcador no definido.**

www.bdigital.ula.ve



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA BUCAL
CATEDRA DE PATOLOGÍA CLINICA Y TERAPEUTICA ESTOMATOLÓGICA

**ASPECTOS ASOCIADOS A LA ATENCION PACIENTES CON VIH/SIDA
EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.
UNA REVISION SISTEMÁTICA**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autor: Jesús Alberto Lobo Giraldo

Tutor: Carlos Martínez Amaya

Cotutor: Elaysa Salas Osorio

Mérida – Venezuela, febrero 2020

RESUMEN

El virus de la inmunodeficiencia humana se caracteriza por afectar la respuesta del sistema inmunológico, pudiendo evolucionar hasta lesiones o infecciones oportunistas, lo que hace que exista una mayor demanda de atención de los profesionales de la Odontología, quienes juegan un papel muy importante en el mantenimiento y mejoramiento de las condiciones bucales de las personas portadoras de este virus, aunado a esto, el carácter estigmatizante de la enfermedad y el miedo al contagio, son las razones más comunes que impiden una adecuada atención a estos pacientes. Esta patología por su incidencia y prevalencia mundial es considerada un problema de salud pública, por lo cual se hace pertinente la realización de investigaciones que permitan describir los aspectos relacionados con la atención de pacientes con VIH/SIDA en la consulta odontológica. La presente investigación se llevó a cabo con base en una revisión sistemática de la literatura correspondiente a los últimos 10 años, en la cual se realizó una búsqueda sistemática comprendida entre junio del 2019 y enero del 2020, a través de las fuentes de información electrónicas: PubMed, Elsevier, Cochrane, Lilacs, Scielo, Google Académico y SERBIULA, usando los descriptores “VIH/SIDA, odontología, pacientes con VIH” en español e inglés, en la cual fueron obtenidos estudios 110 relevantes a la investigación de los cuales se seleccionaron según los criterios de inclusión y exclusión 23, en ellos, se contrasta la posición del odontólogo ante los diferentes aspectos relacionados con la atención odontológica de las personas que viven con esta condición.

Palabras clave: VIH/SIDA, odontología, pacientes con VIH.

INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a los linfocitos CD4+, lo que condiciona un deterioro progresivo del sistema inmunológico que deriva en la aparición de diferentes lesiones o infecciones denominadas oportunistas, teniendo como consecuencia la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), a partir de la década de los 80 se inició su descripción como una nueva entidad clínica, que tiene como principales vías de infección el contacto sexual, transmisión perinatal y exposición parenteral a través de la sangre y sus derivados. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) en el 2010 estimó que a nivel mundial existían 33.4 millones de personas viviendo con esta patología.

El VIH/SIDA debido a su incidencia y prevalencia en la población mundial, representa actualmente un problema de salud pública, situación por la cual se hace indispensable la prevención y abordaje óptimo en los servicios sanitarios tanto públicos como privados. La Odontología forma parte de estos servicios, ya que la progresión del virus puede asociarse a manifestaciones y cambios en el proceso salud-enfermedad de la cavidad bucal, lo que hace que estos pacientes consulten con más frecuencia al odontólogo, quien debe estar capacitado para dar respuesta a sus necesidades de atención preventivas y curativas. La declaración de Phuket (2006) promueve la integración de los odontólogos en la prevención, la detección y la atención del VIH. Sin embargo, a pesar de que la presencia del virus puede ser detectada mediante métodos no invasivos en suero, plasma, sangre o líquido crevicular-saliva, los odontólogos aún hoy debaten, si deberían o no ofrecer la prueba rápida para VIH en la consulta y en las escuelas de Odontología.

Los pacientes con VIH/SIDA están sistémicamente comprometidos y su estado de salud puede cambiar rápidamente, por lo que se hace indispensable realizar una historia clínica detallada, ya que la cuidadosa evaluación de la salud del paciente puede ayudar a determinar las influencias potenciales del estadio de la enfermedad, en el abordaje,

planificación y seguimiento de la evolución del paciente. La atención al paciente con esta condición debe ser integral incluyendo el área de la Odontología, por lo que se requiere estar en constante actualización para así tener un grado de conocimiento sobre sus obligaciones profesionales, así como su eventual actitud para la atención de estos pacientes, considerados un grupo vulnerable en materia de salud.

Con base en lo anteriormente mencionado se realizó una revisión sistemática de la literatura en la cual se describen diferentes aspectos asociados como el nivel de conocimiento, medidas de bioseguridad y actitudes del personal de la Odontología ante el abordaje de pacientes que viven con VIH/SIDA, que permitió determinar el estado actual de los mismos para promover la participación activa del odontólogo en el mejoramiento de la prevención y las condiciones bucales de las personas que viven con VIH/SIDA (en adelante PVVS), contribuyendo a un manejo clínico adecuado, brindando así una mejor calidad de vida.

El presente trabajo ha sido dividido en cinco capítulos; el primero en el que se hace referencia a la definición y descripción general del problema, presentando a su vez el objetivo general y la justificación; el segundo capítulo contiene una revisión de la literatura científica a fin de obtener antecedentes y bases teóricas que den sustento al proyecto; en la tercera sección o capítulo se describe la metodología a seguir con la que se logró dar respuesta a los objetivos planteados; en el cuarto capítulo se presentan los resultados con su respectivo análisis y finalmente, en el quinto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este capítulo se incluyen y describen brevemente los elementos que dan contexto a la presente investigación, el objetivo que se persigue con la misma, así como las razones y argumentos que justifican su realización.

1.1 Definición y contextualización del problema

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una patología caracterizada por una alteración del sistema inmunológico cuyo principal indicio es una progresiva disminución de los linfocitos CD4, alterando la actividad del sistema inmunológico, lo que facilita la aparición de infecciones oportunistas y el desarrollo de procesos neoplásicos, que pueden llevar al paciente a un estado conocido como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y evolucionar hasta la muerte¹.

En la actualidad, el VIH/SIDA es considerado un problema de salud pública sin precedentes en todo el mundo², requiriéndose profesionales de la salud capacitados para hacer frente a la situación, el odontólogo forma parte de este equipo profesional, y como tal, atiende pacientes que portan el virus, quienes en ocasiones no lo saben o por temor a ser rechazados en la consulta no manifiestan su condición³, es indispensable generar programas que incluyan la participación del odontólogo en los esfuerzos de salud pública, más allá de la lucha contra la caries, sino también en otras enfermedades crónico-degenerativas como la infección por el VIH. Sumar al odontólogo a esta respuesta coadyuvaría a detectar entre sus usuarios la infección por VIH a través de la Prueba Rápida y a la vez ofrecería una ubicación más para el diagnóstico oportuno como un primer paso para contribuir a la reducción de la incidencia de nuevos casos de VIH y a un avance importante en salud pública⁴.

La epidemiología actual de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, hace evidente la necesidad de contar con profesionales sanitarios capaces de proporcionar cuidados de calidad a las personas afectadas, lo cual implica, además de unos conocimientos y habilidades en constante actualización, una actitud positiva que permita enfrentarse a los diferentes y complejos aspectos médicos desde una perspectiva abierta, tolerante y libre de prejuicios. Las personas que viven con VIH/SIDA en un 90% desarrollarán al menos un problema bucal relacionado con su condición, tales como la aparición de caries, enfermedad periodontal, infecciones bacterianas virales o fúngicas y crecimientos celulares anormales siendo, en muchos casos el primer indicio relacionado con el virus^{2,3}.

Estos pacientes requieren una mayor atención odontológica, ya que su sistema inmune está comprometido y algunos medicamentos antirretrovirales tienen efectos adversos sobre la cavidad bucal, como la xerostomía y la alteración del gusto, lo que hace necesario que asistan a la consulta odontológica con más frecuencia y requieran de intervenciones tempranas para prevenir daños mayores⁵. Estas lesiones pudieran utilizarse para el diagnóstico precoz del virus, por medio de ellas se puede predecir el estado inmunológico y el progreso de la enfermedad⁶. También son consideradas un desafío importante para mejorar la salud en el futuro, particularmente en los países con recursos limitados. Sin embargo, en América Latina y el Caribe los esfuerzos tanto de los gobiernos nacionales como de los organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil han sido débiles y dispersos en sus objetivos y cobertura con respecto a la salud bucal de las PVVS⁷.

A menudo, los profesionales de la Odontología no brindan una adecuada atención a los pacientes con condición VIH/SIDA, principalmente por las dificultades potenciales de la relación del profesional con el paciente portador del virus. A pesar de que la información sobre esta enfermedad es en la actualidad bastante completa y clara, no está dirigida en forma directa al escenario del VIH en la consulta odontológica, por lo que todavía existen

muchos prejuicios en el manejo odontológico de estos pacientes^{7,8,9}. El riesgo de contraer o diseminarse el VIH a través del tratamiento estomatológico es muy bajo; sin embargo, aún existe negativa de tratamiento por parte del odontólogo, lo cual alienta a los pacientes a buscar cuidado en otros lugares, apropiados o no, y a mentir acerca de su historial médico¹⁰. Las PVVS han experimentado un estigma y discriminación, basado fundamentalmente en el significado social de la enfermedad, dado en todos los ámbitos de los servicios de salud, no exento la Odontología^{11,12,13,14}.

El carácter estigmatizante de la enfermedad y el miedo a contraer el virus durante la práctica odontológica, son las principales razones que aluden los profesionales de la Odontología para rechazar la atención a estos pacientes¹⁵, evidenciándose la necesidad de una reflexión profunda acerca de las estrategias que se deben implementar para modificar de forma positiva los factores asociados a la atención odontológica en relación con el VIH/SIDA^{2,8,12,16-28}. Si ha existido algún desinterés o desdén hacia el conocimiento y el manejo del riesgo de infecciones por parte del profesional en Odontología y su personal auxiliar, dicha actitud debe ser reconsiderada, este cambio actitudinal debe ir acompañado por capacitación y actualización permanentes²⁹.

El VIH/SIDA es un tema ampliamente documentado, sin embargo, en el área odontológica numerosas publicaciones solo abordan el nivel de conocimiento y actitudes del personal^{8,26}. En las facultades de odontología de las universidades venezolanas, existen asignaturas que contemplan factores generales, clínicos y microbiológicos sobre VIH/SIDA. Sin embargo, investigaciones realizadas previamente recomiendan actualizar las estrategias educativas en materia de esta patología^{21,26}. Esta deficiencia en la formación del odontólogo se ve reflejada en el ejercicio profesional del mismo. Con base en lo dicho anteriormente, se hace pertinente describir los aspectos relacionados con la atención de pacientes con VIH/SIDA en la consulta odontológica a través de una revisión sistemática que cumpla con todos los parámetros que la caracterizan, mediante la búsqueda de estudios que contemplen

el escenario del VIH en la consulta odontológica, para permitir posteriormente el diseño de estrategias educativas, dinámicas y accesibles, que ofrezcan a los odontólogos la información actualizada necesaria sobre esta condición, dándole seguridad al profesional al momento de la atención a las PVVS, además de establecer un precedente científico significativo al tema y poder ser referente a futuras investigaciones relacionadas con esta investigación.

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Describir los aspectos asociados al tratamiento de pacientes con VIH/SIDA en la consulta odontológica a través de una revisión sistemática de la literatura.

www.bdigital.ula.ve

1.3 Justificación

Ante la amenaza creciente del VIH/SIDA, es indispensable que las comunidades e instituciones de todo nivel intervengan en forma proactiva para, minimizar esta pandemia que día a día se propaga causando miles de muertes, en este sentido, es de vital importancia la participación del colectivo odontológico.

Paralos pacientes que viven con VIH, la salud conlleva un compromiso, sin embargo, esta puede cambiar rápidamente, aumentando su vulnerabilidad a contraer infecciones, en líneas generales, el temor y el estigma de la atención a PVVS por parte de los profesionales de la salud bucal pudiera derivar en discriminación asociada a la carga social de la condición y el rechazo por temor al contagio, así como la falta de motivación para el uso correcto de los procedimientos de rutina sobre control y prevención de la enfermedad. La actitud negativa o rechazo a la atención de personas con VIH/SIDA de algunos profesionales de la salud específicamente de los odontólogos ha sido estudiada por

Dávila¹⁶, quien reportó que el nivel de rechazo de los odontólogos supera al de los médicos y enfermeras.

Cabe destacar que la mayoría de los programas de estudio de la carrera de Odontología de las universidades venezolanas, no contemplan una asignatura detallada y específica acerca de la prevención, tratamiento y medidas de Bioseguridad enfocadas en pacientes con dicha condición, que haga énfasis en el nivel de atención primaria, la intervención y el reconocimiento de sus causas y consecuencias en la salud²⁹⁻³³, y así permitir la formación de odontólogos con responsabilidad ética, habilidades y conocimientos, que brinde una atención odontológica no discriminatoria a personas con VIH/SIDA²⁴. Frente a estas premisas, se ha considerado oportuna la realización de una investigación fundamentada en una revisión sistemática de la literatura existente en plataformas digitales confiables que permitan reconocer la situación actual de los aspectos de la atención odontológica de pacientes con VIH/SIDA.

En la investigación se destaca la relevancia de la práctica correcta de las medidas de bioseguridad, según diferentes autores, facilitando tranquilidad y seguridad por parte del estudiante y el odontólogo, además de reducir la discriminación dentro de la consulta y mejorando la calidad de vida y el bienestar de estos pacientes a través de un correcto tratamiento y control de su salud bucal, colaborando en la promoción de sus derechos con igualdad real y efectiva.

En lo social, se espera que la contribución del estudio sea significativa, por cuanto al describir los aspectos relacionados con la atención odontológica de PVVS, permitirá fomentar profesionales de la Odontología ampliamente formados en materia del VIH/SIDA, podrá reducirse el fenómeno de discriminación y se mejoraría las condiciones de salud de las personas con el VIH/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 odontológica de los venezolanos en general.

Así mismo, 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 odontológica.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

En esta sección se exponen de forma temática y cronológica una serie de antecedentes asociados al tema de estudio, iniciando con el panorama general del VIH/SIDA a nivel mundial y en Venezuela, en segundo lugar, conocimiento y actitudes del odontólogo ante esta patología, en tercer lugar, la atención odontológica a pacientes VIH positivos y en cuarto lugar las medidas de bioseguridad universales enfocadas en materia de VIH/SIDA.

2.1.1 Panorama general del VIH/SIDA

A continuación, se presentan una serie de antecedentes enfocados en la situación actual en materia de VIH/SIDA a nivel mundial y en Venezuela.

En el 2010, Izazola y *et al.*³⁴, realizaron una revisión bibliográfica sobre el avance y los retos de la prevención y el control del SIDA en México, en el cual dedican una sección al panorama mundial sobre el VIH/SIDA, destacando que para el año 2010, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

(ONUSIDA) estimó que a nivel mundial existían 33.4 millones de personas viviendo con el VIH, de los cuales 31.3 millones eran adultos; 15.7 millones, mujeres, y 2.1 millones, menores de 15 años. Cada día 7,400 personas se infectan por el VIH en todo el mundo y aproximadamente el 50% de estas nuevas infecciones por VIH se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años. Únicamente durante el año 2009, el SIDA causó unos dos millones de muertes lo que representa más de un 20% que la cifra publicada en el año 2000 y la prevalencia del virus, en líneas generales, fue tres veces superior a la de 1990.

En Venezuela, el Programa Nacional de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida e infecciones de Transmisión Sexual (PNSIDA/ITS)³⁵, en el 2011, publicó la guía nacional para la prevención del VIH/SIDA/ITS dirigido a los equipos de salud, educadores/as, facilitadores/as de movimientos sociales y comunidades organizadas. Donde se establece que 33,4 millones de personas viven con el VIH en el mundo, se calcula que entre el año 2000 y el 2020 habrán muerto 68 millones de personas en los 45 países más afectados por este síndrome infeccioso, se estima que la epidemia de VIH es de tipo “concentrada”, es decir que su mayor presencia está en los grupos especialmente vulnerables. Para 2011, por ejemplo, se estimó que vivían con VIH 156,960 personas en el país. Entre 1997 y 2010, se registraron oficialmente un total de 101,544 casos de VIH en Venezuela, 75% de los cuales correspondían a hombres. Para el 27 de abril de 2011, 38.204 personas recibían terapia antirretroviral, no hay estudios de prevalencia de VIH en población general sino solo proyecciones de estimaciones para el período 1993-2015.

En el 2016 Carvajal *et al.*³⁶, realizaron una investigación con base a una revisión sistemática titulada; Epidemiología del VIH en Venezuela desde 1983 a 2016. En el estudio afirman que el mundo se han desarrollado grandes avances en la lucha con el VIH, en el caso de Venezuela, el primer paciente reportado con el virus fue en 1983 y para el 2016 ya existían más de 120000 casos reportados en el país. En el artículo se revisaron documentos del programa nacional de VIH/SIDA, del

Ministerio del Poder Popular para la Salud, ONUSIDA, OPS, OMS y otros documentos científicos. Así como también abordaron los tratamientos retrovirales existentes hasta 2016, en los resultados encontrados por Coromoto *et al*⁶²., mencionan que para el año 2013, la tasa de mortalidad asociada a las personas con VIH fue de 21,8%, para el año 2015 con respecto al año 1996 aumento un 96%, pasando de 4.4 a 8.4 personas con el virus por cada 100000 habitantes. Así mismo reportaron que la tasa promedio de mortalidad por VIH/SIDA en niños <5 años, es mayor en los niños menores de un año y que para el 2016 el índice de mortalidad por VIH/SIDA, para hombres aumento en 1,8 y 3,46 en mujeres por lo cual concluyeron que después de 30 años de la epidemia del VIH en Venezuela, las políticas sanitarias no han sido suficientes para detener el avance de la enfermedad, lo que evidencia el fracaso del PNS.

Para el 2017, la organización canadiense que actúa como una voz de política global sobre cuestiones relacionadas con el VIH y la Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI)³⁷, evaluaron en Venezuela, el panorama nacional del VIH/SIDA durante el mes de septiembre. La revisión de la información disponible fue realizada conjuntamente con una serie de entrevistas a informantes claves, incluyendo personas que viven con VIH, doctores, activistas, académicos y representantes de la ONU donde determinaron que Venezuela vive, sin duda alguna, una profunda emergencia sanitaria. El número de muertes relacionadas con el SIDA en el país ha subido casi 75% desde el 2011. La escasez de alimentos y casos de malnutrición e inanición son cada vez más comunes. Las personas que viven con VIH y SIDA en Venezuela describen frecuentes ausencias de medicamentos antirretrovirales y temen una inminente muerte. El país está en el medio de una compleja emergencia humanitaria, sin precedentes y producto del mismo estado, con amplias consecuencias sociales. Su Programa Nacional de SIDA, alguna vez puesto como ejemplo, ha colapsado con una escasez crónica de medicamentos y falta de condones y pruebas de diagnóstico, poniendo a miles de personas en riesgo de enfermedades prevenibles y muerte. Las personas que viven con VIH, tuberculosis y malaria mueren a un paso cada vez más

acelerado, mientras que los hospitales y farmacias no tienen productos básicos de salud.

2.1.2 Conocimientos, riesgos y actitudes del odontólogo ante pacientes portadores del virus VIH/SIDA.

En esta sección se hace oportuno citar los estudios previos sobre los conocimientos, riesgos y las actitudes del profesional de la odontología ante el VIH/SIDA.

En el 2001 *et al.*²⁰, realizaron un estudio que permitió conocer con mayor precisión el grado de conocimiento que tienen los odontólogos sobre sus obligaciones profesionales para la prevención y control de pacientes que viven con VIH, en dicho estudio se aplicó una encuesta a 250 odontólogos, estudiantes y académicos de la Universidad Nacional Autónoma de México, resultando que el conocimiento para el control de pacientes con el virus es adecuado en el 49.6% de los casos. El 12.8% de los entrevistados indicó con precisión los mecanismos de transmisión, 35.8% las indicaciones para esterilización de instrumental, 2.8% las acciones que deben realizarse ante un accidente en su ejercicio profesional. En cuanto a la atención de pacientes que identificaran como VIH+ o con SIDA, es de llamar la atención que una importante proporción asumiría actitudes discriminatorias, al exigir certificados médicos, remitirlos a otros servicios o negarse a atenderlos. La mayoría de los odontólogos no están preparados para el control de las enfermedades en su práctica profesional.

Posteriormente, Barreiros *et al.*³⁸, en el 2005, observaron las diferentes actitudes de los dentistas con respecto a los pacientes portadores de VIH/SIDA. A través de la aplicación de una encuesta a 345 odontólogos del sistema de salud pública de Minas Gerais en Brasil, cuyos resultados indicaron que 55,0% de los encuestados tienen buena disposición para la atención frente a la epidemia de

VIH/SIDA. Este resultado resalta la importancia de la representación social del SIDA y del portador del VIH en cuanto determinante de la calidad de la asistencia a este paciente. La discriminación, y el rechazo a los portadores del virus VIH divulgados desde el inicio de la epidemia aún persisten, incluso entre los trabajadores de salud.

En el mismo año, Bestard *et al.*³⁹, evaluaron la modificación en la información del personal de estomatología sobre el virus VIH/SIDA en 10 años. Realizando la aplicación de un instrumento inicial para recolección de datos al personal odontológico en una escuela dental en Costa Rica, se aplicó el instrumento a doscientas noventa y tres personas entre profesionales, técnicos de atención estomatológica y estudiantes de 4to y 5to año de la carrera de estomatología. Donde se evidenció que hubo una modificación favorable después de los diez años de un 63,5% en el nivel de información general que sobre pacientes que viven con VIH/SIDA. Diez años después de realizarse las primeras intervenciones educativas para modificar esta información se aplicó el mismo instrumento.

Para el 2006, Infante *et al.*⁴⁰, analizaron el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA por parte de los prestadores de servicios de salud en tres estados de la República Mexicana, en el cual se realizaron 14 entrevistas directas y 373 encuestas a los proveedores de los servicios de salud en base a las percepciones que tienen sobre el virus y las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS). Obteniendo como resultado que el 75% de los proveedores recibió capacitación relacionada con el VIH/SIDA, pese a lo cual persiste la discriminación. El 23% no compraría comida a una PVVS y 16% sugiere prohibir su ingreso a servicios públicos. Respecto a la confidencialidad, 62% opina que debe guardarse y 38% cree que los patrones tienen derecho a conocer la condición de sus empleados. De acuerdo con los entrevistados, el estigma que acompaña al VIH/SIDA se extiende hacia las personas cercanas a las PVVS, e incluso a los prestadores de servicios que los atienden, como en el caso de una odontóloga quien refiere que debe mostrar a sus colegas el resultado de las pruebas diagnósticas de VIH que se realiza cada seis meses con el fin de no ser rechazada.

Consiguientemente Dávila y Gil⁸, en el 2007, realizaron en Venezuela, un estudio acerca del nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA, sobre una muestra de 48 odontólogos donde se observó que 60.4% de los odontólogos tiene un nivel de conocimiento “bueno” y que aproximadamente 44% de los encuestados tienen una actitud negativa o de rechazo hacia los pacientes con VIH. Al relacionar el nivel de conocimiento con la actitud de los odontólogos, a pesar de que se ubican en una escala de conocimiento “Bueno”, los hallazgos se inclinan a que 61.9% de los participantes presentan una actitud desfavorable. Además, el 85.8% de los encuestados considera que los pacientes con SIDA deben ser aislados y como medida de esterilización 39.6% reportó como verdadero que la solución clorada sea una medida suficiente para la esterilización de materiales y equipos después de la atención odontológica de una persona portadora de VIH/SIDA. Finalmente 75% de los encuestados reportan que deben existir consultas especiales para el tratamiento de personas portadoras de VIH/SIDA.

En el siguiente año, Gutiérrez²¹, determino el nivel de conocimiento sobre las patologías bucales asociadas a SIDA y la actitud de odontólogos y médicos de centros de salud y clínicas previsionales hacia portadores de VIH/SIDA, del Departamento de León-México. En el cual se aplicó un cuestionario de selección múltiple a 31 médicos y 34 odontólogos, en donde se evidencio que tanto médicos como odontólogos presentan un nivel de conocimiento entre excelente y bueno, sin embargo, son los médicos con menos años de experiencia laboral los que tienen mayor nivel de conocimiento, en comparación con los odontólogos que mantienen el mismo nivel de conocimiento sin importar la experiencia laboral.

Como antecedentes locales tenemos que en el año 2010, Marcano, et al.²², describieron el conocimiento y actitud de los estudiantes de la Facultad de Odontología de La Universidad de Los Andes sobre el VIH/SIDA, con la aplicación de un cuestionario a los estudiantes cursantes del tercer, cuarto y quinto año de la carrera, en donde evidenciaron que el nivel de conocimiento el cual fue favorable en

un 53.1% no está directamente relacionado con la actitud la cual fue indiferente en un 89.8% (negativa), hacia el paciente que vive con esta condición, observándose el mayor porcentaje de actitud indiferente en los encuestados del tercer año de la misma, concluyendo que existe una necesidad de brindar una información más amplia e integral a los futuros profesionales de la odontología, por lo que recomiendan establecer estrategias de educación y sensibilización en materia de VIH/SIDA, aparte de diseñar e implementar un programa de atención a pacientes con enfermedades de este tipo con especial atención al VIH/SIDA.

Como antecedente latinoamericano, tenemos que, Acosta et al.²³, en el 2011, observaron la actitud de los estudiantes al respecto del manejo de personas con diagnóstico de VIH/SIDA, mediante una encuesta aplicada en 1.173 estudiantes de tres facultades de odontología de Cali donde incluyeron características sociodemográficas, de actitud, conocimientos, creencias e información de bioseguridad frente a pacientes con VIH destacando que aun cuando en las tres escuelas de odontología investigadas no figura en su currículo una cátedra específica para VIH, como tampoco para otras enfermedades, durante todos los semestres, en las diferentes asignaturas, los estudiantes van adquiriendo el conocimiento necesario para manejar cualquier tipo de patología; sin embargo, el 73,9% de los estudiantes encuestados declaró no haber recibido entrenamiento previo respecto del manejo de pacientes con VIH/SIDA, concluyendo que los estudiantes necesitan recibir un mejor entrenamiento con el fin de disminuir sus temores y mejorar su actitud para atenderlos.

Seguidamente en el 2013, Rodríguez²⁴, observo el nivel de conocimiento sobre la atención a personas con el VIH/SIDA que poseen los estudiantes del quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo aplicándose una encuesta a 51 sujetos entre estudiantes y profesionales de la odontología, en donde un 31% de los estudiantes no tiene dominio cognoscitivo sobre los conceptos básicos del VIH/SIDA, lo que pudiera tener relación con los docentes de áreas clínicas encuestados en quienes solo un 68,15% de ellos poseen los conocimientos básicos

sobre la conceptualización del VIH/SIDA, sus medios de transmisión y las patologías asociadas. Adicionalmente, los conocimientos sobre estos tópicos se encuentran aislados en diversas asignaturas de la carrera, no existiendo, además, algún tema o contenido que establezca la conceptualización de la carga viral y los CD4, ni su utilidad en la elaboración del plan de tratamiento, tampoco se incluye la información sobre normas de Bioseguridad y atención odontológica a personas con VIH.

Quilcate⁴¹, en el año 2015, realizó un estudio para determinar el nivel de conocimiento sobre la atención estomatológica en pacientes con VIH/SIDA de los estudiantes de Estomatología 2015-II de la Universidad Privada Antenor Orrego en Perú, en el cual se aplicó un cuestionario tipo test, validado previamente por el juicio de expertos, a 109 estudiantes de estomatología entre los ciclos de octavo, noveno y décimo. El resultado mostró un nivel conocimiento bueno de 30% y malo de 11%; pero predominó un nivel de conocimiento regular de un 59%, sobre la atención del paciente con VIH/SIDA. Concluyendo que los estudiantes de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego 2015-II: tiene un nivel de conocimiento regular sobre la atención estomatológica en pacientes con VIH/SIDA.

En el mismo año, Herrera *et al.*²⁵, determinaron el Nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes de odontología frente a la atención de pacientes con VIH/SIDA, en una provincia de México, en este estudio participaron 106 estudiantes, quienes respondieron a un cuestionario validado por la técnica de juicio de expertos, dando como resultados que el nivel de conocimiento fue: Bueno 49.1 %, regular 50.0 % y malo 0.9 % y las actitudes fueron: favorable 14.2 %, indiferente 47.2 % y desfavorable 38.7 %. El 24.5 % del total de los estudiantes de odontología que posee un nivel de conocimiento regular tiene una actitud indiferente.

Siguiendo el mismo contexto, Ezzi, *et al.*²⁶, en el año 2016, describieron el Nivel de conocimiento sobre la atención a los pacientes con VIH/SIDA de los estudiantes de quinto año, período lectivo u-2014, de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes, a través de la aplicación de un cuestionario de 35

preguntas cerradas a 124 estudiantes de ambos géneros donde resulto que el 51,8% de los estudiantes encuestados no poseen los conocimientos ni la habilidad suficiente referente a la bioseguridad para la atención de estos pacientes especiales, mostrando mayor carencia de información en lo concerniente al protocolo post-exposicional ocupacional, en cuanto a la conceptualización básica acerca del virus del VIH/SIDA se demostró un nivel de conocimiento bajo, de igual manera en lo correspondiente a las lesiones y patologías bucales asociadas al virus, ya que solo el 39,9% de los estudiantes manifestaron tener dichos conocimientos, sin embargo, en lo que refiere a las vías de transmisión del virus, los alumnos mostraron un nivel de conocimientos medio.

Continuamente, Rázuri⁴², en 2016, determino la actitud de los estudiantes de la clínica estomatológica de la Universidad de Huánuco frente al manejo de pacientes con VIH/SIDA, a través de un estudio, observacional en 57 estudiantes los cuales se dividieron en 29 alumnos para el primer grupo de estudio y 28 para el segundo, donde se observó que la actitud frente al manejo de pacientes con VIH-SIDA fue en un mayor porcentaje inadecuado (91,2%), y en un mínimo porcentaje adecuado 8,8%, por lo que recomiendan que se implemente una guía para la actitud de manejo de pacientes portadores de VIH-SIDA en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco.

2.1.3 Atención odontológica a personas que viven con el virus VIH/SIDA.

A continuación, abordaremos en orden cronológico los estudios relacionados a la atención odontológica de las PVVS.

En el 2002, Patton *et al.*⁴³, realizaron un estudio que evaluó la enseñanza y la práctica de la detección del riesgo de VIH, así como las opiniones de los odontólogos sobre el asesoramiento y las pruebas de VIH y un posible papel de las pruebas de anticuerpos contra el VIH basadas en fluidos orales en consultorios dentales este estudio se aplicó en 54 escuelas de Estados Unidos. Todas las escuelas de odontología que respondieron cuentan con capacitación curricular y educación clínica

sobre los riesgos del comportamiento del VIH, historial médico y manifestaciones orales como indicadores del VIH. Los educadores consideraron que la detección de riesgos y la derivación para el asesoramiento deben ser parte del papel profesional del dentista.

Por otra parte en el 2004, Antela *et al.*⁴⁴, publicaron un Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe: en el que se busca contribuir a la formación más completa de los profesionales de Atención Primaria, tanto profesionales de salud como de servicios generales, en la asistencia a personas que viven con el VIH/SIDA, con la esperanza de que una formación más completa contribuya a una mejor atención de las personas con el VIH y a un mejor control de la epidemia en Latinoamérica y el Caribe.

En el siguiente año, Tovar *et al.*⁴⁵, describieron la actividad asistencial odontológica del centro de atención a personas con enfermedades con riesgo de expansión, de la universidad central de Venezuela durante el periodo 1999-2005 periodo en el cual se atendió odontológicamente a 1258 pacientes con enfermedades con riesgo de expansión (adultos y niños), donde el más alto porcentaje estuvo constituida por personas VIH/SIDA, por ello la importancia de crear servicios de este tipo en otras regiones donde no solo se presta atención Odontológica sino también se brinda apoyo social, orientación nutricional, apoyo psicológico, prevención, educación y se realiza consejería contribuyendo así a mejorar la calidad de vida y condición bucal de personas portadores de una enfermedad crónica como es el VIH/SIDA.

Durante el 2006, Duarte *et al.*⁴⁶, determinaron la frecuencia de accidentes por objetos punzocortantes en estudiantes de una Escuela de Odontología, durante un ciclo escolar (diez meses) en el cual, se aplicó un cuestionario con doce ítems a 103 alumnos de 21 a 24 años de edad, cursando 3º, 4º y 5º año de la carrera odontología. Resultando que el 46,6 por ciento de la población estudiada reportó por lo menos un

accidente; causado principalmente por explorador y agujas. La tasa de incidencia fue de 5,4 accidentes por cada 10.000 horas-persona de práctica. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de accidentes de acuerdo al grado escolar cursado. Los estudiantes reportaron haber presentado 48 accidentes en el transcurso de un ciclo escolar; es una incidencia que nos indica un problema digno de tomarse en cuenta.

Santana *et al.*⁴⁷, en el 2008, publicaron un estudio donde caracterizaron las condiciones de salud-enfermedad bucal de los pacientes adultos VIH/SIDA pertenecientes al Programa de infecciones de transmisión sexual del Estado Zulia en Venezuela. Para este estudio se seleccionó una muestra probabilística al azar simple de 246 pacientes, en la cual deficientes condiciones de salud bucal fueron encontradas en los pacientes de dicho estudio lo que podría propiciar el recrudecimiento en la aparición de infecciones oportunistas, aun cuando se encuentren recibiendo oportunamente su terapia antirretroviral, esto puede complicar y comprometer aún más la salud general del paciente. Es importante resaltar la necesidad de realizar un cuidadoso examen bucal en el diagnóstico de pacientes con VIH, ya que la exploración de los tejidos bucales es un procedimiento clínico sencillo, de bajo costo y no invasivo. Se hace necesario profundizar las respuestas que se ofrecen en lo preventivo y asistencial por parte de los entes gubernamentales de salud para mejorar las condiciones de la salud bucal de los pacientes VIH/SIDA.

Para el año 2010, Dávila *et al.*⁴⁸, exploraron la experiencia y opinión de las Personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) con relación a la atención odontológica en los servicios prestadores de salud en Venezuela. A través de la entrevista directa a 86 PVVS donde se evidenció que el 76,7% reportó una experiencia “negativa” y 67,4% una opinión “regular”. Las experiencias reportadas por las PVVS abren la posibilidad de realizar estudios con enfoques de otros métodos bajo el paradigma cualitativo. En síntesis, la comunidad científica y el Estado Venezolano deberían hacer esfuerzos conjuntos para mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios

odontológicos por parte de las PVVS, cuya demanda ha ido en aumento en la región en los últimos años.

En el mismo año, Jiménez *et al.*⁴⁹, describieron el perfil epidemiológico oral y las necesidades de tratamiento odontológico en 53 pacientes VIH/SIDA atendidos en una institución en Cartagena de indias Colombia, por medio de la aplicación de un instrumento y del examen clínico donde se observó que el 59,9% de los individuos evaluados presentó una higiene oral calificada como regular, presentando cálculo supragingival el 66% de ellos y sangrado gingival el 15,1% en los órganos dentarios evaluados. En cuanto a las lesiones cariosas, el 92,5% de los participantes registraron presencia de caries. El 73,6% de los participantes tienen ausencia de órganos dentarios por causa de caries. En cuanto a las manifestaciones orales asociadas a VIH/SIDA la prevalencia general fue del 45,3%. Dentro de las necesidades de tratamiento odontológico, la totalidad de los individuos necesitaron atención odontológica. Un 60,4% necesitó 4 tipos de tratamientos diferentes. Por tanto, se hace evidente la falta de asistencia odontológica y atención oportuna.

En el 2013 Pérez⁵⁰, determino la cultura preventiva y la condición de salud bucal de los pacientes con VIH/SIDA atendidos en un hospital nacional en Perú, con una muestra de 250 pacientes de ambos sexos. El método utilizado para la recolección de datos fue de observación clínica y el cuestionario. Obteniendo que un 67,6% de los pacientes con VIH/SIDA en estudio presentaron un nivel de cultura preventiva en salud bucal bajo y un 58% una condición de salud bucal regular. La deficiente condición de salud bucal estuvo influenciada por los malos hábitos de higiene bucal y una falta de información sobre salud bucal.

2.1.4 Medidas de bioseguridad universales enfocadas en materia de VIH/SIDA.

En el año 2010, Bedoya²⁹, realizo una revisión de las normas de bioseguridad en la atención odontológica, con un enfoque en VIH/SIDA. Donde resalta que las medidas que deben ser seguidas para la atención segura de pacientes portadores o no de VIH/SIDA u otra condición transmisible son bastante completas. Las medidas

incluyen no sólo al paciente, sino también al personal de salud. Todo paciente debe ser atendido como de alto riesgo de infecciones, haciendo uso de las medidas de bioseguridad adecuadas y siguiendo los protocolos establecidos por cada entidad o gobierno.

Para el 2016, Jiménez *et al.*⁵¹, observaron los conocimientos y prácticas de los odontólogos, auxiliares e higienistas dentales frente a los riesgos biológicos a través de una entrevista directa a 130 odontólogos del servicio de sanidad pública en España en el cual, el 96,7% de los sujetos estudiados declaró que no tiene ningún inconveniente para tratar pacientes con VIH y el 85,7% considera que se debería tratar a todos los pacientes como potencialmente con VIH, sin embargo se evidenció que existen problemas de desconocimiento sobre riesgos biológicos, en especial en relación con el virus VIH, que pueden generar miedos y prácticas erróneas. Causa preocupación la escasa aplicación de los procedimientos recomendados para el control de infecciones, siendo un elemento indispensable para la prevención de infecciones.

2.2 Bases teóricas.

En este caso, giran alrededor de los conocimientos que debe poseer todo odontólogo para lograr una atención integral de las personas con el VIH/SIDA, los cuales abarcan desde principios básicos de la enfermedad, patologías relacionadas, estadios inmunológicos, tratamientos antirretrovirales, sus interacciones y efectos secundarios, así como un protocolo de procedimientos que el odontólogo debe seguir respecto a las características inmunológicas/infectológicas que el paciente presente, sin olvidar el aspecto cognitivo implícito en cada ser.

2.2.1 Definición de VIH/SIDA

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

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), fue reportado por primera vez a finales de 1981. Con el pasar de los años, la cantidad de personas infectadas se incrementó hasta considerarse pandemia; en estos individuos, el virus va debilitando el sistema inmune, de manera tal que van adquiriendo enfermedades⁵².

El HIV 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 HIV solo puede replicarse en el interior de las células, ordenando la reproducción a la maquinaria de la célula. Sin embargo, solo el HIV 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 HIV pertenece a un subgrupo de retrovirus llamados lentivirus, o virus lentos, ya que contiene los tres genes y presenta una enzima denominada transcriptasa inversa según Lamotte⁵³ 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 Occidental⁵⁴.

El VIH es una enfermedad crónica de curso progresivo, que produce una disminución de la resistencia inmunológica celular y permite desarrollar infecciones oportunistas y/o neoplasias malignas que a la larga pueden producir la muerte del individuo. Esta enfermedad cursa con varias etapas inmunológicas, siendo la última la aparición de un conjunto de signos y síntomas clínicos denominado Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)⁵⁵.

A nivel ultra estructural el HIV presenta numerosas proteínas, necesarias para el virus encontrando en su envoltura la gp120 y la gp41, esta última necesaria para la unión de la cepa 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 inversa⁵⁶.

2.2.2 Sistema inmunológico y componentes

Está compuesto por una variedad de células con funciones diferentes y que interactúan entre sí. Afirma Regueiro⁵⁶, 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 Tc no requieren de preactivación para poder lisar sus células diana⁵⁷.”

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 tóxicas⁵⁷.

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 linfoide. 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 secundarios⁵⁷.

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 organismo⁵⁸.

2.2.2.1 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. 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)⁵³.

Los tipos de células que afecta el virus 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, células dendríticas de la piel y las células de la microglía del cerebro)⁵⁷.

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. El virus 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 SIDA⁵⁸.

Los macrófagos y monocitos 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 el virus⁵⁹.

2.2.3 Etapas de la infección por el VIH

Las personas que viven con VIH cursa en varias etapas. Estas son⁵³:

1. Exposición al virus: A la semana primaria de contraer el virus, se produce una respuesta inmunitaria, que frena un poco la expansión del virus, pero no puede erradicar por completo al virus, que, aun presentándose una respuesta inmune poderosa, persistirán virus en los ganglios linfáticos⁵³.
2. Periodo Ventana: 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 síntomas⁵³.
3. Etapa 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 haber contraído el virus⁵³.
4. 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 virus⁵³.

5. Etapa 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 virus⁵³.

Vías de transmisión

El virus del VIH se transmite por tres vías principales:

1. El contacto sexual⁶⁰.
2. Por exposición a la sangre y a otros fluidos contaminados⁶⁰.
3. De la madre al hijo durante el periodo perinatal, llamado también transmisión vertical⁶⁰.

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. Otro tipo de transmisión está relacionada con el riesgo ocupacional, donde pueden infectarse los trabajadores que sufren accidentes por pinchazos con agujas que estén contaminadas⁶⁰. Así mismo, se ha identificado el VIH en la saliva, pero no se ha demostrado que sea una vía de transmisión, de tal manera que no se ha corroborado en investigaciones realizadas hasta ahora de algún caso de transmisión del virus; los casos conocidos, ya sean en odontólogos, higienistas, asistentes y técnicos casi siempre corresponden a individuos que pertenecen a grupos con comportamientos de riesgo⁶¹.

2.2.4 Pruebas de detección y control

La persona infectada con VIH puede mostrar o no sintomatología y características que no necesariamente estén relacionadas al virus a simple vista, por lo que el único medio para diagnosticar la enfermedad es a través de exámenes de laboratorio. Las pruebas serológicas permiten determinar la exposición al virus, principalmente son utilizadas la prueba ELISA (enzimo inmunoanálisis de adsorción) y el test Western blot las cuales permiten detectar la presencia de anticuerpos contra el VIH, en una muestra de sangre, lo que indica que la persona tiene el virus en su organismo ya que el sistema inmunitario responde a la infección por el VIH con la producción de anticuerpos contra ese virus⁶².

En cuanto las pruebas de control, actualmente se realizan como marcadores de la progresión de la enfermedad y para monitorear la efectividad de los tratamientos antirretrovirales encontrándose principalmente:

Recuento de linfocitos CD4

Análisis de laboratorio empleado para medir el número de linfocitos (células) T CD4 en una muestra de sangre. En las personas con VIH, es el indicador más importante de la función inmunitaria empleado en el laboratorio y la mejor prueba diagnóstica de la evolución del VIH. También se emplea para vigilar la respuesta al tratamiento antirretroviral (TAR)⁶².

Prueba de la carga viral

Prueba de laboratorio que mide la concentración del VIH en una muestra de sangre. Los resultados se notifican como el número de copias de ARN del VIH por milímetro de sangre. Las pruebas de la carga viral se emplean para diagnosticar la infección aguda por el VIH, guiar las posibilidades de selección del tratamiento y vigilar la respuesta al tratamiento antirretroviral (TAR)⁶².

2.2.5 Manejo odontológico 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 todo²⁴, estas características son:

- **Accesible:** es la capacidad de los servicios de estar a la disposición del paciente cuando este lo necesite²⁴.
- **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 vida²⁴.
- **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 persona²⁴.

Para el tipo de atención que corresponde a los niveles de prevención aceptados mundialmente, 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 tal⁶³.
- **Prevención Secundaria:** una vez que la enfermedad se presenta se puede aplicar lo siguiente:
 1. Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno⁶³.

2. Limitación de la incapacidad⁶³.

Prevención Terciaria: consiste en la rehabilitación e incluye.

3. Provisión de facilidades hospitalarias y comunitarias para adiestrar y educar⁶³.
4. Educación del público y la industria para emplear al rehabilitado⁶³.
5. Proporcionar terapia en los hospitales⁶³.
6. Ubicación selectiva⁶³.

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

1. Preventiva: Debido a las características inmunológicas particulares, la atención odontológica debe enfocarse principalmente en la prevención⁶³.

2. Curativa: a fin de evitar los daños o consecuencias originadas en la cavidad bucal, es necesario la curación de estas⁶³.

3. 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 psicosocial⁶³.

2.2.5.1 La Atención Integral en el VIH/ SIDA

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

1. Manejo Clínico (diagnostico precoz y acertado, que incluye pruebas, tratamiento racional y seguimiento)⁶⁴.
2. 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)⁶⁴.

3. 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)⁶⁴.

4. Apoyo social (información, provisión de apoyo por otros miembros de la comunidad, servicios de beneficencia, apoyo espiritual y asesoramiento legal)⁶⁴.

2.2.5.2 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 individual⁶⁴.
- Accesibilidad y disponibilidad: se preste atención apropiada y con vocación⁶⁴.
- 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 residencia⁶⁴.
- 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 cuidados⁶⁴.
- Eficiencia y eficacia: se preste atención que cumpla con los objetivos a costos razonables para la sociedad⁶⁴.

2.2.6 Bioseguridad en odontología

La 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, además, deben ser cumplidas con todo paciente, sin importar su condición social, raza, credo u orientación sexual⁶⁵.

Estas medidas incluyen los siguientes aspectos:

1. Uso de vestimenta y técnicas de barrera descritas⁶⁶.
 - 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 manos⁶⁶.
 - Debe usarse máscara quirúrgica (tapaboca), lentes de protección o máscara plástica hasta el mentón cuando se trabaja con saliva, sangre y fluidos corporales⁶⁶.
 - Es necesario el uso de gorro desechable, bata de laboratorio o uniforme ya que la vestimenta puede mancharse con sangre u otros fluidos⁶⁶.
 - 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 paciente⁶⁶.
2. 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 manos⁶⁶.

3. 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 resistentes⁶⁶.
- No debe intentarse tapar una aguja abierta porque se aumenta el riesgo de un pinchazo⁶⁶.
- 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 accidentes⁶⁶.

Indicación para la desinfección de alto nivel o para esterilización de instrumentos⁶⁶.

4. Métodos para un alto nivel de esterilización: Antes de la 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 limpieza⁶⁶.

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 esterilizado⁶⁶.

5. 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 aceptable⁶⁶.

6. 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 disolución⁶⁶. 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 paciente⁶⁶.

2.2.6.1 . 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 VIH⁶⁷.

2.2.6.2 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.

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.

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”.

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 especialista, quien determinara el tratamiento profiláctico más adecuado según las características de la exposición⁶⁷.

2.2.7 Bases legales

La salud bucal forma parte de la salud integral, la cual es necesaria resguardar como parte del ejercicio del derecho a la vida, la prevención en salud se considera componente del desarrollo y el bienestar social como está establecido en el artículo 1 del Código de Deontología Odontológica (1992)⁶⁸.

En Venezuela, el derecho a la salud está contemplado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) En el artículo 83 según el cual todas las personas tienen derecho a su protección en salud, el estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.

La asamblea nacional de la república bolivariana de Venezuela en el 2014 Decreta la Ley para la promoción y protección del derecho a la igualdad de las personas con VIH/SIDA y sus familiares⁶⁹, en la cual se establece en su artículo 9 que: la condición de salud de las PVVS son parte de su derecho a la vida privada por lo cual es de carácter estrictamente confidencial y no forma parte de la información

de los certificados de salud, por lo que la divulgación de dicha información sin el consentimiento del afectado será sancionada según lo establecido en el artículo 37. En cuanto a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud de las personas con VIH/SIDA, destaca en su artículo 19 que dichas personas deben disfrutar de condiciones de igualdad en el derecho y el deber de la salud como parte del derecho a la vida, incluyendo el área de la odontología, estableciendo que estas condiciones deben ser aplicadas en institutos privados y públicos prestadores de servicios de salud, prohibiendo la negación o condicionamiento de la atención y exigiendo un trato no discriminatorio. Los exámenes diagnósticos de VIH/SIDA deben ser con autorización del paciente y no podrán ser exigidos por el personal de salud salvo en las excepciones que lo ameriten cual está contemplado en el artículo 20.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

En el presente capítulo se describe la metodología utilizada a lo largo del estudio para responder el objetivo de ésta investigación. Al inicio, se presenta el tipo y diseño de la investigación, continuando con la estrategia de búsqueda, en la cual se especifica los descriptores, palabras claves, operadores lógicos, fuentes de información consultadas y los filtros utilizados; seguidamente, se presenta la estrategia de selección, en la cual se describen los criterios de inclusión considerados para la selección de la información y por último; se describe la estrategia de análisis, en la cual se explica en detalle el proceso de la evaluación metodológica del contenido de los estudios obtenidos a partir de la búsqueda en las distintas fuentes de información.

1.1 Tipo y diseño de investigación

Este estudio se basa en la observación y posterior descripción de la metodología y contenido de los diferentes documentos bibliográficos que abordan los aspectos asociados al tratamiento de pacientes con VIH/SIDA en la consulta odontológica, por lo cual es considerado un estudio de tipo descriptivo, con un diseño documental y un enfoque cualitativo según la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista⁷⁰.

1.2 Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de información en el lapso comprendido entre junio de 2018 y febrero de 2020 con el fin de dar respuesta al objetivo de la investigación.

1.2.1 Descriptores, operadores lógicos y palabras claves

Los descriptores utilizados para la búsqueda electrónica de documentos en inglés: *Medical Subject Headings* (MeSH) fueron: “*HIV*”, “*oral health*”, y “*epidemiology*”; mientras que en español se usaron los descriptores de las Ciencias de la Salud (DeCS): HIV, salud bucal, y prevalencia. Se utilizaron los operadores lógicos: “*AND*” y “*Y*” para la combinación de dichos descriptores. Asimismo, se utilizaron las palabras clave: nivel de conocimiento, bioseguridad, actitud del personal odontológico, panorama.

1.2.2 Fuentes de información

La búsqueda electrónica se realizó en las bibliotecas electrónicas: Cochrane, LILACS (vía Bireme), la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), en la base de datos MEDLINE (vía PubMed), bases de datos multidisciplinaria, entre ellas: Elsevier (vía ScienceDirect), Scielo, catálogo público electrónico de los Servicios Bibliotecarios de la Universidad de Los Andes (SERBIULA) y el buscador académico: Google Académico.

1.3 Criterio de selección

1.3.1 Estrategia de selección.

Se seleccionaron aquellos documentos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios con adecuada especificación de datos y procedimientos [cantidad de participantes, instrumentos de medición, fecha de publicación y nombre del autor(es)].
- Revisiones sistemáticas, artículos de investigación, tesis.
- Estudios realizados en población humana.
- Artículos publicados entre 2008 y 2020.
- Publicaciones en idioma español, inglés y portugués.
- Estudios referentes a la atención de pacientes VIH/SIDA en la consulta odontológica.

1.4 Estrategia de análisis

Se realizó una evaluación metodológica y de contenido de los documentos obtenidos a partir de las diferentes fuentes de información a través de las técnicas de lectura “*Skimming*” y “*Scanning*”, con el objetivo de descartar aquellos estudios que no cumplieran con los criterios de inclusión. Posteriormente los estudios fueron organizados cronológicamente y clasificados en categorías: panorama del VIH/SIDA, nivel de conocimiento, actitud y bioseguridad, para finalmente proceder a la lectura total y minuciosa de cada uno de los estudios y generar los resultados de esta investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

En este apartado, se exponen los resultados producto de la revisión de los estudios que reportan el abordaje de Pacientes con VIH/SIDA en la Consulta Odontológica. Dichos resultados son presentados de manera narrativa y en prosa, diagramas, tablas y divididos en dos grupos: el primero referente al panorama general del VIH/SIDA, estrategias, organizaciones y evolución del VIH/SIDA en el mundo, América Latina y Venezuela y el segundo grupo referente a los conocimientos, riesgos, atenciones, medidas de bioseguridad y actitudes del odontólogo ante pacientes portadores del VIH/SIDA, con esto se busca dar respuesta al objetivo de la investigación.

4.1 Descripción de los estudios

El proceso de selección de información de este estudio inicio en junio de 2018 y culminó en febrero del 2020, para ello se realizó una búsqueda sistemática en las diferentes fuentes de información electrónicas a partir de la cual se seleccionaron 100 posibles estudios afines a la investigación; luego de una revisión sistemática del contenido, se descartaron aquellos que incumpliesen con los criterios de inclusión y aquellos documentos duplicados, contando finalmente con un total de 70 estudios. En el diagrama 1. puede observar detalladamente el número de documentos encontrados y seleccionados por cada fuente de información.

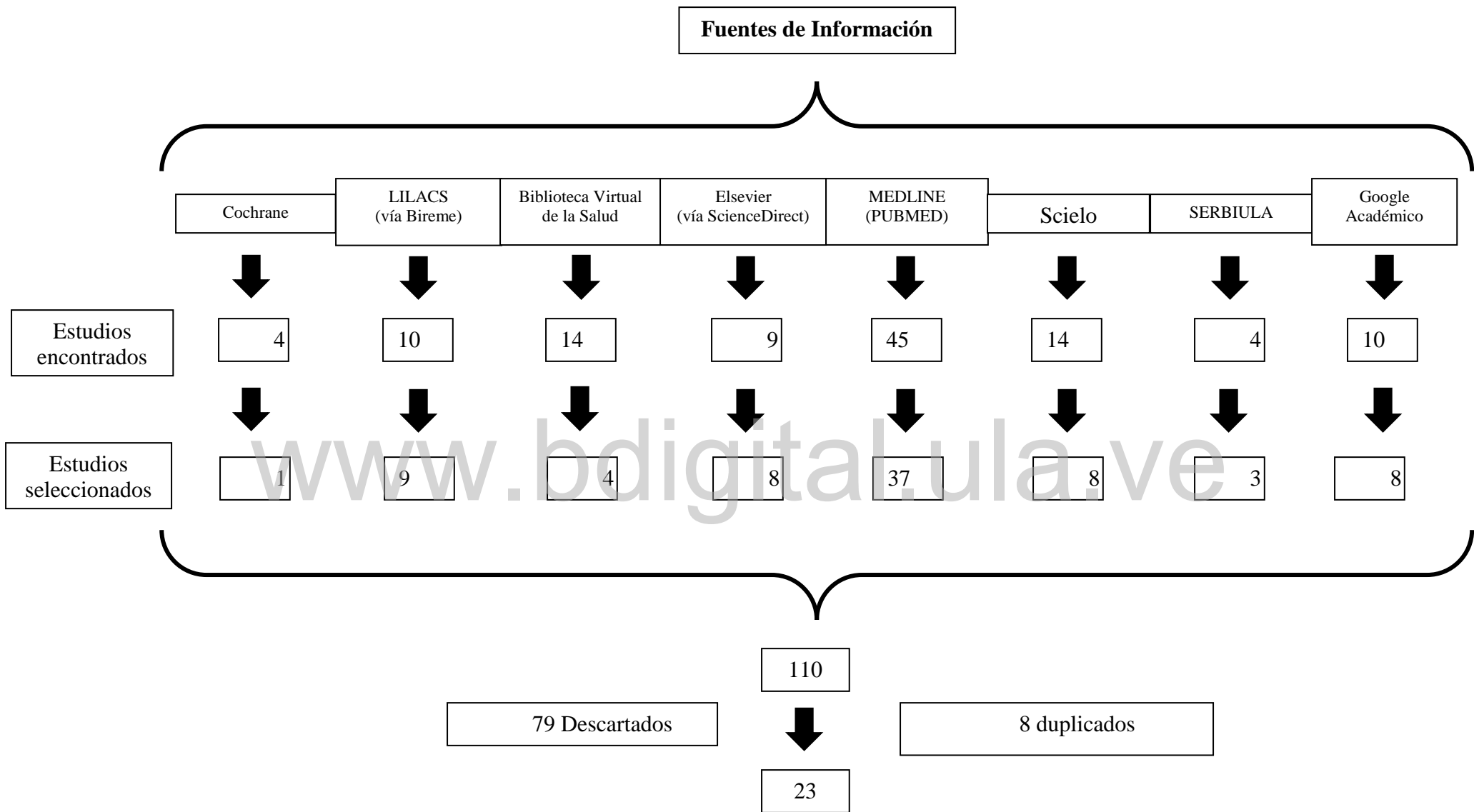


Diagrama 1. número de documentos encontrados y seleccionados por cada fuente de información.

4.1.1 Panorama general del VIH/SIDA en el mundo, América Latina y Venezuela

En cuanto al panorama del VIH/SIDA, se presentan los resultados de las investigaciones en orden, desde loglobal, regional (Latinoamérica y el caribe) hasta llegar a los estudios realizados en Venezuela en orden cronológico desde los más antiguos hasta los más recientes. Se encontraron 8 artículos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, en los cuales se evidenció una disminución en la prevalencia, incidencia, y muerte de pacientes que viven con VIH/SIDA a nivel mundial, exceptuando a la República Bolivariana de Venezuela, en donde, por el contrario, se evidencio un aumento en todos los índices epidemiológicos antes nombrados.

A continuación, se presentan los resultados en la tabla 1.

N°	Año / Autor	Objetivo	Resultado	Conclusiones
1	2015 ONUSIDA ⁷¹	Presentar las estadísticas mundiales sobre el VIH.	En el 2014, aproximadamente 36.9 millones de personas vivían con el VIH en el mundo, un estimado de 1.7 millones de personas, incluyendo 33.000 niños, vivían con el VIH en Latinoamérica y en el Caribe hay un estimado de 280.000 viven con el VIH.	Desde el 2010 ha disminuido número de nuevas infecciones por el VIH a nivel global. El grupo de riesgo para el control de la epidemia del VIH en Latinoamérica incluye a las trabajadoras sexuales, y hombres que tienen sexo con otros hombres.
2	2019 ONUSIDA ⁷² .	Presentar las estadísticas mundiales sobre el VIH del año 2018.	Aproximadamente 37.9 millones de personas vivían con el VIH En 2018, a nivel mundial.	Desde 2010, las nuevas infecciones por el VIH descendieron alrededor de un 16%, desde 2,1 millones hasta 1,7 millones en 2018.
3	2016 ONUSIDA ⁷³ .	Presentar las estadísticas de Latinoamérica y el Caribe sobre el VIH del año 2015.	En 2015, un estimado de 2 millones de personas vivían con el VIH en América Latina.	La cifra de nuevas infecciones por el VIH no sufrió ningún cambio entre 2010 y 2015. Entre 2010 y 2015, el número de muertes relacionadas con el sida en la región disminuyó en un 18%.
4	2010	Presentar un panorama	En México hay 220,000 personas	La epidemia del VIH/SIDA se

	Izazola <i>et al.</i> ³⁴ .	epidemiológico del VIH y el SIDA en México.	adultas infectadas por el VIH, de las cuales el 60% corresponden a hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH), el 23% a mujeres heterosexuales y el 6% a clientes de trabajadoras sexuales, principalmente heterosexuales. El 3.3% correspondió a trabajadoras y trabajadores sexuales, y el 5% a varones heterosexuales. Mientras que los usuarios de drogas inyectadas y las personas privadas de su libertad contribuyeron con el 1.3 y el 1.5%, respectivamente,	mantiene estable en México, y se concentra en grupos que tienen prácticas sexuales de riesgo. Se requiere mejorar el acceso y la calidad de los servicios de atención integral a las personas que viven con el VIH/SIDA e ITS.
5	2011 Programa Nacional de SIDA/ITS ³⁵ .	Dotar al personal de salud, a los diferentes movimientos sociales, y a las comunidades organizadas que trabajan en la prevención de información básica sobre el VIH/Sida/ITS	No se encontraron estudios de prevalencia de VIH en población general.	Sólo proyecciones de estimaciones sobre prevalencia e incidencia del VIH para el período 1993-2015. Se estima que la epidemia de VIH es de tipo “concentrada”, es decir que su mayor presencia está en los grupos especialmente vulnerables: hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras/es sexuales

6	2016 Carvajal ³⁶ .	Venezuela		Para el año 2013, la tasa de mortalidad asociada a las personas con VIH fue de 21,8%, para el año 2015 con respecto al año 1996 aumento un 96%, pasando de 4.4 a 8.4 personas con el virus por cada 100.000 habitantes. Para el 2016 ya existían más de 120.000 casos reportados en el país.	Después de 30 años de la epidemia del VIH en Venezuela, las políticas sanitarias no han sido suficientes para detener el avance de la enfermedad, lo que evidencia el fracaso del programa nacional de salud.
7	2017 Acción Ciudadana contra el Sida ⁷⁴ .	Venezuela	Conseguir y compartir información de las estadísticas de salud censurada en Venezuela.	En Venezuela hoy en día hay cerca de 120.000 personas que viven con VIH. La prevalencia nacional en adultos es más alta que el promedio regional en Latinoamérica. El número de muertes en Venezuela relacionadas con el SIDA ha aumentado casi tres cuartos, de 1900 en 2011 a 3300 en 2016. Al mismo tiempo, el número de muertes evitadas debido a los ARV ha caído casi un cuarto, de 3500 en 2011 a 2700 en 2017. Con 6.500 nuevas infecciones en 2016.	El Programa Nacional de SIDA en Venezuela, alguna vez puesto como ejemplo, ha colapsado con una escasez crónica de medicamentos y falta de condones y pruebas de diagnóstico, poniendo a miles de personas en riesgo de enfermedades prevenibles y muerte.
8	2018 ONUSIDA ⁷⁵ .	Venezuela	Presentar las estadísticas de la República Bolivariana de Venezuela sobre el VIH.	Se estima que alrededor de 120.000 personas viven con VIH en Venezuela	Desde el 2010, se registró un aumento del 24% en la incidencia de VIH. La economía ha obstaculizado la capacidad de comprar y adquirir medicamentos, así como suministros para la prueba y prevención del VIH. Esto ha causado escasez de medicamentos antirretrovirales y medicamentos para tratar infecciones oportunistas, así como condones masculinos y femeninos y pruebas para el diagnóstico de VIH, CD4 y pruebas de resistencia viral y de carga viral.

Tabla 1. Panorama general del VIH//SIDA en el Mundo, América Latina y Venezuela

4.1.2 Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del personal odontológico con respecto al VIH/SIDA

El conocimiento hace referencia a todas aquellas nociones que permiten la conceptualización de determinados tópicos, en el área de la Odontología se considera que el nivel de conocimiento por parte de estudiantes y profesionales sobre el VIH/SIDA es adecuado, pues hay un buen manejo en lo referente a vías de transmisión, etapas de la infección, entre otros. Sin embargo, existe una deficiencia en las medidas de control de infección durante la práctica odontológica, ya que hay un vacío en lo concerniente al dominio del conocimiento necesario para detectar mediante el examen clínico al paciente VIH/SIDA⁶, por lo que se considera de gran importancia aumentar el nivel de conocimiento en cuanto a la atención de pacientes eventualmente portadores de este virus^{20,24}.

Por su parte, la actitud es un grado de afecto a favor o en contra de un objeto o valor, este se considera es un estado mental y nervioso de disposición adquirida a través de la experiencia que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre las respuestas del individuo a toda clase de objetos o situaciones con las que se relaciona, esta se puede medir en respuestas positivas, actitud negativa, actitud neutra⁶⁷. La mayoría de los expertos en el área odontológica presentó una actitud negativa al momento de atender a los pacientes con este virus debido a distintos a un carácter estigmatizante y a factores, entre ellos el bajo nivel de experiencia, generación de estrés y temor al contagio^{9,76,77,78}. Asimismo, se reportó que el nivel de rechazo hacia pacientes con VIH/SIDA fue mayor que el de médicos y enfermeras¹⁶.

Así, a partir de la evidencia científica obtenida, se muestra que con la aplicación de programas especiales en estudiantes de odontología podían mejorar su conocimiento y actitud en la atención del paciente infectado^{39, 3}, pues se considera que los pacientes que padecen este virus deberían ser atendidos en la consulta teniendo el derecho de respeto y dignidad de cualquier otro paciente, siendo importante además la realización de una prueba rápida del VIH en la clínica dental^{14,30}. A continuación, se presentan los resultados en la tabla 2, 3 y 4.

www.bdigital.ula.ve

N°	Año / Autor	Objetivo	Metodología	Resultados				Conclusión
				Excelente	Bueno	Regular	Malo	
1	2008 Gutierrez ²¹	Determinar el nivel de conocimiento sobre las patologías bucales asociadas a SIDA y la actitud de odontólogos y médicos de Centros de Salud y Clínicas Previsionales hacia portadores de VIH/SIDA, del Departamento de León en el año 2007 – 2008	Se realizó un test de conocimiento a 31 Odontólogos y 31 Médicos generales y especialistas para conocer el nivel de conocimiento	x	x	x		Tanto médicos como odontólogos presentan un nivel de conocimiento entre excelente y bueno, sin embargo, son los médicos con menos años de experiencia laboral los que tienen mayor nivel de conocimiento, en comparación con los odontólogos que mantienen el mismo nivel de conocimiento sin importar la experiencia laboral
2	2012 Clavera et al. ⁷⁹	Identificar el nivel de conocimiento de estomatólogos y Técnicos de Atención Estomatológica (TAE), sobre las enfermedades de transmisión y sus vías de contagio en la consulta Estomatológica	Se aplicó una encuesta a 38 estomatólogos y 33 TAE.		x			Los estomatólogos y TAE poseen un nivel de conocimiento bueno en cuanto a enfermedades de transmisión sexual, las vías de transmisión.
3	2013 Rodríguez et al. ²⁴	Observar el nivel de conocimiento sobre la atención a personas con el	Encuesta aplicada a 51 sujetos entre estudiantes y profesionales de la			x		La mayoría de los estudiantes posee conocimientos básicos sobre la conceptualización del VIH/SIDA, sus medios de transmisión y las patologías

		VIH/SIDA que poseen los estudiantes del quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo	odontología					asociadas. Sin embargo no hay una asignatura que contemple el diseño de planes de tratamientos, información sobre normas de bioseguridad y atención odontológica a personas con VIH.	
4	2018 Lee et al ⁸⁰ .	Determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo de paciente con VIH/sida en Estomatología por parte del personal técnico y profesional de la Clínica Estomatológica "Julio Antonio Mella" de la provincia Guantánamo Cuba.	Se realizó un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 26 personas que mostraron la disposición en llenar el cuestionario. Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema. Los datos primarios se obtuvieron de una planilla encuesta confeccionada por los autores				X	X	Predominó el conocimiento insuficiente tanto en técnicos como en profesionales, mientras que la minoría mostró un nivel de conocimiento medianamente suficiente.

Tabla 2. Relación entre el nivel de conocimiento del personal odontológico con respecto al VIH/SIDA

N°	Año / Autor	Objetivo	Metodología	Actitud			Conclusión
				Respuesta Positiva	Respuesta Negativa	Actitudes Neutras	
1	2016 Rázuri <i>et al.</i> ⁴² .	Determinar la actitud de los estudiantes de la clínica estomatológica de la Universidad de Huánuco frente al manejo de pacientes con VIH/SIDA.	Se aplicó un cuestionario de 12 preguntas a 60 alumnos de la clínica estomatológica de IX y X ciclo		X		Los alumnos de la clínica estomatológica de IX y X ciclo no tienen actitud adecuada para el tratamiento de pacientes de VIH- SIDA

Tabla 3. actitud del personal odontológico con respecto al VIH/SIDA

www.bdigital.ula.ve

Año / Autor	Objetivo	Metodología	Nivel de conocimiento				Actitud			Conclusión
			Excelente	Bueno	Regular	Malo	Respuesta Positiva	Respuesta Negativa	Actitudes Neutras	
2010 Marcano <i>et al.</i> ²² .	Describir el conocimiento y actitud de los estudiantes sobre el VIH/SIDA	Se aplicó un cuestionario a alumnos del último año de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba		x				X		La mayoría de los estudiantes demostraron tener un nivel de conocimiento bueno sobre el VIH/SIDA, sin embargo el nivel de conocimiento no estuvo directamente relacionado con la actitud hacia la atención de pacientes que viven con VIH/SIDA.
2011 Mascolo <i>et al.</i> ⁸¹ .	Evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y percepciones de una muestra de estudiantes de pregrado que cursaban el primer año de las carreras de odontología y medicina de la Universidad Central de Venezuela, con respecto a las infecciones de transmisión sexual.	Se aplicó un cuestionario a 120 estudiantes de pregrado de las carreras de odontología y medicina de la Universidad Central de Venezuela, con el fin de explorar el conocimiento, actitudes y percepciones sobre infección VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual.		x			X			La mayoría de los encuestados poseen un nivel de conocimiento bueno en cuanto a las ITS y el VIH/SIDA. Con respecto a las actitudes y percepciones de los estudiantes acerca del VIH/SIDA e ITS, se observó que la mayoría presenta una correcta actitud y percepción sobre el VIH/SIDA e ITS.
2018 Saliba <i>et al.</i> ⁸²	Evaluar el conocimiento de las enfermedades y la existencia de actitudes discriminatorias de los académicos en odontología frente a la presencia del sida y Hepatitis	Estudio exploratorio de corte transversal realizado en una facultad pública de odontología, con una muestra compuesta por 462 (88 %) académicos que aceptaron participar de la investigación. Para recolectar los datos, se utilizó un cuestionario semiestructurado autoaplicable,		x			X	X		Se verificó que, la mayoría de los académicos afirma tener conocimiento sobre el sida y la Hepatitis B, Sobre las actitudes de los académicos frente al tratamiento odontológico de pacientes infectados

por el Virus de Inmunodeficiencia, afirman atender; sin embargo, parte considerable de los alumnos piensa que existen diferencias en conductas clínicas a seguir.

Tabla 4. Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del personal odontológico con respecto al VIH/SIDA

1.4.1 Normas de bioseguridad en la atención odontológica de pacientes con VIH/SIDA

La bioseguridad es considerada una doctrina de comportamiento que está dirigida al logro de actitudes y conductas con la finalidad de minimizar el riesgo de enfermar a quienes prestan sus servicios en el área de la odontología⁸³. Por ello, constantemente se llevan a cabo actividades diagnósticas, de promoción y prevención, de vigilancia epidemiológica y las normas de bioseguridad⁸⁴. con respecto a pacientes que poseen algunas enfermedades, como lo es el caso particular de pacientes con VIH/SIDA. Por lo tanto, es de suma importancia que el odontólogo no solo sea experto en el área clínica, sino que también garantice su seguridad y la de sus pacientes. Se muestran a continuación las normas de seguridad universales enfocadas en materia de VIH/SIDA en la consulta odontológica.

N°	Año / Autor	Objetivo	Metodología	Barreras de Protección	Métodos de desinfección	Conclusión
	2008 García <i>et al.</i> ⁸⁵ .	Determinar el grado de conocimiento que tienen los estudiantes de cuarto año de la carrera de odontología de la UNAN- León en el año 2008 sobre las barreras de protección y su forma de empleo ante enfermedades infecciosas como VIH SIDA y VHB	Se realizó una encuesta a 53 estudiantes del cuarto año de la carrera de Odontología en el año 2008 en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.	x		Las personas encuestadas poseen un amplio conocimiento en cuanto a las barreras de protección, su forma de utilización como la importancia de las mismas.
	2009 Castillo <i>et al.</i> ⁸⁶ .	Analizar qué conocimientos tienen los alumnos sobre los riesgos a los que están expuestos, cómo prevenirlos y actuar ante la situación de un accidente durante la práctica clínica	Se aplicó un cuestionario a alumnos del último año de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba			se observó falta de conocimiento acerca de las medidas preventivas primarias, así como falta de notificación por parte de los alumnos de la ocurrencia de un accidente de trabajo con objetos punzocortantes
	2010 Bedoya ²⁹ .	Realizar una revisión de las normas de bioseguridad en la atención odontológica, con un enfoque en VIH/SIDA.	Se realizó una revisión sistemática de la literatura en la cual se abordaron las normas de bioseguridad en la atención odontológica.	x	x	Todo paciente debe ser atendido como de alto riesgo de infecciones, haciendo uso de las medidas de bioseguridad adecuadas y siguiendo los protocolos establecidos por cada entidad o gobierno.
	2017 Sans <i>et al.</i> ⁸⁷ .	Determinar el nivel de conocimientos de estomatólogos sobre bioseguridad y el principio bioético de justicia en el tratamiento a pacientes con VIH, en el Policlínico Universitario Epifanio Rojas Gil, en el municipio San Luis, provincia de Pinar del Río.	se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal; el universo estuvo constituido por 25 estomatólogos. Los resultados obtenidos fueron llevados a una base de datos utilizando la estadística descriptiva y fueron organizados, resumidos y presentados en tablas de distribución de frecuencias aplicando el método porcentual			Los conocimientos de los estomatólogos sobre aspectos bioéticos según su formación profesional no eran satisfactorios; tampoco fueron suficientes los conocimientos sobre normas de bioseguridad en el tratamiento del paciente

Tabla. 5. Normas de bioseguridad en la atención odontológica de pacientes con VIH/SIDA

N°	Año / Autor	Objetivo	Metodología	Nivel de conocimiento				Bioseguridad		Conclusión
				Excelente	Bueno	Regular	Malo	Barreras de protección	Metodos de desinfeccion	
	2011 Aguilera et al. ⁸⁸ .	Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas del uso de barreras de protección en los odontólogos de la ciudad de Chinandega y sus municipios.	Se realizó un instrumento de recolección de datos de preguntas cerradas que fue aplicado a los odontólogos que ejercen en clínicas privadas los municipios de Chinandega México		X			X		La mayoría de los odontólogos del departamento de Chinandega y sus municipios tienen buen conocimiento sobre las enfermedades infectocontagiosa que se podrían adquirir en el consultorio odontológico como herpes simple, hepatitis y HIV. La mayoría de los encuestados presentan una actitud positiva ante el uso de barreras de protección.
	2013 Betancout et al. ⁸⁹ .	Determinar el nivel de conocimientos de estomatólogos sobre bioseguridad y el principio bioético de justicia en el tratamiento a pacientes con virus de inmunodeficiencia humana.	Se aplicó un cuestionario a 45 profesionales que laboraron en consultorios estomatológicos de tres parroquias en Caracas, Venezuela,			X				El nivel de conocimientos sobre el principio bioético de justicia y sobre las medidas de bioseguridad para tratar a pacientes que viven con el virus de inmunodeficiencia humana es insatisfactorio en más de la mitad de los estomatólogos encuestados
	2016 Ezzi et al. ²⁶ .	Describir el nivel de conocimiento sobre la atención a los pacientes con VIH/SIDA de los estudiantes de quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes.	Se realizó un cuestionario de 35 preguntas cerradas a 124 estudiantes de ambos géneros		X					La mayoría de los estudiantes poseen un nivel de conocimiento regular sobre las vías de transmisión del VIH. La mayoría de los estudiantes poseen un nivel de conocimiento malo en cuando a las medidas de bioseguridad para la atención pacientes VIH/SIDA.

Tabla 6. Nivel de conocimiento y normas de bioseguridad en la atención odontológica de pacientes con VIH/SIDA

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Con relación al panorama general del VIH/SIDA a nivel mundial y en Venezuela, se observó diferencias significativas en la información publicada que aborda ambos panoramas, siendo la epidemia a nivel mundial ampliamente documentada, coincidiendo con lo descrito por ONUSIDA^{71,72}, mientras que en el caso del panorama general de VIH/SIDA en Venezuela se evidencio una carencia de datos oficiales que documenten la situación actual de la epidemia, concordando con lo reportado por ACCSI³⁷. Esta diferencia en los datos podría estar asociada a la emergencia humanitaria compleja que presenta actualmente Venezuela, ya que mientras que a nivel global las políticas en salud pública se evocan a generar estrategias para la contención y erradicación de la epidemia del VIH/SIDA como meta del nuevo milenio, en Venezuela, las fuentes no oficiales (organizaciones sin fines de lucro, grupos de apoyo) refieren que las políticas en salud pública no son adecuadas para la contención y erradicación de la enfermedad, lo cual se evidencia en la carencia de reportes oficiales por parte de los entes encargados desde el año 2014 lo que hace incierto conocer el estado actual de la epidemia en el país, aunado a esto existe un sesgo por parte del estado venezolano con respecto a las estadísticas oficiales del programa nacional de VIH/SIDA.

En cuanto a el conocimiento y la actitud de los profesionales de la Odontología hacia los pacientes VIH/SIDA, se evidencia que en general los odontólogos poseen un buen nivel de conocimiento^{16,25,41} en cuanto a la infección por VIH, sin embargo el nivel de conocimiento no está directamente relacionado con la actitud del personal de la odontología, la cual en la mayoría de los casos es negativa como se evidencia en los resultados obtenidos en investigaciones previas en la universidad de los andes, Mérida-Venezuela²².

A nivel de Latinoamérica se evidencio que la mayoría de estudios publicados sobre nivel de conocimiento y actitud ante el VIH/SIDA fueron realizados en

universidades peruanas^{11,28,41,42,50,63,64,66}, en contraste con la situación particular de Venezuela^{22,24,26} en donde existen limitaciones para la publicación y obtención de datos, como consecuencia de la situación socioeconómica que atraviesa.

En lo concerniente a medidas de bioseguridad universales encontramos que Garcia⁸⁵ reporta un buen nivel de conocimiento y aplicación de las mismas en contraste con los estudios de Castillo⁸⁶ y Sans⁸⁷ quienes aseguran que el profesional de la odontología posee un conocimiento insatisfactorio lo que se traduce en una deficiencia en su aplicación, aumentando el riesgo biológico a diseminar y contraer el VIH.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- Actualmente, no existe un consenso mundial establecido en cuanto al abordaje de pacientes VIH/SIDA en la consulta odontológica.
- El panorama general del VIH/SIDA a nivel mundial se encuentra ampliamente documentando con tendencia a la disminución de la prevalencia y la incidencia de casos, mientras que el panorama de la epidemia en Venezuela es incierto debido a la falta de documentación por parte de los entes oficiales y no oficiales, los pocos datos obtenidos a través de organizaciones no gubernamentales reportan un aumento en el número de casos, infecciones oportunistas y tasa de mortalidad con respecto al virus.
- El nivel de conocimiento sobre las vías de infección del VIH/SIDA que poseen los profesionales de la odontología es bueno, sin embargo, se observaron actitudes negativas al momento del abordaje de estos pacientes, lo que evidencia que el nivel de conocimiento no está directamente relacionado con la actitud hacia las PVVS.
- Existe una actitud discriminatoria y de rechazo a los pacientes VIH, por los profesionales y estudiantes de las ciencias odontológicas, demostrando una falla en la concientización y sensibilización del personal sobre dicha infección.

6.2 Recomendaciones

- Se hace oportuna la creación de herramientas didácticas como por ejemplo un manual que describa paso a paso como debe ser el abordaje del paciente VIH/SIDA en la consulta odontológica.
- Se recomienda crear campañas de concientización y sensibilización al personal odontológico en materia e VIH7SIDA que permita disminuir la discriminación a las PVVS en la consulta odontológica
- Es indispensable contar con un pensum de estudio detallado y un área clínica adecuada para la atención de pacientes con VIH7SIDA en la carrera de odontología en las universidades venezolanas

6.3 Limitaciones

Durante el desarrollo de este estudio surgieron ciertos problemas y aspectos limitantes que significaron momentos cuestionables. Algunos de ellos atribuibles al investigador y otros que van más allá de los recursos y herramientas disponibles.

- Algunos de los estudios localizados para esta revisión sistemática, resultaban de poca calidad y carecían de pautas que podían hacer cuestionable su arbitraje para la publicación en revistas científicas.

En Venezuela existe un sesgo de información y una falta de especificidad de datos que dificultaron documentar la situación actual del VIH/SIDA en debido a que atraviesa una emergencia humanitaria compleja

REFERENCIAS

1. Aguirre J, Echebarría M, Eguía A. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9:148-57.
2. Pinzón E, Bravo S, Méndez F, Clavijo G, León M. Prevalencia y factores relacionados con la presencia de manifestaciones orales en pacientes con VIH/SIDA, Cali, Colombia. *Colomb Med.* 2008; 39: 346-55.
3. Marchán M, Seijo M. El SIDA: Su repercusión en Estomatología. *Rev. Cubana Estomatol* [Internet]. 2000;37(3):171-175. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072000000300007&lng=es.
4. Elizondo, J. Treviño, A. Violant, D. Rivas, A. y Alvarez, Moises. Hombres que tienen sexo con hombres y detección del virus de la inmunodeficiencia humana en odontología. *Gac Sanit. México*, 2018;32(3)
5. Acosta B. Atención al paciente VIH/SIDA: legislación y bioseguridad odontológica en Colombia. *Acta bioeth.* [Internet]. 2006; 12(1):23-28. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100003&lng=es.
6. Márquez M. Manifestaciones Bucales de VIH/ SIDA Guía Odontológica. Congreso de Patología Bucal. Caracas 1995.
7. Tamí I, Agüero M, Estupiñán S. Estudio piloto sobre políticas de salud bucal y VIH. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2009;26(6):536-540. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001200009&lng=en.
8. Dávila M, Gil M. Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA. *Acta Odontol Venez.* 2007; 45(2): 234-9. 4.

9. Magis C, Esquivel L, Fernández L. Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH en la práctica odontológica. Rev ADM. 2000 Dic; 57(6): 214-7.
10. Betancourt A, Nodal C, García J, Ferrer D, Álvarez E. Ética y bioseguridad en la atención estomatológica al paciente con virus de inmunodeficiencia humana. Medisur [revista en Internet]. 2013; 11(1). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2303>.
11. Tuesta S. Actitud del cirujano dentista en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA en la ciudad de Trujillo 2010 [Tesis]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2010
12. Gonçalves, K y Arruda, R. El estado civil como factor determinante en la actitud del profesional odontológico con respecto a la asistencia a pacientes VIH positivos. Acta Odontológica Venezolana. Venezuela. 2014; 52(1).
13. Martínez M, Rodríguez-Morales A. Conocimiento, actitudes y percepciones sobre VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual en estudiantes ingresados a odontología y medicina de una universidad venezolana. Rev Médica de Risalda. 2011; 17(2): 70-76
14. Guerra M. Atención odontológica a niños VIH (+).Archivos Venezolanos de Puericultura y pediatría. 2001; 64(4): 201-208
15. Pasquale A. Monestiroli D. Montero J. Montes I. Mora M. Conocimiento, actitudes y percepciones sobre VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual en estudiantes ingresados a odontología y medicina de una universidad venezolana Revista Médica De Risaralda, 2011; 17(2):76-76.
16. Dávila M, Gil M. Actitud de los odontólogos hacia las personas que viven con VIH/SIDA. Odontol. Prev. 2008; 1(2):90-6.
17. Jason D, Mark D, Adam S, Daniels D. Dental Students Treating Patients Living with HIV/AIDS: The Influence of Attitudes and HIV Knowledge. Journal of Dental Education 2009; 74(4) 437-444. 1(2):90-6.
18. Ozge T, Yesim S, Timucin B, Rabin S, Ata N. Knowledge, attitudes and behavior of students from a medicine faculty, dentistry faculty, and medical

- technology vocational training school toward HIV/AIDS International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 2010;23(2):153 – 160.
19. Esquivel P, Fernández L, Magis C. Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica odontológica. Rev ADM 2000; 57 (6).
 20. Gómez G, Grimaldi C, Lara N. Conocimiento y actitudes de los odontólogos frente al SIDA. Rev ADM 2001; 58 (3).
 21. Gutiérrez L. Nivel de conocimiento que tienen los odontólogos y médicos sobre patologías bucales asociadas a VIH- SIDA de centros de salud y clínicas previsionales del departamento de león y la actitud de ellos hacia pacientes VIH-SIDA en el año 2007- 2008.[tesis] Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León. Nicaragua 2008. Disponible en <http://hdl.handle.net/123456789/4764>.
 22. Marcano A, Uzcategui J. Conocimiento y actitud de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad De los Andes sobre el VIH/SIDA. [Tesis] Universidad de los Andes Venezuela.2010.
 23. Acosta B, Pérez E, Mueses H, Pinzón E, Shor G. Actitud de los estudiantes en tres facultades de odontología en Santiago de Cali, Colombia, frente a pacientes con VIH. Acta bioeth. [Internet]. 2011; 17(2): 265-271. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000200013&lng=es.
 24. Rodríguez R. 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] Universidad de Carabobo Venezuela. 2013. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/842>
 25. Herrera M, Vela J, Zúñiga F, 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] Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú. 2014. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/312>

26. Ezzi, S. Rodríguez, J. Nivel de conocimiento sobre la atención a los pacientes con VIH/SIDA de los estudiantes de quinto año, período lectivo u-2014, de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes. [Tesis] Universidad de los Andes. Venezuela: 2016.
27. Dávila M, Tagliaferro Z, Parra H, Ugel E. Diagnóstico bucal de las personas que viven con VIH/SIDA Revista Odontológica De Los Andes 2009; 4(2):13-20.
28. Herreros M, Vela J, Zúñiga Nivel de conocimientos y actitudes de los estudiantes de Odontología frente a la atención de pacientes con VIH/SIDA [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú: 2015.disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/388/1/TL_HerreraMej%C3%ADa_VelaAquino_Z%C3%BA%3%B1igaD%C3%A1vil a.pdf.
29. Bedoya G. Revisión de las normas de bioseguridad en la atención odontológica, con un enfoque en VIH/SIDA Universitas Odontológica. 2010; 29(62):45-51.
30. Ranganathan k, Hemalatha R. Oral Lesions in HIV Infection in Developing Countries: an Overview. Adv Dent Res: 2006:19:63-68
31. Bravo I, Correnti M, Escalona L, Perrone M, Brito A, Tovar V, Rivera H. Prevalence of oral lesions in HIV patients related to CD4 cell count and viral load in a Venezuelan population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal: 2006; 11:E33-9.
32. Godoy G. Conocimiento sobre la transmisión ocupacional del VIH y las normas de bioseguridad en profesionales de la salud. Rev Nac Itaguá. 2010; 2(2): 21-29.
33. Uribe A, Orcasita L. Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidades y autoeficacia frente al VIH/SIDA en profesionales de la salud. Avances de enfermería. 2011; 29(2): 271-284.
34. Izazola L, Magis R, Bravo G, Ortiz M, Rivera R, García L. Avance y retos de la prevención y el control del SIDA en México. Gac Med Mex 2010; 146 (6).

35. Programa Nacional de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida e infecciones de Transmisión Sexual. Guía nacional para la prevención del VIH/SIDA/ITS. Venezuela 2011.
36. Carvajal C, Rísquez A, Oletta José y Godoy O. Epidemiología del VIH en Venezuela desde 1983 a 2016. *Med Interna (caracas)*. 2019; 35 (2).
37. Organización canadiense de política global sobre cuestiones relacionadas con el VIH (ICASO) Y Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI). [Informe] Peligro triple: Resurgimiento de epidemias, un sistema fallido de salud pública y la indiferencia global sobre la crisis en Venezuela. 2017. Disponible en:http://www.icaso.org/wp/wp-content/uploads/2017/10/peligro_triple_sumario.pdf
38. Barreiros, M. Guimarães M. Pordeus, I. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*, 2005.21 (1), 217-25.
39. Bestard D, Placeres M, Hernández A, Sánchez R. Modificación en la información sobre la infección por VIH/SIDA del personal estomatológico en 10 años. *Arch Méd Camagüey* [internet]. 2009.; 13(3).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552009000300012&lng=es&nrm=iso
40. Infante C, Zarco A, Cuadra S, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, Magis C. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública Mex* 2006; 48:141-150
41. Quilcate A. Nivel de conocimiento de los estudiantes de estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego sobre la atención estomatológica en pacientes con VIH/SIDA. [Tesis]. Trujillo Universidad Privada Antenor Orrego peru: 2015
42. Rázuri E. Actitud de los estudiantes de la clínica estomatológica frente al manejo de pacientes con VIH/SIDA de La Universidad de Huánuco. [Tesis]. Huánuco: Universidad de Huánuco. Peru: 2016.

43. Patton L, Santos V, McKaig R, Shugars D, Strauss R. Education in HIV risk screening, counseling, testing, and referral: survey of US dental schools. *Journal of dental education*, 2002 66(10), 1169-1177
44. Antela A. Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/Sida para equipos de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe. Washington.2004: OPS, 3-18
45. Tovar V, Guerra M, Araujo A, Ibarra G. Asistencia odontológica a personas VIH/SIDA en el centro de atención a personas con Enfermedades Infectocontagiosas, de la universidad central de Venezuela. *Acta Odontológica Venezolana*. 2008. 46(3).
46. Duarte, R. Loya, M. Sanín L. López S. Accidentes por objetos punzocortantes en estudiantes de una escuela de odontología. *Cienc Trab*, 2006.8 (21), 131-134
47. Santana Y, Navas R, Moron A, Chaparro N, Garcia R, Suarez I. Condiciones de salud-enfermedad bucal en pacientes Adultos VIH/SIDA. *Acta Odontológica Venezolana*, 2008. 46(2).
48. Dávila, M. de González M. Garrido, E. Experiencia y opinión de las personas que viven con VIH/SIDA sobre la atención odontológica. *Revista Odontológica de Los Andes*.2010. 5(1), 5-12.
49. Jiménez M, Fang L, Diaz A. Perfil epidemiológico oral y necesidad de tratamiento odontológico de pacientes VIH/SIDA. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2012. 5(2), 97-103.
50. Perez L. Cultura preventiva y condición de salud bucal de pacientes con VIH/SIDA atendidos en un hospital nacional. *Odontología Sanmarquina*, Perú. 201316(2), 34-37.
51. Jiménez M, Ronda E, Aranaz M, Requena J. Conocimientos y prácticas de odontólogos, auxiliarese higienistas dentales frente a los riesgos biológicos. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2007, 10(1), 18-24
52. Miranda. Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev Cub Med Mil*. Ciudad de la Habana. 2009; 38 n.3-4.

53. Lamotte Jose. Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN. Santiago de Cuba. 2014; 18(7)
54. Armendiz, Esperanza. El virus de la inmunodeficiencia humana: VIH-1y VIH-2. Ciencia UANL. Mexico. 2004; VII(002).
55. Montoya, C. Moreno, M y Rugeles, M. Reacciones y alteraciones del sistema inmune durante la infección por el VIH-1. Infect. Colombia. 2006; 10(4)
56. Regueiro, J. Lopez, C. Gonzales, S y Martinez, E. Inmunología: biología y patología del sistema inmune. Editorial Panamericana. 2013.
57. Sepúlveda, C y Puente J. Células natural killer y el sistema inmune innato en la patología infecciosa. Rev. méd. Chile. 2010; 128(12).
58. García, J. Millan R, Martin, J y Regueiro, J. Preguntas test: Inmunología. Editorial Hélice. 2012.
59. Español, T y Sauleda, S. Respuesta inmunológica frente a la infección por el VIH. Arch Bronconeumol. 1992; 28:27-31.
60. Llorente, D. Cedeño, S. Guzman, J y Fuentes, P. Actualidad en infecciones de transmisión sexual de etiología viral. Archivos de Medicina. 2009;5(2:2)
61. Barbosa F, Ramos, C y Carneiro J. Transmisión del HIV por la saliva: ¿mito o realidad?. Acta Odontológica Venezolana. 2006; 44(2).
62. Glosario del VIH/SIDA. InfoSIDA. 9a Edición. 2018.
63. Vignolo, J. Vacarezza, M, Álvarez C y Sosa, A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. 2011; XXXIII (1):11-14.
64. Hautaco, J. Molina, M y Melendez K. Medidas de bioseguridad aplicadas por el personal de Enfermería en la prevención de infecciones Intrahospitalarias en el servicio de emergencia del Hospital arzobispo loayza – 2014. [tesis] Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería. Perú. 2014.
65. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud- Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y

- adolescentes en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. 2008.
66. Otero, J y Otero, J. Manual de Bioseguridad en Odontología. Perú. 2012.
67. Gutierrez, M y Ballester M. Manejo accidentes cortopunzantes con exposicion a sangre o fluidos corporales de riesgo. Universidad Andrés Bello, Facultad de Odontología. Venezuela. 2017.
68. Código de Deontología Odontológica, C. Aprobado en la XXXIX Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela, efectuada en la ciudad de San Felipe. Estado Yaracuy. 1992.
69. Ley para la Promoción a la Igualdad de las Personas con VIH/Sida y sus familiares. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. 2014, (40571).
70. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5th ed. McGraw-Hill; 2010.
71. ONUSIDA. How AIDS changed everything, MDG 6:15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. 2015. [Internet] Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf
72. ONUSIDA. Hoja informativa – Día mundial del SIDA 2019. Estadísticas mundiales sobre el VIH. 2019. [Internet] Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
73. ONUSIDA. Hoja informativa 2016. América y el caribe — 2015. 2016. [Internet] Disponible en: http://onusidalac.org/1/images/2015/pdf/ONUSIDA_FactSheet_es.pdf
74. Acción Ciudadana contra el Sida. Peligro triple Resurgimiento de epidemias, un sistema fallido de salud pública y la indiferencia global sobre la crisis en Venezuela. 2017. [Internet] Disponible en: http://icaso.org/wp-content/uploads/2018/09/icaso-triple-threat_spanish_FA_WEB_v2-copy.pdf

75. ONUSIDA. Country factsheets. Venezuela (Bolivarian Republic of) | 2018. 2018. [Internet] Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/venezuela>
76. Okanurak, K, Sornmani S; Mandel J; Luangjarmekorn L. Dentists and Aids: Knowledge, attitude and preventive behavior. Int Conf AIDS 1991 June 16-21;7:429 (abstract N°. WD.4164), obtenible en <http://www.aegis.com/conferences/iac/2000/ThPeB5070.html>
77. Dhanya V, Anila S y cols. Knowledge, Attitude, and Practice towards HIV Patients among Dentists. Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry [revista en internet]. 2017 [acceso 30 de Noviembre de 2017]; 7(2): [148-153] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5390581/>
78. Giuliani M, Lajolo C y cols. Attitudes and practices of dentists treating patients infected with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral therapy. Medical Science Monitor [revista en internet]. 2009 [acceso 30 de noviembre 2017]; 15(6): [49-56]. Disponible en: <https://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/869661/act/2>
79. Clavera, T. González, M y Becerra, O. Nivel de conocimiento del personal estomatológico sobre las enfermedades transmisibles. Municipio Lisa. Provincia Habana. 2009-2010. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Cuba. 2012;11(1).
80. Lee, G. García, A. Speck, M. Nivel de conocimientos sobre manejo de pacientes con VIH/sida en Estomatología. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 Oct [citado 2020 Feb 06] ; 97(5): 977-986. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000500977&lng=es.
81. Mascolo, P. Michelena, A. Monestiroli, D. Montero, G. y Montes, I. Conocimiento, actitudes y percepciones sobre vih/sida e infecciones de transmisión sexual en estudiantes ingresados a odontología y medicina de una universidad venezolana. Revista Médica de Risaralda. Venezuela. 2011; 17(2).

82. Saliba TA, Saliba O, Garbin IAJ. Discriminación y prejuicio. La influencia del vih/ sida y Hepatitis b en la actitud de los académicos en odontología. Rev Cienc Salud. 2018;16(2):279-293. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6770>
83. Ruiz Hernández A, Fernández García J. Principios de bioseguridad en los servicios estomatológicos. Medicentro Electrónica [Internet]. 2013 Jun [citado 2016 Mayo 24]; 17(2): [Aprox. 6 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930432013000200002&script=sci_arttext&t lng=en
84. . Arango H. Atención, aceptación en la consulta odontoestomatológica al paciente VIH/SIDA comparado con el paciente sano. Tribuna Médica. 2004; 98(7): 67-71
85. García, F. Chow, O y Hernandez, E. Conocimiento que tienen los alumnos del cuarto año de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua, UNAN-León en el año 2008 sobre las barreras de protección y forma de empleo ante enfermedades infecciosas: VIH-SIDA y VHB. [tesis] Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Odontología. Nicaragua. 2008.
86. Castillo, G. Castillo, C. Castillo, B. Bregains, L. Irazuzta, L. Rezzónico, S. Conocimientos sobre riesgos y profilaxis preventiva en estudiantes de Odontología. Revista de Salud Pública. 2009; XIII 2: 32-38
87. Sans C., Martínez M, Blanco H, Labrador F, Acosta Y. Bioética y bioseguridad en la atención estomatológica al paciente con VIH/sida. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2017 Oct [citado 2020 Feb 06] ; 21(5): 13-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000500004&lng=es.
88. Aguilera, A. Alemán, A y Alvarado, J. Conocimientos, actitudes y prácticas del uso de barreras de protección en los Odontólogos de la ciudad de Chinandega y sus municipios de Agosto 2010 a Marzo 2011. [tesis].

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Odontología.
Nicaragua. 2011.

89. Betancourt A, Nodal C, García J, Ferrer D, Álvarez El. Ética y bioseguridad en la atención estomatológica al paciente con virus de inmunodeficiencia humana. Medisur [Internet]. 2013 Feb [citado 2020 Feb 06] ; 11(1): 44-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000100007&lng=es.

www.bdigital.ula.ve