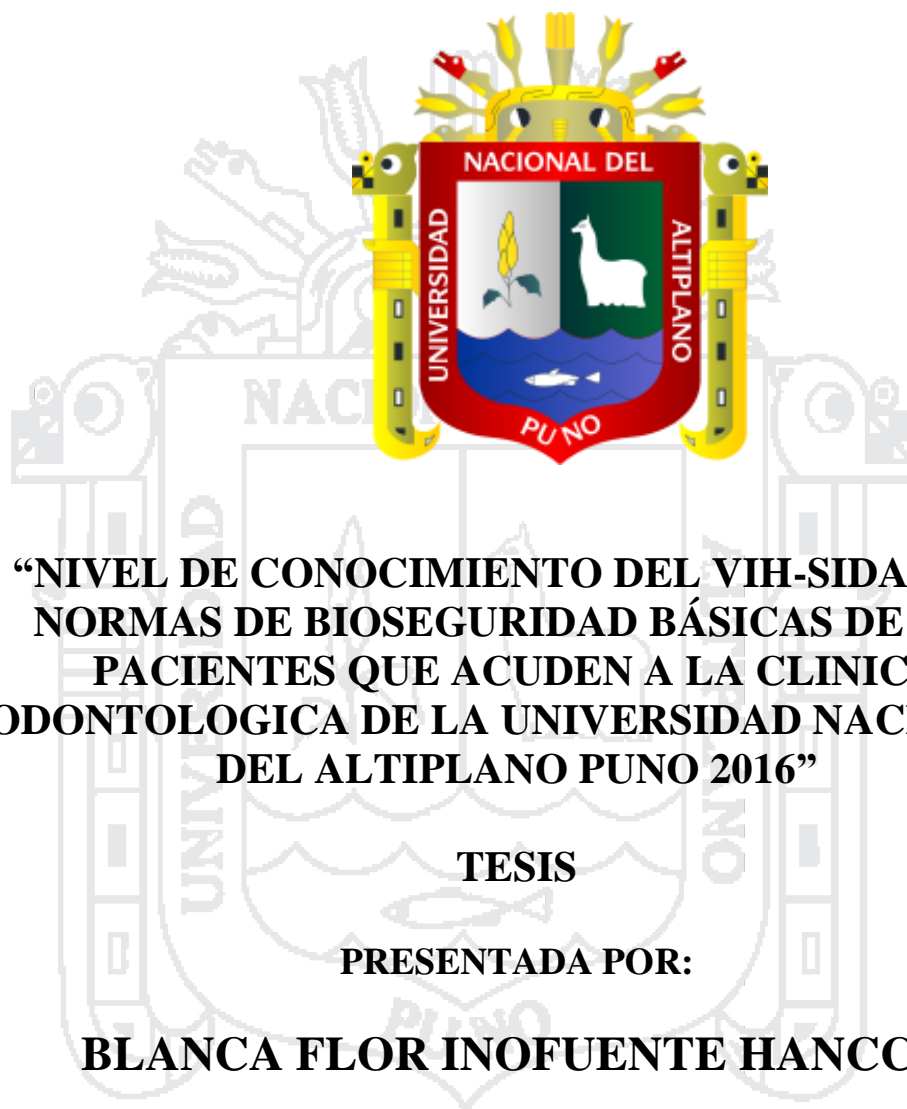


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL VIH-SIDA Y DE
NORMAS DE BIOSEGURIDAD BÁSICAS DE LOS
PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLINICA
ODONTOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DEL ALTIPLANO PUNO 2016”**

TESIS

PRESENTADA POR:

BLANCA FLOR INOFUENTE HANCCO

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PUNO – PERÚ

2016

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL VIH-SIDA Y DE NORMAS DE
BIOSEGURIDAD BÁSICAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA
CLINICA ODONTOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL
ALTIPLANO PUNO 2016”**

TESIS

PRESENTADA POR:

**Bach. BLANCA FLOR INOFUENTE HANCCO
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA**

APROBADO POR EL JURADO DICTAMINADOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE DE JURADO

:



Dr. Jorge Luis MERCADO PORTAL

PRIMER MIEMBRO

:



Mg. Nancy Beatriz BORJAS ROA

SEGUNDO MIEMBRO

:



C.D. Betsy QUISPE QUISPE.

DIRECTOR DE TESIS

:

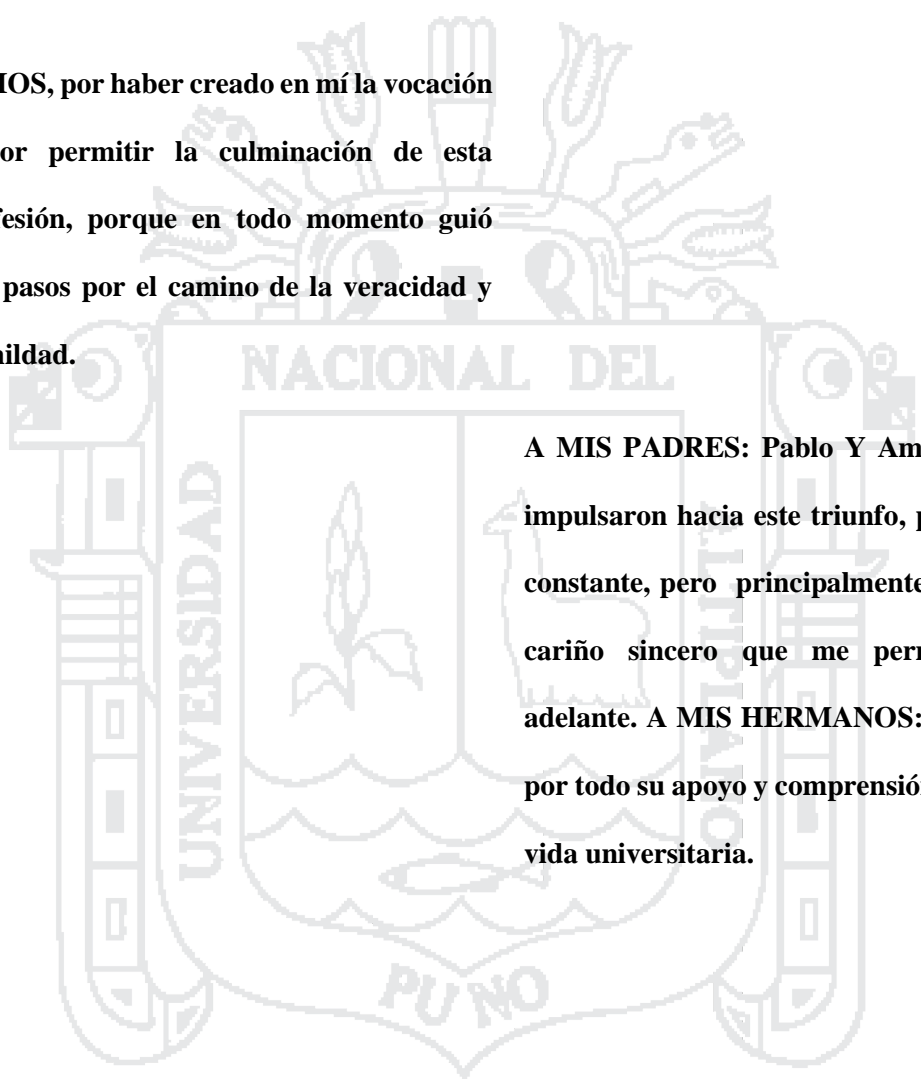


Mg. Sonia Carol MACEDO VALDIVIA

**ÁREA: Salud Pública, Educación en salud y servicio en odontología.
TEMA: Condiciones de vida y salud bucal.**

Dedicatoria

A DIOS, por haber creado en mí la vocación y por permitir la culminación de esta profesión, porque en todo momento guió mis pasos por el camino de la veracidad y humildad.



A MIS PADRES: Pablo Y Amalia, que me impulsaron hacia este triunfo, por su apoyo constante, pero principalmente por todo su cariño sincero que me permitió seguir adelante. A MIS HERMANOS: Jhon Y Liz, por todo su apoyo y comprensión durante mi vida universitaria.

Blanca Flor

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional del Altiplano y en especial a la Escuela Profesional de Odontología, quienes me acogieron en sus aulas durante los años de mi formación académica.

A todos mis docentes quienes con sus conocimientos ayudaron a formar mi perfil profesional.

A mi directora y asesora de tesis Mg. Sonia C. Macedo Valdivia por el apoyo brindado en la culminación del presente trabajo.

Con gran aprecio y profundo reconocimiento a los miembros integrantes del jurado calificador Dr. Jorge L. Mercado Portal, Mg. Nancy B. Borjas Roa y C.D. Betsy Quispe Quispe, por su orientación necesaria para el enriquecimiento teórico de la presente investigación.

A mis amigas y amigos que supieron brindarme su amistad y comprensión en los momentos más difíciles.

INDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
I. INTRODUCCION.....	3
II. REVISION DE LITERATURA	5
2.1. ANTECEDENTES DEL PROYECTO.....	5
2.2. MARCO TEORICO.	7
2.2.1. CONOCIMIENTO	7
2.2.1.1. NIVELES DE CONOCIMIENTO:	8
2.2.2. VIH/SIDA.....	9
2.2.2.1. VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).....	11
A. FASES DE LA INFECCIÓN POR VIH:	15
B. FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH:.....	16
2.2.2.2. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).....	17
2.2.3. LA BIOSEGURIDAD.....	23
2.2.3.1. LOS PRINCIPIOS DE LA BIOSEGURIDAD SON:	25
2.2.3.2. CONDUCTA A SEGUIR EN EL CASO DE UN ACCIDENTE DE EXPOSICIÓN A SANGRE O FLUIDOS CORPORALES (AES).	29
2.3. OBJETIVOS.....	30
III. MATERIALES Y METODOS.....	31
3.1. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	31
3.2. UNIDADES DE ESTUDIO.	31
3.3. SELECCIÓN DE MUESTRA	32
3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:	32
3.6. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	37
3.7. RECURSOS NECESARIOS.....	39
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	40
3.9. DISEÑO Y ANALISIS ESTADISTICO.	40
3.10. CARACTERIZACION DEL AREA DE INVESTIGACION.....	40
3.10.1. AMBITO GENERAL.	40
3.10.2. AMBITO ESPECÍFICO.....	42
3.10.3. UBICACIÓN TEMPORAL.	42
IV. RESULTADOS, DISCUSION.....	43
4.1. RESULTADOS.....	43

4.2. DISCUSIÓN..... 55

V. CONCLUSIONES..... 57

VI. RECOMENDACIONES..... 58

VII. REFERENCIAS 59

ANEXOS 62

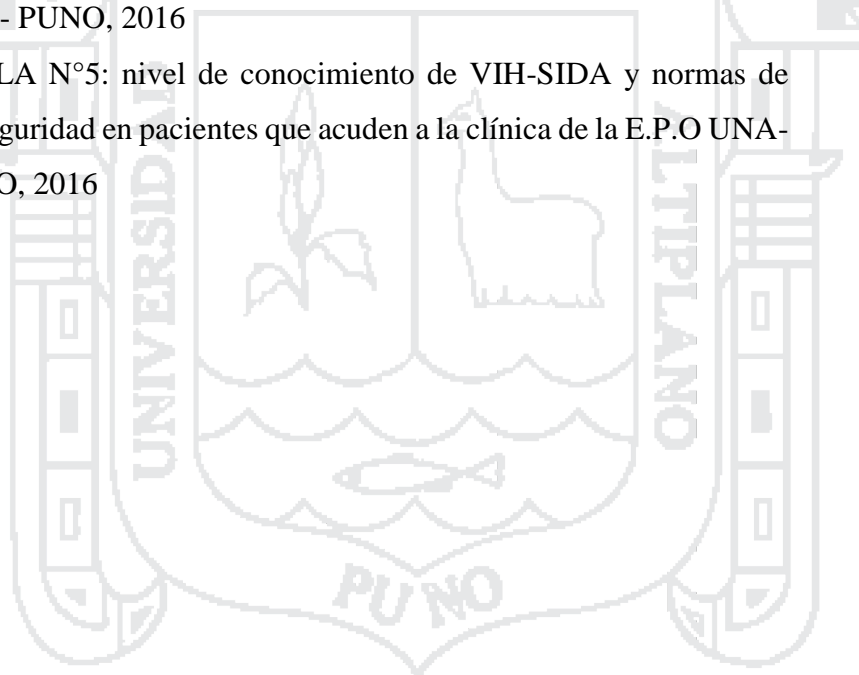


INDICE DE FIGURAS

	PAG.
FIGURA N°1: distribución según sexo de pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O UNA- PUNO, 2016	43
FIGURA N°2: distribución según edad de pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O UNA- PUNO, 2016	44
FIGURA N°3: nivel de conocimiento de VIH –SIDA según edad en pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O UNA- PUNO, 2016	46
FIGURA N°4: nivel de conocimiento de VIH –SIDA según sexo en pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O UNA- PUNO, 2016	48
FIGURA N°5: nivel de conocimiento de bioseguridad ante el VIH-SIDA según edad en pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O UNA- PUNO, 2016	50
FIGURA N°6: nivel de conocimiento de bioseguridad ante EL VIH-SIDA según sexo en pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O UNA- PUNO, 2016	52
FIGURA N°7: nivel de conocimiento de VIH-SIDA y normas de bioseguridad en pacientes que acuden a la clínica de LA E.P.O UNA- PUNO, 2016	54

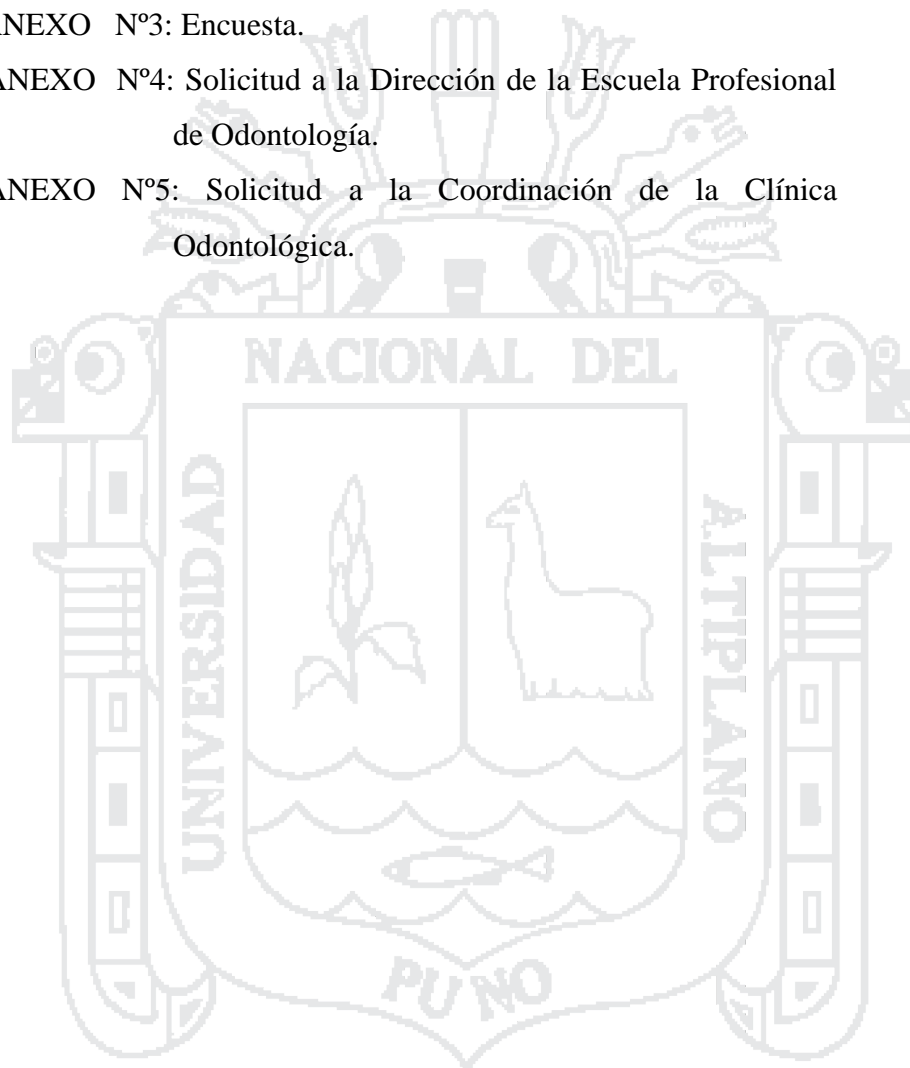
INDICE DE TABLAS

	PAG.
TABLA N°1: nivel de conocimiento de VIH –SIDA según edad en pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O UNA- PUNO, 2016	45
TABLA N°2: nivel de conocimiento de VIH –SIDA según sexo en pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O UNA- PUNO, 2016	47
TABLA N°3: nivel de conocimiento de bioseguridad ante el VIH-SIDA según edad en pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O UNA- PUNO, 2016	49
TABLA N°4: nivel de conocimiento de bioseguridad ante el VIH-SIDA según sexo en pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O UNA- PUNO, 2016	51
TABLA N°5: nivel de conocimiento de VIH-SIDA y normas de bioseguridad en pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O UNA-PUNO, 2016	53



INDICE DE ANEXOS

	PAG.
ANEXO N°1: Matriz básica de datos.	63
ANEXO N°2: Carta de consentimiento informado.	68
ANEXO N°3: Encuesta.	69
ANEXO N°4: Solicitud a la Dirección de la Escuela Profesional de Odontología.	74
ANEXO N°5: Solicitud a la Coordinación de la Clínica Odontológica.	75



RESUMEN

OBJETIVO: La siguiente investigación tuvo como objeto determinar el Nivel de conocimiento del VIH-SIDA y de normas de bioseguridad básicas de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano Puno 2016.

METODOLOGIA: es un estudio descriptivo de corte transversal, el instrumento fue el cuestionario, que consistió de 25 interrogantes, las 15 primeros hacen referencia al conocimiento sobre VIH – SIDA y las 10 restantes a normas de bioseguridad. El muestreo fue por conveniencia y estuvo formado por 121 pacientes de ambos sexos. El análisis de resultados fueron tabulados y su análisis fue mediante estadística descriptiva en tablas de frecuencia absoluta y porcentual.

RESULTADOS: del nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA fue regular siendo el grupo etario de 18 a 29 con 33.06 % y de 30 años a más con 31.40% con conocimiento regular, según el sexo no hubo diferencia dando como resultado un conocimiento regular en el grupo más representativo de 32.23% para ambos sexos. El nivel de conocimiento sobre bioseguridad básicas nos dio en el grupo etario de 18 a 29 años 28.10% con un conocimiento regular, para el grupo para 30 a más años 24.79% con conocimiento regular, según sexo para femenino el nivel de conocimiento es regular con 28.10%, para el masculino 24.79% con conocimiento regular y bueno, sin encontrar diferencias significativas.

CONCLUSIÓN: el nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA en ambos grupos etarios y en ambos sexos se obtuvo que muestran un conocimiento regular, el nivel de conocimiento de las normas de bioseguridad fue regular en ambos grupos etarios, y bueno sin evidenciar diferencias significativas según sexo.

PALABRAS CLAVE: Conocimiento, bioseguridad, VIH, SIDA.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The following research aimed to determine the "Knowledge level of HIV-AIDS and basic biosafety standards of patients attending the Dentistry Clinic of the National University of the Puno Plateau 2016."

METHODOLOGY: is a cross - sectional descriptive study, the instrument was the questionnaire, which consisted of 25 questions, the first 15 refer to knowledge about HIV - AIDS and the remaining 10 to biosafety standards. The sampling was for convenience and was formed by 121 patients of both sexes. The analysis of results were tabulated and their analysis was by means of descriptive statistics in tables of absolute frequency and percentage.

RESULTS: of the level of knowledge about HIV-AIDS were regular, with the age group 18-29 with 33.06% and age 30 with 31.40% with regular knowledge, according to gender there was no difference resulting in regular knowledge in the The most representative group of 32.23% for both sexes. The level of knowledge about basic biosafety gave us in the age group of 18 to 29 years 28.10% with a regular knowledge, for the group for 30 years more 24.79% with regular knowledge, according to sex for feminine the level of knowledge is regular with 28.10%, for the male 24.79% with regular and good knowledge, without finding significant differences.

CONCLUDING: The level of knowledge about HIV-AIDS in both age groups and in both sexes was obtained showing a regular knowledge, the level of knowledge of biosafety standards was regular in both age groups, and good without showing significant differences according to sex.

KEY WORDS: Knowledge, biosafety, HIV, AIDS.

I. INTRODUCCION

El VIH-SIDA constituyen un grave problema de salud pública en la mayor parte de los países, las cuales afectan a toda la población, debido a que las infecciones y sus factores de riesgo en los hospitales, son a diario motivo de preocupación, por cuanto los usuarios son susceptibles a ser contagiados, es una enfermedad que se encuentra en un estado de propagación muy desarrollado y que tal vez no exista una cura pero que si existen tratamientos para mejorar su calidad de vida y posiblemente prolongarla. considerando importante dichos conocimientos debido a que el VIH-SIDA constituye un grave problema de salud pública y está relacionada con la practica odontológica y donde es muy necesario tener conocimiento sobre las normas de bioseguridad (1)

El virus de inmuno deficiencia adquirida desde su descubrimiento ha tomado gran importancia, siendo esta infección una de las más agresivas silenciosas que provocan mortalidad y por su largo estado de latencia evita tratarla a tiempo, prolongando de esta forma y mejorando las condiciones de vida de un paciente que lo adquirió, se han reportado casos de sida desde 1977 según la san francisco AIDS fundación, desde entonces se diagnostica con mayor frecuencia en el mundo entero. Los científicos afirman que el VIH seguirá diseminándose. No hay vacuna aun contra esta enfermedad, el único medio de retrasarla epidemia es entendiendo como se transmite el VIH y como se evita el contraerlo. (2)

Bioseguridad que se define como conjunto de normas, entendidas como doctrina de comportamiento, encaminadas a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo de adquirir infecciones accidentales, diseñadas para la protección del hombre, la comunidad y el ambiente del contacto accidental con agentes que son potencialmente nocivos - patógenos, biológicos, agentes químicos y elementos radioactivos (3)

La asociación dental (ADA) desde hace más de tres décadas, incluso antes que surgiera el VIH recomendaba el uso de las medidas de bioseguridad con el de evitar la transmisión de enfermedades, ahora con este nuevo problema para la salud publica debemos tomar más conciencia y es necesario que la población en general conozca sobre estas normas de bioseguridad. El consultorio odontológico es un ámbito en el que se puede llegar a producir una infección cruzada entre: paciente/odontólogo, odontólogo/paciente e incluso entre éstos y el resto de la comunidad y/o el ambiente si no se tienen las precauciones necesarias para controlarla. (4)

En el estudio de Díaz C. Vega J. En el 2011 en un estudio descriptivo se llegó a una conclusión donde los adolescentes presentan un nivel regular de conocimientos sobre VIH/SIDA, y conocimientos casi nulos acerca de los efectos de la infección. Las mujeres tienen mejores conocimientos respecto a los hombres, ubicándolas en un nivel regular y los hombres en nivel deficiente. (2)

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. Para la profesión de odontología sirve como una información valiosa por la cual se puedan tomar decisiones y acciones profesionales tendientes a proteger a este grupo que son la población y poder así mejorar programas, talleres, actividades educativas, guías de procedimiento, manuales informativos, tendientes a formar poblaciones saludables. En lo social, se espera que la contribución del estudio sea significativa, por cuanto al contar con una población capacitada en materia de las normas de bioseguridad, asimismo se mejoraría la calidad de vida de las personas que acuden tanto a la clínica odontológica o un consultorio particular o establecimientos de salud. Para el sector educativo sirve como referencia de cómo se encuentran los conocimientos sobre VIH - SIDA en los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la Escuela Profesional de Odontología, así puedan ellos fortalecer la educación en la prevención VIH y manejo del SIDA, educándolos en autocuidado. Frente a esta realidad se consideró por conveniente realizar una investigación que permita determinar nivel de conocimiento del VIH- SIDA y normas de bioseguridad de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.

II. REVISION DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DEL PROYECTO.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Díaz, C., Vega, J. (2011) Universidad de Cartagena de Indias Colombia. Estudio descriptivo. La información fue recolectada a través de “escala ECOVIH”, y una encuesta que valoró las características sociodemográficas. Error 3% y nivel de confianza 95%. como resultado se dio que La edad promedio fue 18,4 años, las edades oscilaron entre 15 y 19 años; el 50,7% son mujeres y el 49,3% hombres. El 70% de los encuestados tienen “conocimientos regulares”, “conocimientos deficientes” el 19,8% y solo el 11,4% hombres logrando un promedio de 5,8 y 4,8 respectivamente. Las áreas que obtuvieron mejores puntajes fueron: área de la salud con 6,8, ciencias económicas y exactas 5,2 y humanidades y educación 5,3. Se llegó a la conclusión “buen nivel de conocimientos”. Las mujeres tienen mejores conocimientos que los hombres. Los adolescentes presentan un nivel regular de conocimientos sobre VIH/SIDA, y conocimientos casi nulos acerca de los efectos de la infección. Las mujeres tienen mejores conocimientos respecto a los hombres, ubicándolas en un nivel regular y los hombres en nivel deficiente. (2).

Pavía, N., Góngora, R., Vera, L. (2012) Yucatán, México. Realizaron un estudio cuantitativo; se obtuvo el tamaño de muestra a través de muestreo probabilístico utilizando la fórmula de proporciones, quedando constituida la muestra por 276 familias a los que se les efectuó una entrevista estructurada. Resultados. Del total, 301 fueron mujeres y 251 hombres, con escolaridad mínima o analfabeta 42.5%/47.8%. El medio de comunicación por el que se enteraron del SIDA fue la radio. El uso de condón como medida preventiva para VIH fue de sólo 3% y 5.5% en mujeres y hombres, respectivamente. El 69.3%/75.5% (mujeres/hombres); como conclusión se llegó El principal medio de información sobre el VIH/SIDA fue la radio. Existe una baja utilización del condón como medida preventiva. Esta población tiene información incompleta y no se percibe en riesgo, a pesar de presentar prácticas de riesgo para la infección por VIH. (5)

González, X. (2010) Universidad Nacional de Loja – Ecuador. El presente es un estudio descriptivo de corte transversal en el que se utilizó métodos y técnicas cuantitativas. El universo estuvo constituido por 346 estudiantes. Las técnicas e

instrumentos fueron una encuesta en la que se en las cuales encontramos que 69.36% de estudiantes no tienen conocimiento sobre el tema antes mencionado, y 65.31% cree que las ITS-VIH/SIDA se transmiten únicamente durante las relaciones sexuales; cabe recalcar que de los datos obtenidos un 54.91% de estudiantes no diferencian de VIH y SIDA porque probablemente desconoce de estas dos situaciones; y 68.20% de estudiantes manifiesta no conocer una forma exacta de protegerse por qué no han iniciado su vida sexual mientras que 31,79%, menciona que se protegen con preservativo. La conclusión que debe implementar el Programa de Salud Sexual en los horarios de orientación Vocacional para contribuir a mejorar los conocimientos sobre ITS-VIH-SIDA en las jóvenes, así como reforzar la estrategia de educación en estos grupos de alto riesgo. (6)

ANTECEDENTES NACIONALES:

Arrasco, J. (2012) Universidad Nacional de San Martín Facultad de Ciencias de la Salud Tarapoto – Perú. El estudio es descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra fue de 77 estudiantes del 5º año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo. Se empleó el método cuantitativo utilizando un cuestionario de veinte preguntas con 3 alternativas; y un cuestionario de dieciocho preguntas con escala descriptiva, en las dimensiones de la práctica preventiva. Los resultados muestran que la mayoría de los estudiantes presentan un nivel de conocimiento medio (74.0%) y una práctica adecuada (64,9%). Concluyendo que un conocimiento medio determina práctica adecuada en nuestra población de estudio. Se recomienda crear un programa educativo formativo curricular sobre enfermedades de transmisión sexual y su autocuidado. (7)

ANTECEDENTES LOCALES:

Ramos, A. (2006) Escuela Profesional de Odontología Universidad Nacional del Altiplano Puno- Perú. El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal que se realizó en estudiantes del 4to y 5to año de estudios de la Escuela Profesional de Odontología, para la recolección de datos se utilizó un cuestionario de 20 interrogantes que contenían preguntas del conocimiento de VIH-SIDA y del conocimiento sobre la bioseguridad. Los resultados muestran que, un 83% de estudiantes tienen un conocimiento regular sobre VIH-SIDA Y UN 72% tienen un conocimiento regular de bioseguridad en conclusión se sugiere realizar campañas de educación y concientización y sus evaluación respectivas, y la capacitación de los alumnos de Odontología. (8)

2.2. MARCO TEORICO.

2.2.1. CONOCIMIENTO

¿Qué es el conocimiento? Esta pregunta ha sido considerada por las mentes más privilegiadas del pensamiento occidental, desde Aristóteles y Platón hasta la actualidad. El diccionario de la Real Academia Española define conocimiento como: “El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia”. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes). Esto hace que sea casi imposible observarlos. (9)

Mario Bunge define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”; considera que “el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia”. Desde el punto de vista pedagógico; “conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón”. (9)

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, lo define como acto y contenido. Dice que el “conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico”. (2)

Es importante resaltar la función que tiene la comunicación para la salud razón por la cual la Promoción de la Salud la definió como el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y para mejorarla. También la podemos definir como la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño. La transmisión de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el

conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas. La información y la comunicación en salud son fundamentales para la adopción de modos de vida sanos, en forma individual y colectiva. Dado que el comportamiento humano es un factor primordial en los resultados de salud, las inversiones sanitarias deben centrarse tanto en los comportamientos como en los establecimientos de salud y la prestación de servicios. La solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos (2).

2.2.1.1. NIVELES DE CONOCIMIENTO:

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes etapas y, al mismo tiempo, por medio de tres diferentes niveles íntimamente vinculados:

Conocimiento conceptual: También llamado empírico, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra empirismo se ha utilizado hasta para hablar de hallazgos a prueba de ensayo y error. En este nivel no hay colores, dimensiones ni estructuras universales.

Conocimiento descriptivo: Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra conceptual se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición.

Conocimiento teórico: Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel descriptivo y el teórico reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento descriptivo es singular y el teórico universal. (10)

ESCALA VIGESIMAL (PARA MEDIR CONOCIMIENTO)

Evaluación desde la perspectiva de los estudiantes, se ha considerado la siguiente ESCALA, de acuerdo al puntaje obtenido en base a la valoración de los ítems. Es la expresión de una calificación cuantitativa en términos vigesimales en bajo, medio y alto. (Touron, 1984) ESCALA: 0 - 20 p

Es el nivel más alto de medición. Contiene las características de una escala de intervalo con la ventaja de poseer el cero absoluto lo que permite determinar la proporción conocida de dos valores de la escala: en la que el cero representa la nulidad o ausencia de lo que se estudia. La evaluación de los aprendizajes como hecho educativo, donde los estudiantes aprenden de sus aciertos y errores, permite recoger información sobre logros, avances y dificultades que presentan los estudiantes en el desarrollo de sus aprendizajes. La meta es tomar decisiones de mejoramiento y recuperación pedagógica. Lo cual permitió categorizar el nivel de conocimientos en tres: alto, medio y bajo, quedando de la siguiente manera:

Nivel de conocimientos alto: calificación más que bueno cuando se obtuvo una puntuación de: 17 - 20 puntos.

Nivel de conocimientos medio: calificación más que regular, cuando se obtuvo una puntuación de: 11 - 16 puntos.

Nivel de conocimientos bajo: similar a la nota desaprobatoria, cuando se obtuvo una puntuación de: 0 - 10 puntos (10).

2.2.2. VIH/SIDA.

DAEDALUS. (2006), refiere que el conocimiento sobre VIH/SIDA es el entendimiento verdadero sobre VIH/SIDA, permite al individuo actuar correctamente y eficazmente; está reflejada a través de sus formas fundamentales sensoriales y racionales, dependiendo de la sexualidad de cada individuo (7).

ORIGEN E HISTORIA.

El primer caso conocido del virus VIH, se remonta al año 1959, el que corresponde a un individuo de sexo masculino del Congo, luego de analizar una muestra de su sangre almacenada en un laboratorio.

Luego de muchos estudios y análisis comparativos del material genético del virus del VIH, es aceptado por la comunidad científica que el VIH es un descendiente del SIV (virus de la inmunodeficiencia del simio) que afecta a los monos del centro de África. El que pasó al ser humano por zoonosis. (11)

La era del SIDA empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando el Center for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) de Estados Unidos convocó una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles. Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco.

Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el sarcoma de Kaposi, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses. Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al SIDA, la «peste rosa», causando una confusión, atribuyéndola a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables, los receptores de transfusiones sanguíneas y las mujeres heterosexuales. En 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)* (12)

Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del SIDA. La teoría con más apoyo planteaba que el SIDA era una enfermedad básicamente, epidemiológica. En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con SIDA de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas (12).

La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado «virus de inmunodeficiencia en simios» (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al SIDA en otros primates (10).

En 1984, dos científicos franceses, Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur, aislaron el virus de SIDA y lo purificaron. El Dr. Robert Gallo, estadounidense, pidió muestras al laboratorio francés, y adelantándose a los franceses lanzó la noticia de que había descubierto el virus y que había realizado la primera prueba de detección y los primeros anticuerpos para combatir a la enfermedad. Después de diversas controversias legales, se decidió compartir patentes, pero el descubrimiento se le atribuyó a los dos investigadores originales que aislaron el virus, y solo a ellos dos se les concedió el Premio Nobel conjunto, junto a otro investigador en el 2008, reconociéndolos como auténticos descubridores del virus, aceptándose que Robert Gallo se aprovechó del material de otros investigadores para realizar todas sus observaciones (11)

En 1986 el virus fue denominado VIH (virus de inmunodeficiencia humana). El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna. El SIDA pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia. (11)

Gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal, la correspondiente a una enfermedad crónica, sin las infecciones oportunistas características del SIDA no tratado. Los antirretrovirales están disponibles mayormente en los países desarrollados. Su disponibilidad en los países en desarrollo está creciendo, sobre todo en América Latina; pero en África, Asia y Europa Oriental muchas personas todavía no tienen acceso a esos medicamentos, por lo cual desarrollan las infecciones oportunistas y mueren algunos años después de la seroconversión. (11)

2.2.2.1. VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

El VIH significa “virus de la inmunodeficiencia humana”. Este es el virus que causa el SIDA. El VIH es diferente a la mayoría de los virus porque ataca el sistema inmunitario. El sistema inmunitario le permite al cuerpo combatir las infecciones. El VIH encuentra y destruye un tipo particular de glóbulos blancos (las células T o CD4) utilizados por el sistema inmunitario para combatir las enfermedades.

Es un problema de salud pública, no sólo porque al tener diferentes vías de transmisión (sexual, perinatal, por transfusión, por estupefacientes inyectables), ha creado focos de infección, tanto en personas adultas, como en infantes de todas las 20 edades, sin importar prácticas sexuales, estratos sociales o culturales, sino que además, es un padecimiento estigmatizado debido a que sus primeras manifestaciones se registraron en hombres con prácticas homosexuales, no obstante, la infección tanto en hombres como en mujeres que dicen mantener prácticas exclusivamente heterosexuales ha ido en ascenso en los últimos años. (1)

ESTRUCTURA DEL VIH.

El VIH está compuesto por una envoltura formada por una doble capa lipídica, que procede de la célula infectada, y que contiene las proteínas virales gp 120, gp41, e internamente, la gp17. La nucleocápside central (que se denomina ‘core’), está formada por la proteína p24 y envuelve dos cadenas idénticas de ARN y las enzimas necesarias para la integración en el genoma del huésped (transcriptasa inversa, proteasa e integrasa).

La estructura genética de VIH está constituida por el ARN viral con una longitud de 10 Kilobases, que comprende unas secuencias repetitivas que se encuentran a ambos extremos del genoma (‘Long Terminal Repeat’ o LTR) y nueve genes, tres de los cuales son genes estructurales (GAG, POL y ENV), y codifican los componentes de la partícula vírica; mientras que los seis restantes son genes reguladores, que codifican proteínas que actúan a distancia sobre el genoma vital, manteniendo un papel esencial en la replicación del virus. (13)

PATOGENIA.

Es claro que la constelación de infecciones oportunistas que se produce en los enfermos de Sida, es consecuencia de un profundo defecto de la inmunidad.

La primera alteración que se observó fue un descenso significativo de los linfocitos T cooperadores/inductores, que expresan en su superficie moléculas CD4. Y que juegan un papel fundamental en la regulación de toda la respuesta inmune del individuo. (14)

Tras su introducción en el organismo, el virus debe penetrar en el interior de las células del huésped. Para ello, la proteína gp120 de envoltura del virus interacciona con los

receptores CD4, expresados principalmente en los linfocitos T cooperadores/inductores, pero presentes también en menor proporción en células del sistema monocito-macrófago, y en ciertos linfocitos B que muestran un estado de activación crónica .(14)

En otros tipos celulares como las células gliales y las de la mucosa intestinal, en los que se ha demostrado infección directa por técnicas de hibridación in situ se ha establecido, in vitro, la presencia de otro receptor distinto del CD4, la Galactosil ceramida. Lo que plantea la posibilidad de que existan otros receptores diferentes a los conocidos hasta el momento actual. (15)

Sin embargo, a pesar de que por técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se ha demostrado que el número de células infectadas en sangre periférica es superior del que se creyó en un principio, pues alcanza hasta el 1% de linfocitos CD4 en pacientes con Sida y entre el 0,01 y el 1% en estadios precoces de la infección por VIH, no se explica como la infección de un número tan pequeño de células es capaz de destruir todo el sistema inmune. (15)

Este hecho ha llevado a los investigadores a postular la posibilidad de otros mecanismos para explicar la depleción de células T CD4+ igualmente, se ha podido comprobar la existencia de reservorios en otros tejidos del organismo, como los ganglios linfáticos, donde la frecuencia de células infectadas es 5 a 10 veces más alta que en sangre periférica, y en los que se ha demostrado replicación activa en el periodo de latencia de la infección.

Distintos son los mecanismos posibles causantes de la disminución progresiva de linfocitos CD4±, muerte celular debida a la acumulación de ADN vírico no integrado, formación de sincitios, lisis de células infectadas secundaria a la lesión de la membrana por la gemación vírica, fenómenos de autoinmunidad, etc.

De entre todos ellos, uno de los más interesantes, sin duda, es el de la apoptosis o muerte celular programada. Este término fue acuñado en 1972 por Kerr, WyUie y Currie al describir los cambios ultraestructurales acontecidos en las células muertas, cuya característica principal es la ausencia de inflamación.

La apoptosis se produce durante la embriogénesis, en el curso del recambio tisular normal y después de la separación de *una* hormona trófica de su tejido diana.

Pero la regulación defectuosa de esta muerte celular programada puede desempeñar un papel importante en la etiología del cáncer, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central y el SIDA. (15)

En el caso del Sida, parece que la glucoproteína vírica gp120 purificada marca los linfocitos T en los que va a ser activada la muerte celular, actuando en cantidades picomolares. El marcado puede ser directo o indirecto.

Un marcado directo se produce a consecuencia del contacto físico del receptor CD4 y la glucoproteína gp120. La interacción entre un receptor CD4 de un linfocito no infectado y la glucoproteína vírica gp120 circulante en el medio extracelular, o presente en la membrana de la célula infectada, puede hacer que un linfocito no infectado entre en apoptosis. La activación de la apoptosis por marcado indirecto está mediada por otros factores como los superantígenos y las células presentadoras de antígeno.

Estudios más recientes muestran que los glucocorticoides podrían ser potentes inhibidores de la apoptosis de las células T en pacientes con infección por VIH.

Por otra parte, el VIH presenta una serie de características exclusivas que le permiten escapar a la respuesta inmunológica del huésped, y que son esenciales a la hora de perpetuar la infección:

- **La variabilidad genética**, detectada poco tiempo después de la descripción de este virus como causante del Sida, debida fundamentalmente al alto porcentaje de error de la transcriptasa inversa viral.

- **La existencia de células reservorio**, definidas por su capacidad para sustentar la replicación viral de forma crónica sin ser destruidas por el virus, y sin expresar en su superficie antígenos virales, por lo que no serán reconocidas por el sistema inmune del individuo.

Se ha postulado que las células del sistema mononuclear fagocítico podrían cumplir esta misión. Dichas células al interactuar con otras, como sucede por ejemplo en el proceso de presentación antigénica, podrían producir la diseminación de la infección por contagio

célula a célula; y la ausencia, en este tipo de interacción, de liberación de partículas virales al medio extracelular, imposibilitaría su neutralización por los anticuerpos del huésped.

- **La existencia de una infección latente**, como ya se ha comentado, con replicación vírica activa en tejido linfático, pero sin expresión de la infección en sangre periférica.

Finalmente se ha demostrado que la activación por distintos factores de los linfocitos de sangre periférica, conlleva un aumento en la replicación del VIH, y que dicho aumento se realiza por activación de las secuencias reguladoras situadas en el Long Terminal Repeat (LTR) del genoma del virus.

Los factores capaces de estimular la replicación del VIH son: mitógenos, como la fitohemaglutinina; virus heterólogos como los Herpes virus tipo 1 y 6, Citomegalovirus, virus de la Hepatitis B, virus de Epstein-Barr y el virus de la leucemia humana de células T (HTLV-I); y distintas citocinas segregadas durante la respuesta inmunológica normal como las interleucinas 1 y 6, el factor de necrosis tumoral (TNF) o el factor de estimulación de colonias de granulocitos-macrófagos (GM-CSF).

A. FASES DE LA INFECCIÓN POR VIH:

Fase inicial o síndrome agudo primario o fase de infección aguda.

“En gran número de personas no hay manifestación alguna, usualmente se presenta luego de 2 a 4 semanas pero podría prolongarse. Estas manifestaciones pueden ser fácilmente comparables con un resfrío, tendiendo a desaparecer espontáneamente en corto tiempo. Es importante destacar que desde este momento puede hacer transmisión o contagio a otras personas y que en este periodo el examen de Elisa para VIH puede no ser reactivo a pesar de que la persona está infectada (periodo de ventana)”.(16)

Fase asintomática o portador sin síntomas.

“La persona infectada ingresa en un periodo prolongado (en promedio 5 a 8 años) de enfermedad, sin ninguna molestia. De allí que si una persona no se realiza una prueba de despistaje difícilmente podría saber si está infectada o no”.(16)

Fase sintomática (linfadenopatía generalizada persistente) o portador con síntomas.

“Aunque la persona está por largos años sin síntomas en la gran mayoría de casos, algunos de ellos están representados por síntomas que proceden a la presentación de las infecciones oportunistas. Es posible que aquí se presenten las primeras apariciones como fiebres ocasionales, diarreas de corta duración, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso, fatiga, etc.”(16)

SIDA o fase avanzada.

“La presencia de infecciones oportunistas (aquellos microorganismos que aprovechan del deterioro del sistema inmunológico para ingresar al organismo y causar enfermedades con parásitos “toxoplasmosis”, tipos de cáncer “sarcoma de Kaposi”, Pneumocystis carini y entre otros) caracteriza a esta etapa. Sólo en esta fase la persona tiene o ha desarrollado SIDA”. (16)

B. FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH:**Transmisión sexual**

“Las personas se pueden infectar con el HIV si tienen sexo vaginal, anal o sexo oral con una persona infectada, cuya sangre, semen o secreciones vaginales entran a su cuerpo. El riesgo de transmisión sexual se incrementa 10 veces con la presencia de otra ITS”. (16)

Transmisión de madre- hijo, vertical o perinatal

“Se da durante el embarazo (8va y 9na semana) en fluidos como líquido amniótico; en el parto existe contacto del niño con secreciones vaginales y la sangre de la madre al momento de atravesar el canal del parto”. (16)

Transmisión a través de agujas o compartiendo jeringas

“El VIH se transmite a través de jeringas y agujas contaminadas con sangre infectada. El evitar el uso de drogas intravenosas es la forma más efectiva de prevenir la infección”. El tratamiento para el VIH es a base de medicamentos antiretrovirales. Entre las complicaciones están los “daños a órganos sexuales femeninos y masculinos, esterilidad, daños al cerebro, infección en el feto causado por aborto espontáneo, problemas en el embarazo e incluso la muerte”.

El VIH/SIDA no se transmiten por “picaduras de insectos, por tocar, abrazar o saludar con la mano; por el beso en la mejilla, dormir en la misma cama, por compartir agua o alimentos, por compartir vasos, tazas o platos; por uso de lugares como baños y piscinas”.(16)

¿LA SALIVA CONTAGIA?

Sólo en raras ocasiones se logra identificar el virus libre y células infectadas en saliva. En general es en menos del 10% de las muestras y en cantidades limitadas.

Aún en presencia de enfermedad periodontal, la detección es mínima. Esto refleja no sólo el bajo contenido viral de la saliva sino también la comprobación de la existencia de sustancias con acción antiviral segregadas por las glándulas submaxilares y sublinguales.

Estas sustancias actuarían bloqueando la infección a nivel de la superficie celular, y evitando de esta forma la transmisión de célula a célula.

Lo anterior avala el argumento de que la saliva no constituye un medio de transmisión de la infección. (17)

¿EL BESO CONTAGIA?

Está comprobado que el llamado beso social no contagia el SIDA. La prueba está en que entre los miles de enfermos que son cuidados por sus seres queridos y en donde el beso afectuoso existe entre una madre y su hijo enfermo o entre hermanos por ejemplo, no ha sido reportado ningún caso de contagio.

El llamado beso profundo, o para los americanos *deep kissing* u *open mouth to open mouth*, fue siempre considerado de riesgo.

La presencia de sangre contaminada en saliva, proveniente de gingivorragias o lesiones mucosas, constituye el principal factor de riesgo de transmisión del virus. (17)

2.2.2.2. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Se define como “síndrome de inmunodeficiencia adquirida”, es un problema de salud pública que afecta tanto a hombres como a mujeres y niños, repercutiendo, en mayor medida en poblaciones donde los escasos recursos económicos, alimentan una deficiente información acerca del virus y un limitado acceso a la atención a la salud, debido a la

escasez de recursos en las instituciones de salud pública. Es una enfermedad transmisible de elevada mortalidad y rápido aumento a nivel mundial que origina profunda depresión del sistema inmunológico, especialmente de los linfocitos T condicionando el desarrollo de graves infecciones por gérmenes oportunistas, como *Pneumocystis carini*, tumoraciones como el sarcoma de Kaposi y linfomas que llevan a la muerte a personas infectadas. El periodo de incubación es de 6 meses a 2 años, se describe como manifestaciones precoces a “fiebre, diarrea, fatiga, linfadenopatía generalizada, anorexia, pérdida de peso y sudoraciones nocturnas”. El diagnóstico se establece sobre “la base de la evaluación médica de las manifestaciones clínicas, factores de riesgo, evidencia serológica, estudio de los linfocitos y evaluación virósica. Las pruebas serológicas como la de ELISA (Enzyme-Linked InmunSorben Assay) detectan anticuerpos séricos contra el VIH, la muestra es analizada una vez; si el resultado es positivo, se vuelve analizar por duplicado; si al menos dos de estos tres resultados son reactivos, la muestra debe ser analizada por una prueba suplementaria o confirmatoria, tipo Western Blot”. “El VIH es el agente causal del SIDA” “La persona recibirá un diagnóstico de VIH solamente si tiene 2 pruebas de Elisa positivas y la de Western Blot que es la prueba confirmatoria”.

(5)

El Sida es el estadio clínico más avanzado de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se trata de una enfermedad transmisible producida por un retrovirus que afecta, directa y fundamentalmente, entre otros, al Sistema Inmunológico, produciendo su destrucción, y al Sistema Nervioso, presentando un amplio espectro de manifestaciones clínicas que posteriormente comentaremos. (5)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SIDA.

Las manifestaciones clínicas del Sida son múltiples y de naturaleza muy variada. No existe ningún órgano o sistema que no pueda ser afectado por la enfermedad.

En ocasiones los síntomas y signos derivan de la acción directa del VIH; en la mayoría de los casos, sin embargo, obedecen a la existencia de infecciones o tumores oportunistas, aunque también estos pacientes son sensibles a infecciones comunitarias o nosocomiales prevalentes en el resto de la población.

Además, los defectos de la función de linfocitos B contribuyen a una mayor frecuencia de infecciones bacterianas (*S.pneumoniae*, *H.influenzae*). Habitualmente coexisten

manifestaciones a varios niveles, y por lo general son atribuibles a más de un agente etiológico.

La mayoría de las infecciones oportunistas resultan de una reactivación endógena y no representan un riesgo de transmisión a otras personas, excepto algunas de ellas como la tuberculosis, herpes zoster y salmonelosis.

La respuesta al tratamiento dependerá en gran parte de la prontitud con que se establezca el mismo, por lo que un diagnóstico etiológico precoz en estas infecciones será fundamental para el futuro del paciente.

Las infecciones por virus, hongos y parásitos, se caracterizan porque tras una respuesta favorable a la terapéutica específica, tienden a recaer, por lo que es preciso mantener un tratamiento supresor o profilaxis secundaria, a veces de por vida.

Por otra parte, la prevención de muchas de estas infecciones se podrá realizar, en ocasiones, evitando la exposición del enfermo a ciertos patógenos (*Toxoplasma*, CMV), o bien realizando una profilaxis anti infecciosa específica primaria (por ej: Isoniacida en pacientes con Mantoux positivo).

Aunque las infecciones oportunistas pueden aparecer en cualquier momento evolutivo de la infección VIH, algunas inciden con más frecuencia en estadios iniciales cuando el grado de inmunosupresión no es tan severo (tuberculosis, candidiasis orofaríngea y esofágica, etc), otras por el contrario, ocurren en estadios más avanzados cuando el grado de inmunosupresión es muy importante (enfermedad invasiva por CMV, infección invasiva por *M. avium*, neumonía por *P. carinii*). (18)

El curso clínico de los pacientes con Sida suele estar constituido por una sucesión de distintas infecciones hasta que una de ellas, o una neoplasia, comporta el fallecimiento. Como ya se ha mencionado, las manifestaciones cutáneo-mucosas suelen aparecer en etapas precoces, pudiendo constituir en ocasiones el primer signo clínico de la infección por VIH. Su naturaleza es muy variada, y el diagnóstico se basa generalmente en la apariencia de las lesiones, aunque la presentación atípica o la no respuesta al tratamiento instaurado puede obligar a la realización de biopsias y cultivos. (8)

DIAGNÓSTICO.

Se puede diagnosticar el SIDA mediante la prueba de ELISA: Es una prueba sencilla llamada ELISA para VIH, que consiste en la toma de una pequeña cantidad de sangre la cual es analizada, para detectar algunas moléculas que produce el cuerpo al entrar en contacto con el virus llamados anticuerpos. Si esta prueba sale positiva, es necesario hacer una prueba para confirmar si se tiene el virus o no, esta segunda prueba se llama WESTERN BLOT, que es la prueba confirmatoria de la infección.

Si entra el virus al organismo, luego de 1 a 3 meses, se pueden detectar (Pruebas para detección del VIH) anticuerpos en la sangre. Los anticuerpos se producen para intentar combatir el virus que ha entrado en el cuerpo. Hay un periodo conocido como “Periodo de Ventana”, en el cual puede pasar hasta 6 meses para la detección de los anticuerpos.

(5)

Etapas clínicas provisionales del VIH/SIDA y definiciones de caso para la vigilancia de la OMS:

Infección primaria por el VIH: puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo.

Etapla clínica I: asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos.

Etapla clínica II: pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.

Etapla clínica III: diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca.

Algunas personas tienen SIDA en esta etapa.

Etapla clínica IV: incluye infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen SIDA.

La OMS menciona como síntomas relacionados con la enfermedad del VIH lo siguiente:

Los síntomas de la infección por el VIH varían en función del estadio en que se encuentre. Aunque en la mayoría de los casos el pico de infectividad se alcanza en los primeros

meses, muchas veces el sujeto ignora que es portador hasta que alcanza fases más avanzadas. En las primeras semanas que siguen al contagio, las personas a veces no manifiestan ningún síntoma, y otras presentan una afección de tipo gripal, con fiebre, cefalea, erupción o dolor de garganta. (4)

A medida que la infección va debilitando su sistema inmunitario, el sujeto puede presentar otros signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento podrían aparecer también enfermedades graves como tuberculosis, meningitis por criptococos o diversos tipos de cáncer, por ejemplo linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros.

DERECHOS HUMANOS Y VIH.

¿Que entendemos por Derechos Humanos?

Existen diferentes definiciones de que son los derechos humanos, sin embargo la definición más completa es la empleada por la Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos:

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a las personas y los grupos contra acciones u omisiones que interfieren con las libertades, los derechos fundamentales y la dignidad humana.

La legislación en materia de derechos humanos obliga principalmente a los gobiernos y a algunos actores gubernamentales a cumplir determinados deberes (a hacer ciertas cosas) y les establece ciertas prohibiciones (les impide hacer otras). (19)

Este concepto engloba la filosofía de los derechos humanos que tienen como fin el respeto a la integridad y dignidad de las personas independientemente de su origen, genero, edad o cualquier condición.

Existen algunas características de estos derechos, que para Pedro Morales Ache son considerados como principios en su libro Manual para la Atención Jurídica de los Casos de Violación a los Derechos Humanos de las Personas que Viven con VIH, (2005). Estos son:

1. El principio de universalidad:

Hace referencia a la cuantificación universal de la clase de los sujetos que son titulares de los derechos fundamentales, a saber: todas las personas en igual forma y medida, independientemente de las diferencias culturales.

2. El principio de integralidad:

Denota que si bien desde la óptica teórica y discursiva es posible distinguir entre los diversos derechos fundamentales, en realidad estos forman una red normativa de carácter unitaria.

3. El principio de interdependencia:

Se refiere a la igual jerarquía y condicionamiento recíproco de los diversos derechos humanos, por lo que la transgresión de uno de ellos lógicamente presume la violación de los restantes derechos fundamentales.

4. El principio de indisponibilidad:

Implica que los derechos fundamentales están sustraídos de las decisiones de la política y del mercado. En su faceta activa se refiere a la imposibilidad de que los titulares de los derechos humanos puedan cederlos o renunciar a ellos, en tanto que en su faceta pasiva denota la imposibilidad. (18)

LA ACTITUD DEL ODONTÓLOGO FRENTE AL PACIENTE.

En estos días, y gracias a la información y la educación para la salud dirigida a profesionales y a la población en general, el SIDA si bien sigue despertando temor, no genera el rechazo y la discriminación, por lo menos en la intensidad con que se vivía en la década pasada.

Si el paciente ingresa a la consulta manifestando su enfermedad, es importante que el odontólogo conozca el estado actual de su infección. Para ello sería de utilidad consultar al médico de cabecera, ya que si se desconoce el estatus del paciente, el odontólogo podría realizar prácticas que pongan en peligro su vida

En estos casos corresponde una atención básica tratando de calmar el dolor y tratar y/o prevenir infecciones.

Por el contrario, si el paciente presenta un alto número de CD4 y baja carga viral y ausencia de enfermedades asociadas, puede encararse cualquier plan de tratamiento teniendo la misma precaución de utilizar las normas universales de bioseguridad como con el resto de los pacientes.

Si el paciente no manifiesta su enfermedad, pero por las lesiones que se observan en su boca sospechamos que podría tener SIDA, en primer lugar sería oportuno conversar con el mismo llevándolo confidencialmente a reconocer su enfermedad. Si se logra, proceder de acuerdo a lo explicado más arriba.

Si permanece en su actitud de negación por temor o por desconocimiento real de su situación ante las lesiones orales sospechosas, es conveniente pedir una interconsulta con un médico clínico o infectólogo sugiriéndole un estudio inmunológico del paciente. Por ej.: “Se solicita estudio inmunológico del paciente por presentar lesiones orales compatibles con inmunodepresión.” De ese modo, si estaba en tratamiento por HIV, sólo comenzaríamos la atención luego de la certificación de su médico, para evitar un perjuicio sobre el paciente. Por el contrario si ni el paciente ni su médico sabían de la enfermedad, la intervención de un odontólogo logró la detección y contribuyó a detener la cadena de contagios. (18)

2.2.3. LA BIOSEGURIDAD.

El conjunto de medidas, normas y procedimientos destinados a minimizar y/o controlar dicho riesgo biológico.

Se trata de una traducción literal de su homónimo en inglés: BIOSECURITY. Seguridad: calidad de seguro, libre y exento de todo peligro, daño o riesgo; más BIO: Conjunto de todos los seres humanos. Al construir la palabra evocamos inmediatamente el concepto de protección a la de la vida, situación que puede lograrse en parte evitando accidentes.

Es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objeto 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.

Debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, éste ambiente debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos.

La Bioseguridad implica conocimientos, técnicas y equipamientos para prevenir a personas, laboratorios, clínicas y medio ambiente de la exposición a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico.

El conjunto de acciones se concreta con la finalidad de confinar el riesgo biológico y reducir la exposición potencial del: personal de laboratorios, clínicas, hospital. (Áreas críticas), personal de apoyo, administrativos (áreas no críticas), pacientes, acompañantes, medio ambiente de potenciales agentes infecciosos. (19)

NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGÍA.

Las normas son conjunto de reglas establecidas para conservar la salud y seguridad del personal paciente y comunidad frente a los riesgos de infección.

- Recordar que la sangre y la saliva de todos los pacientes deben ser considerados como potencialmente contaminados y de alto riesgo.
- Utilice indefectiblemente gorro, barbijos, pantallas, camisolines y guantes en todos los procedimientos de atención clínica de pacientes.
- Lávese las manos al iniciar y al terminar cada procedimiento
- Manipular con precaución el material cortopunzante (agujas, hojas de bisturí, cuchillas, curetas), desecharlos en un envase de plástico rígido resistente a la perforación con tapa a rosca.
- Las compresas donde se dispone el instrumental debe ser removida una vez finalizada la atención del paciente.

- El uso de eyectores de alta velocidad con dispositivos desechables y una adecuada posición del paciente, disminuye el riesgo de contaminación en los distintos procedimientos.
- Disponer en forma adecuada los desechos.
- Descontamine las superficies de trabajo, de acuerdo a los Procedimientos básicos de limpieza y desinfección. (19)

2.2.3.1. LOS PRINCIPIOS DE LA BIOSEGURIDAD SON:

Universalidad: Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. De este principio nace el concepto de potencialidad, es decir, que sin importar si se conoce o no el diagnóstico, la serología, el estrato social de un individuo. Todos los pacientes y sus fluidos deben de ser considerados potencialmente infectados por lo cual deberán tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión de microorganismos y de esta forma infecciones intrahospitalarias.

Barreras protectoras: Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potenciales contaminantes, mediante la utilización de material adecuado que se interponga al contacto de los mismos. La utilización de barreras no evita los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente.

Medios de eliminación de material contaminado. Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. (20)

MEDIDAS PROTECTORAS O PREVENTIVAS UNIVERSALES.

Constituye un conjunto de medidas que deben ser aplicados sistemáticamente por el personal de salud, hacia todos los pacientes sin distinción, con o sin diagnóstico de infección u otros.

Técnicas de barrera: Durante el trabajo en salud es necesario tener en cuenta además de las precauciones antes mencionadas las siguientes técnicas de barrera:

Lavado de manos: La campaña para combatir la transmisión de infecciones en el hospital requiere un buen conocimiento de cómo se propagan los agentes etiológicos, el factor más importante en la propagación de muchos patógenos nosocomiales es la contaminación por las manos del personal, de esto se deduce que el lavado de manos, es fundamental para prevenir la infección cruzada en el hospital.

Lavarse las manos después de haber tenido contacto con cada paciente toma tanto tiempo que no resulta práctico e incluso el producto de limpieza más benigno irritará la piel del personal si se utiliza en exceso, este es un problema serio no solo porque la irritación de la piel reduce la utilidad para cumplir con este requisito, sino también porque la dermatitis probablemente fomenta la colonización de la piel de las manos con patógenos nosocomiales, por consiguiente las personas que atienden pacientes deben ejercer cierto criterio clínico, por ejemplo un contacto breve (tal como tomar la presión arterial) con un paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica no requiere lavarse las manos rutinariamente. Por otro lado un contacto incluso accidental con un paciente de dermatitis, este colonizado con estafilococos, obviamente requiere el lavado de manos.

En cuanto al producto para lavarse las manos, el jabón ordinario y agua son suficientes para el uso general, pues eliminan la mayoría de la flora microbiana transitoria, la recomendación general es que se deberán usar antisépticos antes de realizar intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos.

El lavado de manos es el procedimiento más simple e importante para la prevención de infecciones, ya que las manos son el principal vehículo transmisor de microorganismos, es la principal medida para prevenir la transmisión de infecciones intrahospitalarias, produce una disminución progresiva de la propagación de patógenos potenciales de las manos constituyendo así uno de los principales pilares en la interrupción de la cadena epidemiológica de transmisión de las infecciones intrahospitalarias.(21)

Tipos e indicaciones del lavado de manos:

Lavado de manos social: Se realiza antes de manipular alimentos, comer o dar de comer al paciente, antes y después de dar atención al paciente (bañar, controlar signos vitales)

el tiempo de duración de dicho lavado es de 10 a 15seg. Y se realiza con jabón o detergente.

Lavado de manos clínico y antiséptico: Se realiza antes y después de un procedimiento invasivo, después de estar en contacto con fluidos orgánicos o elementos contaminados de los mismos (heridas, aspiración de secreciones, etc.). Su tiempo de duración es de 10 a 15 segundos, se realiza con jabón antimicrobiano.

El propósito de estos dos últimos tipos de lavados es el de remover y quitar la suciedad, la materia orgánica y los microorganismos transitorios.

Lavado de manos quirúrgico: El propósito de dicho lavado es remover y quitar la flora transitoria y reducir la flora residente de la piel durante la cirugía, esta tiene un tiempo de duración de 4 a 5 min.

Uso de guantes:

Los guantes se usan para proteger al proveedor de atención de salud del contacto con sustancias potencialmente infecciosas y para proteger al paciente de infecciones que puedan encontrarse en la piel del proveedor de atención de salud. La finalidad del uso de guantes es de propiciar una barrera protectora, reducir la probabilidad de transmisión de microorganismos del personal al paciente y viceversa, disminuir la probabilidad de transmisor de microorganismos a otros pacientes, los trabajadores que tengan heridas en las manos, cortes o manos agrietadas, deben considerar la posibilidad de usar doble guantes. Los guantes proporcionan una barrera entre las manos y los contaminantes nosocomiales, de modo que si no se realiza el lavado de manos existe un margen de seguridad, los guantes pueden brindar un falso sentido de seguridad dar lugar que se lave las manos con frecuencia.

El uso de guantes se realizara al manipular sangre u otros fluidos corporales, membranas mucosas, o piel no intacta, al realizar venipuntura u otros procedimientos de acceso vascular, al manipular materiales o superficies manchadas con sangre u otros fluidos corporales. (20)

Uso de antisépticos:

Los antisépticos son químicos (agentes germicidas) que matan o inhiben muchos microorganismos aunque no a todos, estas son únicamente para piel o membranas mucosas como por ejemplo: yodopovidona, isodine, yovisol, alcohol, etc., se usan para la limpieza y antisepsia de la piel y mucosas del usuario, es una medida importante de prevención de infecciones inhibiendo el crecimiento de microorganismos o eliminándolos, estos antisépticos son únicamente para piel o membranas mucosas, no está diseñada para usarla en objetos inanimados como equipos, mesas de operaciones, instrumental entre otros. (20)

Descontaminación:

Es el primer paso en la manipulación de instrumentos y guantes usados (contaminados). Los instrumentos con secreciones o sangre de un usuario deben ser descontaminados antes de ser limpiados y desinfectados a alto nivel. La descontaminación se hace para proteger al personal que debe manipular los instrumentos. (20)

Limpieza:

La limpieza es la remoción mecánica de toda materia extraña en el ambiente, superficies y en objeto, es necesario limpiar los instrumentos antes de la desinfección o esterilización para remover todo material extraño visible y algunos microorganismos. Los materiales orgánicos secos pueden entrapar microorganismos en un residuo que los protege contra la esterilización o desinfección, este también reduce la carga de microorganismos. El propósito es disminuir el número de microorganismos a través de arrastré mecánico, usualmente se utiliza agua, detergentes y detergentes enzimáticos. Este tiene como objetivos disminuir el número de microorganismos y partículas y polvo visible del material para hacer segura su manipulación, garantizar las condiciones de limpieza necesarios para el uso de artículos críticos que son sometidos solo a limpieza. (20)

Desinfección:

Es el proceso físico o químico por medio del cual se logra eliminar los microorganismos de forma vegetativa en objetos inanimados sin que se asegure la eliminación de esporas bacterianas. (20)

2.2.3.2. CONDUCTA A SEGUIR EN EL CASO DE UN ACCIDENTE DE EXPOSICIÓN A SANGRE O FLUIDOS CORPORALES (AES).

Tipos de accidentes: Pinchazos y heridas: Lavar inmediatamente la zona cutánea lesionada con abundante agua y jabón. Permitir el sangrado en la herida o punción accidental. Realizar antisepsia de la herida con alcohol al 70% vol.(3 minutos), alcohol yodado, tintura de yodo al 2% o algún yodóforo. Dependiendo del tamaño de la herida cubrir la misma con gasa estéril.

Contacto con mucosas (ojo, nariz, boca): Lavar abundantemente con agua o suero fisiológico. (22)

Conducta a seguir en relación al riesgo de contaminación por VIH.

En caso de corresponderle los beneficios y prestaciones del Banco de Seguros, concurrir inmediatamente al mismo a los efectos de seguir con las medidas a tomar. Recordar que tienen indicación de tratamiento los accidentes por exposición laboral de las categorías definida y masiva.

Se debe iniciar un tratamiento con tres drogas: 2 inhibidores de la transcriptasa reversa y un inhibidor de las proteasas. Dicha medicación se iniciará antes de 6 horas de ocurrido el accidente (preferentemente antes de las 2 horas). (22)

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON VIH/SIDA.

Bioseguridad

Algunas de las Estrategias Preventivas que se deben tomar en cuenta: El personal de cuidados de salud debe suponer que la sangre y otros líquidos corporales de todos los pacientes están posiblemente infectados. Por eso, las personas deben seguir las precauciones de control de infección todo el tiempo. Estas precauciones incluyen: El uso rutinario de barreras (por ejemplo guantes y/o anteojos de protección) cuando crea que puede entrar en contacto con sangre u otros líquidos corporales, lavarse las manos y otras superficies de la piel inmediatamente después de tener contacto con sangre u otros líquidos corporales, y el manejar y desechar cuidadosamente los instrumentos cortantes durante y después de su uso (2).

2.3. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar el nivel de conocimiento del VIH-SIDA y normas de bioseguridad de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la EPO UNA - PUNO 2016.

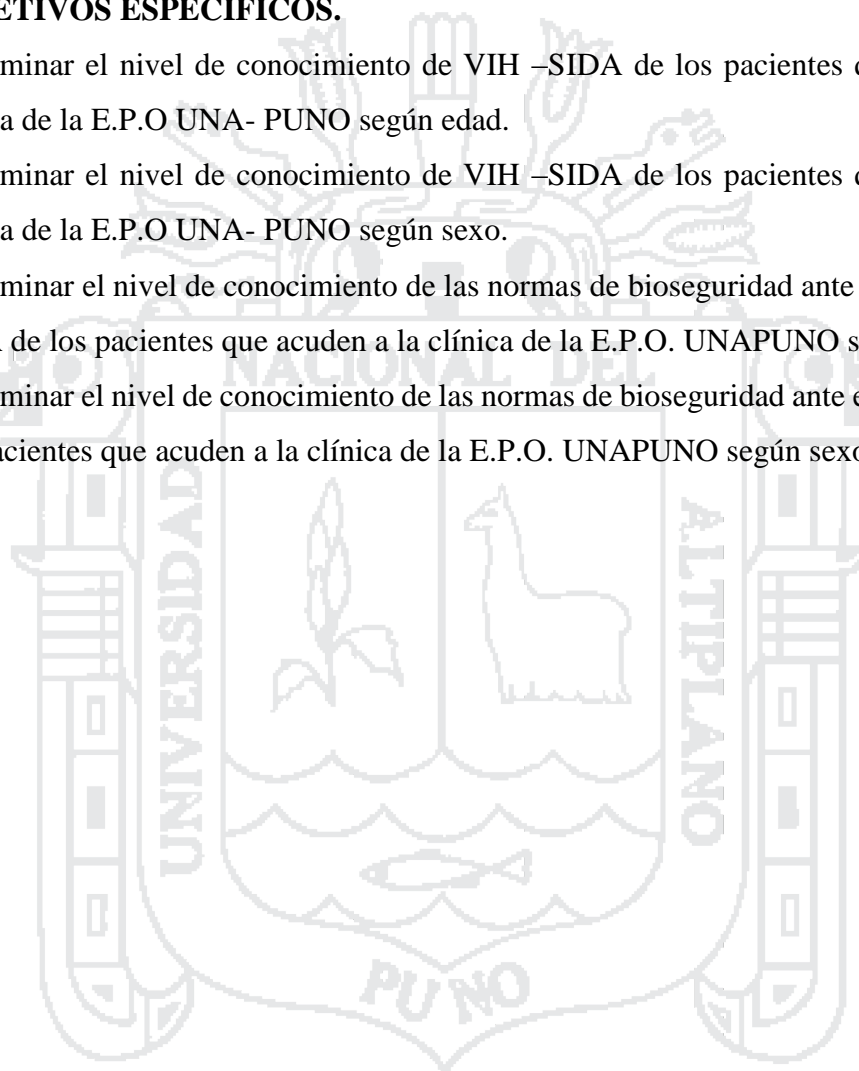
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Determinar el nivel de conocimiento de VIH –SIDA de los pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O UNA- PUNO según edad.

Determinar el nivel de conocimiento de VIH –SIDA de los pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O UNA- PUNO según sexo.

Determinar el nivel de conocimiento de las normas de bioseguridad ante el VIH-SIDA de los pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O. UNAPUNO según edad.

Determinar el nivel de conocimiento de las normas de bioseguridad ante el VIH-SIDA de los pacientes que acuden a la clínica de la E.P.O. UNAPUNO según sexo.



III. MATERIALES Y METODOS.

3.1. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.

DISEÑO DE INVESTIGACION.

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo porque describe los hechos como son observados y de corte transversal porque fue medida en una sola ocasión.

TIPOS DE INVESTIGACIÓN.

Es observacional porque no existe intervención del investigador ya que no se manipulara las variables; los datos se registraron la situación problemática tal y como se encuentran.

Es prospectivo debido los datos son recogidos en el presente y por el investigador.

Es transversal debido a que las variables de estudio son medidas en una sola ocasión.

Descriptivo ya que nuestro trabajo es mostrado tal y como son observados.

3.2. UNIDADES DE ESTUDIO.

POBLACIÓN.

La población está conformada por personas mayores de edad que son atendidas en la clínica odontológica de la Escuela Profesional de Odontología de la UNA-PUNO entre los meses Agosto y octubre del 2016.

MUESTRA.

La muestra es no probabilístico y por conveniencias en pacientes que acuden a la clínica odontológica, de todas las clínicas y mayores de edad es aleatoria estratificada por edad y sexo de la Escuela Profesional de Odontología de la UNA-PUNO 2016. Siendo la muestra calculada 121 usuarios del Servicio de Odontología de la Clínica Odontológica.

3.3. SELECCIÓN DE MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Las personas que son atendidas en la clínica odontológica.
- Ser personas mayores de edad.
- Las personas que deseen participar en este estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Las personas que no son atendidas en la clínica odontológica.
- Ser menor de edad.
- Personas que no deseen participar.

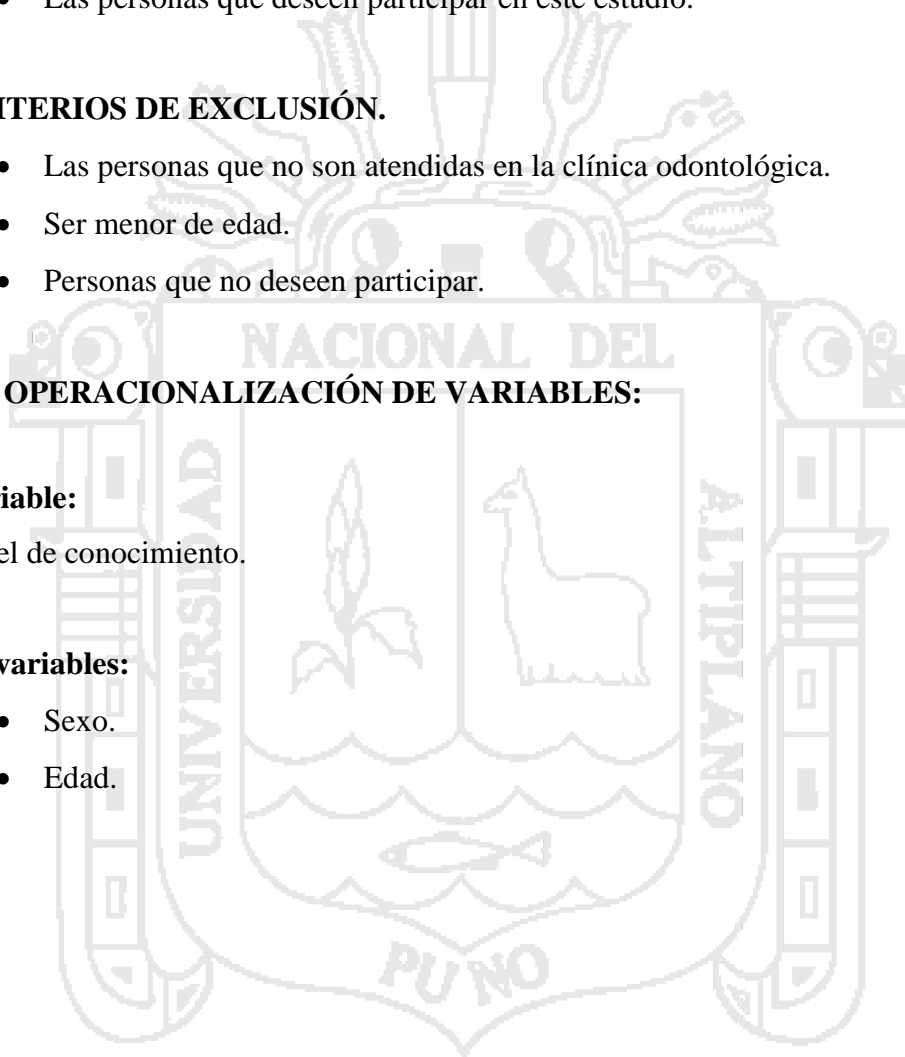
3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable:

Nivel de conocimiento.

Co variables:

- Sexo.
- Edad.



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	SUB INDICADORES	ESCALA
Variable. Nivel de conocimiento	Mario Bunge define el conocimiento "como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto". (9)	VIH/ SIDA.	Cuestionario. 15 preguntas.	<p>1.- EL SIDA ES: Una enfermedad.</p> <p>2.- EL SIDA ES: Es una enfermedad de transmisión sexual muy contagiosa que aún no tiene cura.</p> <p>3.- ¿DE DÓNDE CREE QUE VIENE EL SIDA? De los chimpancés africanos.</p> <p>4.- ¿ESTÁ CAUSADO POR?: Un virus.</p> <p>5.- ¿LAS PRINCIPALES FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH SON? A través de las relaciones sexuales, transfusiones sanguíneas, de madre a hijo.</p> <p>6.- ¿CÓMO TÚ CREES QUE SE PUEDE PREVENIR EL VIH/SIDA? Ninguna de las anteriores</p> <p>7.- ¿SE PUEDE CONTRAER VIH POR SALPICADURA DE SALIVA EN EL OJO O EN UNA HERIDA EXPUESTA? No.</p> <p>8.- ¿EL VIH, EL VIRUS QUE OCASIONA EL SIDA, SE PEGA O CONTAGIA POR USAR EL MISMO BAÑO? No</p>	<p>3</p> <p>Deficiente 0-5 Regular 6-10 Bueno 11- 15</p>

				<p>9.- ¿CUAL ES EL TRATAMIENTO PARA EL VIH/SIDA? Antiretrovirales.</p> <p>10.- ¿SI USTED FUERA UN TRABAJADOR DE LA SALUD, ESTARÍA DISPUESTO A ATENDER A UNA PERSONA INFECTADA CON EL VIRUS DEL VIH/SIDA? Si</p> <p>11.- IMAGINE QUE UN MÉDICO GENERAL ESTÁ ENFERMO DE SIDA: Debe informar a sus pacientes obligatoriamente.</p> <p>12.- ¿EXISTE DIFERENCIA ENTRE UNA PERSONA CON EL VIH Y UNA CON EL SIDA? Si.</p> <p>13.- ¿EXISTE CURA PARA EL SIDA? No.</p> <p>14.- ¿SI UNA PERSONA ESTÁ INFECTADA POR EL VIH, ¿DEBE DEJAR DE TRABAJAR? No.</p> <p>15.- ¿CREE QUE ALGUIEN AFECTO DE SIDA DEBE DECIRLO? Sí.</p>	
				<p>16.- ¿QUE ES BIOSEGURIDAD?: Conjunto de medidas de preventivas que protegen la salud y seguridad del personal, paciente y comunidad.</p> <p>17.- ¿EL LAVADO DE MANOS SE DEBE REALIZAR?:</p>	

		<p>Normas Básicas de Bioseguridad</p>	<p>Cuestionario. 10 preguntas.</p>	<p>Siempre antes y después de atender al paciente</p> <p>18.- ¿NOS LAVAMOS LAS MANOS PRINCIPALMENTE PARA EVITAR?: Evitar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas.</p> <p>19.- USTED CONSIDERA QUE CUANDO SE REALIZA ALGÚN PROCEDIMIENTO AL PACIENTE UTILIZANDO GUANTES Y NO ES UN PACIENTE INFECTADO, ¿QUÉ SE HACE CON ESTE GUANTE? Se desecha</p> <p>20. ¿SE DEBE USAR MASCARILLA PARA PROTECCIÓN?: Siempre que se tenga contacto directo con paciente</p> <p>21.- ¿SI HAY UN ASISTENTE QUE TRABAJA DIRECTAMENTE CON EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR TAMBIÉN GUANTES Y MASCARILLA? Si</p> <p>22.- CON RESPECTO A LA VESTIMENTA DE SU TRATANTE, ¿UD. CONSIDERA QUE?: Colocarse la vestimenta clínica antes de iniciar su turno clínico y al concluir el turno se cambia y recién va a su casa.</p> <p>23¿SE DEBE APLICAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD ESPECIALES PARA ATENDER PERSONAS CON VIH? Si</p>	<p>Deficiente. 0-4 Regular. 5-7 Bueno. 8-10</p>
--	--	---------------------------------------	------------------------------------	--	---

				<p>24. CON RESPECTO AL USO DE MASCARILLAS: Deben sustituirse una vez cada hora o entre un paciente y otro siempre.</p> <p>25.- ¿A SU CONSIDERACIÓN CUAL CREE QUE ES CONSIDERADO COMO POTENCIALMENTE CONTAMINADO Y DE ALTO RIESGO? Sangre y la saliva.</p>	
Co variables	Sexo.	Identidad sexual, basada en juicio sobre la propia figura corporal, basado en características biológicas.			<p>Femenino.</p> <p>Masculino</p>
	Edad.	Con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo			<p>18- 29 años.</p> <p>30 a más años</p>

Fuente: Elaboración propia.

3.5. INSTRUMENTOS.

INSTRUMENTO DOCUMENTAL.

El instrumento para el presente trabajo de investigación fue el cuestionario que consta de 25 interrogantes, de los cuales los 15 primeros nos hacen referencia al conocimiento sobre VIH – SIDA y los 10 restantes nos dieron referencias de la normas de bioseguridad frente a esta situación en pacientes que acuden a la clínica odontológica.

Basada en la realización de preguntas que permitió corroborar y obtener información por parte de los usuarios, las respuestas se registraron en los instrumentos preestablecidos para tal fin.

Se utilizó instrumentos validados adaptados para la evaluación del Servicio de Odontología. (7)(23)

3.6. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

TÉCNICA.

Encuesta.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

FASE DE COORDINACIÓN.

Se solicitó autorización al Director de la Escuela Profesional de Odontología, obteniéndose el respectivo proveído para la ejecución del trabajo de investigación.

Se solicitó la autorización de la coordinadora de la Clínica Odontológica de la Escuela Profesional de Odontología obteniéndose así la autorización requerida.

FASE DE RECOJO DE LA INFORMACIÓN.

El cuestionario se le facilitara a cada paciente que acude a la Clínica Odontológica, los cuales tendrán un promedio de 15 minutos para el desarrollo del mismo.

Para evaluar el nivel de conocimiento del VIH-SIDA y de normas de bioseguridad básicas de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano. Se aplicaron indicadores que a la vez contenían criterios preestablecidos los cuales se verificaron a través de una encuesta; asignando la puntuación para el nivel de conocimiento del VIH/SIDA (cuadro N° 1), nivel de conocimiento de normas de

bioseguridad básicas (cuadro N°2); la suma arroja una calificación para el respectivo indicador **DEFICIENTE, REGULAR Y BUENO**.

Cuadro N°1

Para VIH-SIDA

Nivel de conocimiento	Valoración
Deficiente	0 a 5 puntos
Regular	6 a 10 puntos
Bueno	11 a 15 puntos

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N°2

Para Bioseguridad

Nivel de conocimiento	Valoración
Deficiente	0 a 4 puntos
Regular	5 a 7 puntos
Bueno	8 a 10 puntos

Fuente: Elaboración propia

Los resultados obtenidos en cada estándar son sumados para obtener una calificación final (general) del Servicio de Odontología evaluado, siendo los criterios de calificación.

Esta fase duró aproximadamente 3 meses en concordancia con los días laborables en la clínica de la Escuela Profesional de Odontología.

Los datos se recolectaron mediante la aplicación del instrumento de satisfacción al paciente que acude a la clínica, por una encuesta, confidencial y autorizada mediante un consentimiento autorizado.

Se encuestó a los usuarios que buscaron atención en el Servicio de Odontología de la clínica tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, cada uno fue abordado en sus respectivos sillones donde estaban siendo atendidos para ser encuestado después

de recibir atención; el tiempo promedio de aplicación fue de 15 minutos (rango entre 15 y 25 minutos). Las encuestas fueron realizadas en forma oportuna y responsable hasta completar el número requerido para la muestra de usuarios.

La encuesta contiene un conjunto de preguntas que pretende explorar la percepción del usuario respecto al nivel de conocimiento del VIH-SIDA y de normas de bioseguridad básicas. Del servicio recibido, los aspectos a medir estaban contenidos en 25 preguntas, con respuestas que buscaban que el usuario defina.

3.7. RECURSOS NECESARIOS.

RECURSOS HUMANOS.

Asesor: Dra. Sonia C. Macedo Valdivia.

Director: Dra. Sonia C. Macedo Valdivia.

Investigadora: Blanca Flor Inofuente Hanco.

Estadista: Ing. Manuel López Ruelas.

Pacientes de la Clínica Odontológica.

RECURSOS INSTITUCIONALES.

Universidad Nacional del Altiplano.

Facultad de Ciencias de la Salud.

Escuela Profesional de Odontología.

Clínica odontológica

RECURSOS MATERIALES.

Básicamente son de utilería de escritorio.

Lápiz, papel, lapiceros, fichas, registros.

RECURSOS ECONOMICOS.

Solventado por el investigador.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

- Se hizo entrega de la solicitud para poder ejecutar el proyecto de investigación al director de la Escuela Profesional de Odontología.
- Solicitud a la coordinación de la Clínica de la Escuela Profesional de Odontología.
- Consentimiento informado a los pacientes que quisieron participar en la investigación.

3.9. DISEÑO Y ANALISIS ESTADISTICO.

Análisis estadístico.

Se utilizó el método descriptivo.

Los resultados fueron tabulados y su análisis fue mediante estadística descriptiva en tablas de frecuencias absolutas y porcentuales.

3.10. CARACTERIZACION DEL AREA DE INVESTIGACION.

3.10.1. AMBITO GENERAL.

En la Universidad Nacional del Altiplano Puno en el sureste Perú con el lema educando mentes, cambiando el mundo ubicada en avenida Sesquicentenario N° 1150 con las coordenadas 15°49'29"S 70°00'56"O, con una población estudiantil aproximadamente de 16340, Oscilando entre los 3.810 a 4.050 msnm.



Provincia de Puno.

Fuente: Una misión en el Altiplano Peruano



Universidad Nacional del Altiplano.
Fuente: Universidad Nacional del Altiplano

3.10.2. AMBITO ESPECÍFICO.

El trabajo de investigación se realizara en las instalaciones de la Clínica Odontológica ubicada en la Escuela Profesional de Odontología ubicada en la Universidad Nacional del Altiplano Puno. Donde se realizan diversas actividades de promoción, proyección y servicio a la comunidad. Y escuelas profesional vecinas de Nutrición Humana, Medicina Humana y Enfermería.



Clínica Odontológica

Fuente: Universidad Nacional del Altiplano

3.10.3. UBICACIÓN TEMPORAL.

Se realizó entre los meses de agosto y Octubre en la escuela profesional de odontología de la Universidad Nacional del Altiplano puno 2016.

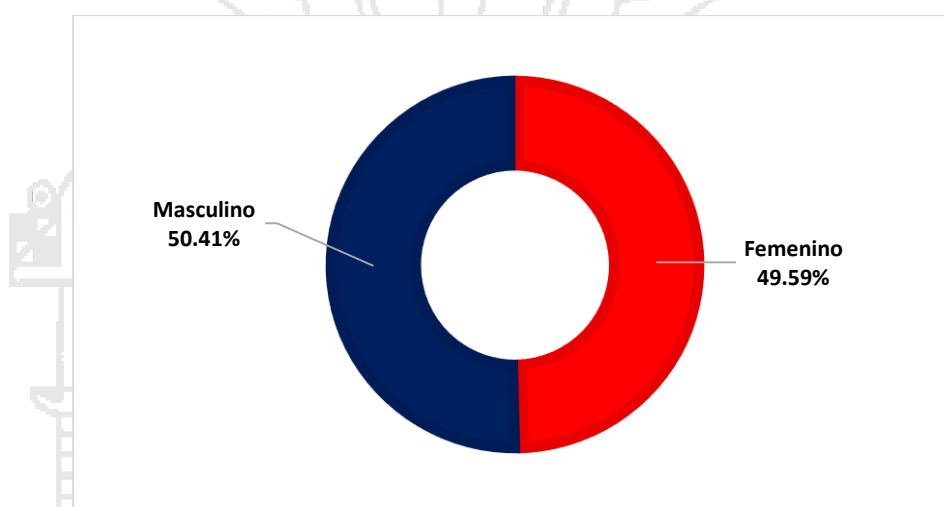
IV. RESULTADOS, DISCUSION.

4.1. RESULTADOS.

a. Descripción de la población en estudio.

FIGURA 1

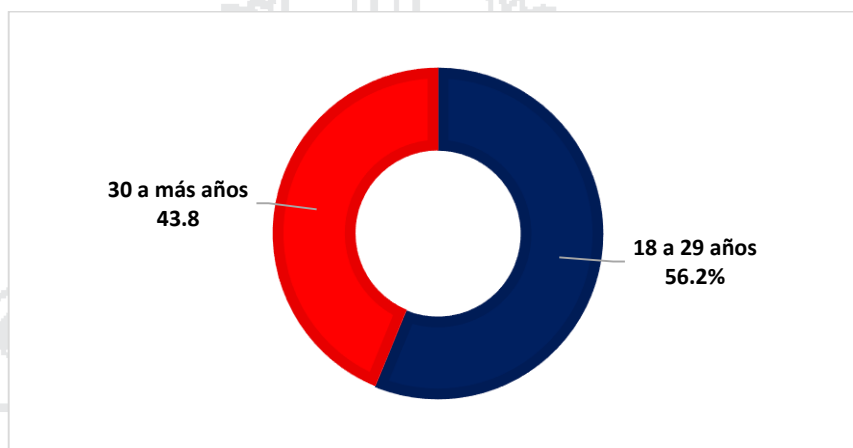
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA E.P.O UNA- PUNO, 2016



Interpretación:

En la figura 1, se observa la distribución porcentual de pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de la UNA-Puno, se tiene 60 pacientes de sexo femenino (49.59%) y 61 pacientes masculinos (50.41%), los mismos que acudieron por diversos tratamientos dentales.

FIGURA 2
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA
CLÍNICA DE LA E.P.O UNA- PUNO, 2016.



Interpretación:

En la figura 2, se muestra la distribución etaria de pacientes que asistieron a la Clínica Odontológica de la UNA-Puno en el periodo de estudio, se tiene de 18 a 29 años de edad a 68 pacientes (56.2%), mientras que el grupo de 30 a más años fueron 53 (43.8%).

b. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE VIH –SIDA SEGÚN EDAD Y SEXO.

TABLA 1
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE VIH –SIDA SEGÚN EDAD EN PACIENTES
QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA E.P.O UNA- PUNO, 2016.

Edad	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
18 a 29	28	23.14	40	33.06	0	0.00	68	56.20
30 a más	13	10.74	38	31.40	2	1.65	53	43.80
Total	41	33.88	78	64.46	2	1.65	121	100.00

Fuente: elaboración propia.

Interpretación:

En la tabla 1 y figura 3 se muestra los resultados del nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA de los pacientes según edad, teniendo que un porcentaje mayor de los pacientes encuestados tuvo un conocimiento regular 64.46% de ambos grupos etarios, el grupo etario de 18 a 29 años tuvo un conocimiento regular con un porcentaje 33.06%; para el grupo de 30 a más años se observó un porcentaje de 31.40% con un conocimiento regular del tema, no se observa alguna diferencia significativa del nivel de conocimiento respecto a la edad de los pacientes.

FIGURA 3
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE VIH –SIDA SEGÚN EDAD EN PACIENTES
QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA E.P.O UNA- PUNO, 2016.

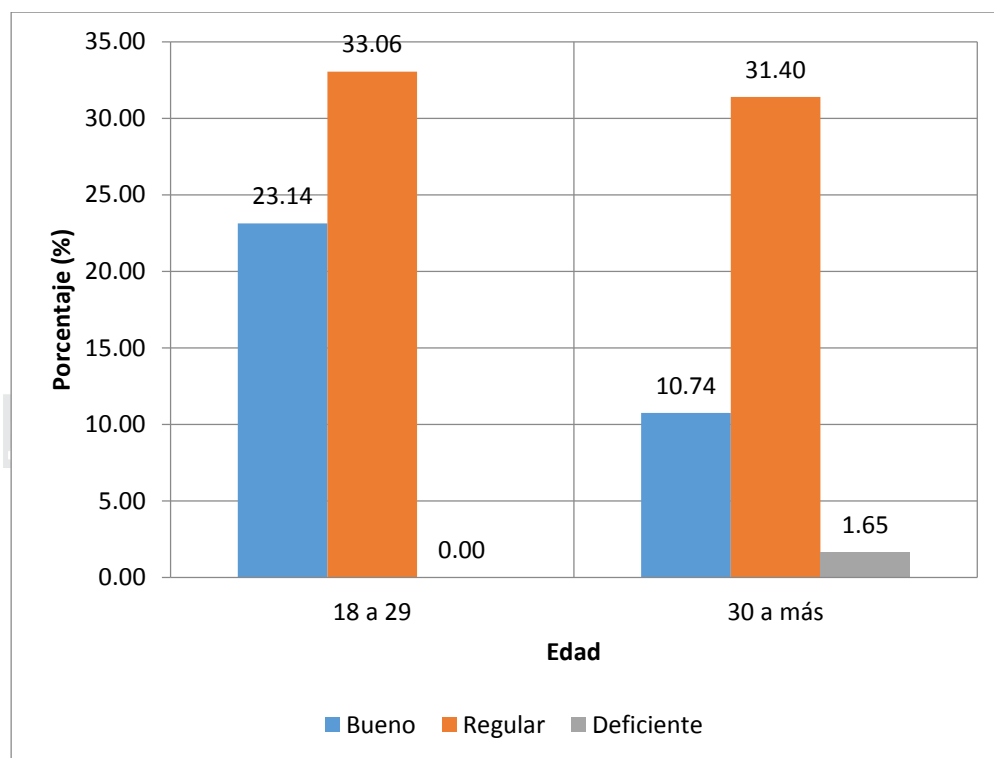


TABLA 2
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE VIH –SIDA SEGÚN SEXO EN PACIENTES
QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA E.P.O UNA- PUNO, 2016.

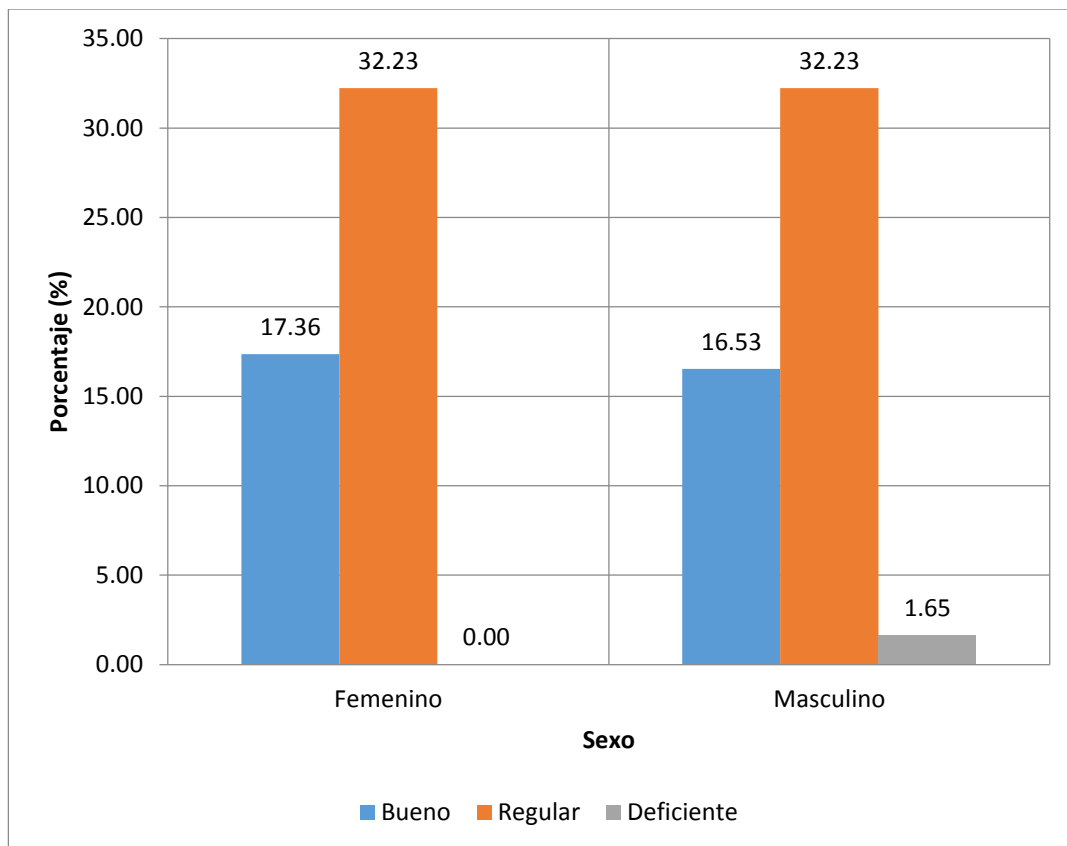
Sexo	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	21	17.36	39	32.23	0	0.00	60	49.59
Masculino	20	16.53	39	32.23	2	1.65	61	50.41
Total	41	33.88	78	64.46	2	1.65	121	100.00

Fuente: elaboración propia.

Interpretación:

En la tabla 2 y figura 4, se muestra los resultados del nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA de los pacientes según sexo, se encontró que los pacientes tienen un conocimiento regular con un porcentaje de 64.46%, donde no se encontró diferencias significativas entre ambos sexos obteniendo un porcentaje de 32.23% de conocimiento regular en ambos, un menor porcentaje que sería 1.65% con deficiente nivel de conocimiento del tema fue del sexo masculino. No se observa alguna variación del nivel de conocimiento respecto al sexo de los pacientes.

FIGURA 4
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE VIH –SIDA SEGÚN SEXO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA E.P.O UNA- PUNO, 2016.



**c. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD
BASICAS.**

TABLA 3
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE BIOSEGURIDAD ANTE EL VIH-SIDA
SEGÚN EDAD EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA E.P.O
UNA- PUNO, 2016.

Edad	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
18 a 29	32	26.45	34	28.10	2	1.65	68	56.20
30 a más	23	19.01	30	24.79	0	0.00	53	43.80
Total	55	45.45	64	52.89	2	1.65	121	100.00

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

En la tabla 3 y figura 5, se muestra los resultados del nivel de conocimiento sobre normas básicas de bioseguridad de los pacientes según edad, se tiene que un porcentaje de 52.89% presenta un conocimiento regular, el grupo etario de 18 a 29 años tiene un porcentaje de 28.10% que es mayor porcentaje frente al grupo etario de 30 a más años de 24.79% con conocimiento regular; sin embargo el 1.65% presento conocimiento deficiente porcentaje poco representativo pero no observado en el grupo de 30 a más años. No se observa alguna variación significativa del nivel de conocimiento respecto a la edad de los pacientes.

FIGURA 5
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE BIOSEGURIDAD ANTE EL VIH-SIDA
SEGÚN EDAD EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA E.P.O
UNA- PUNO, 2016.

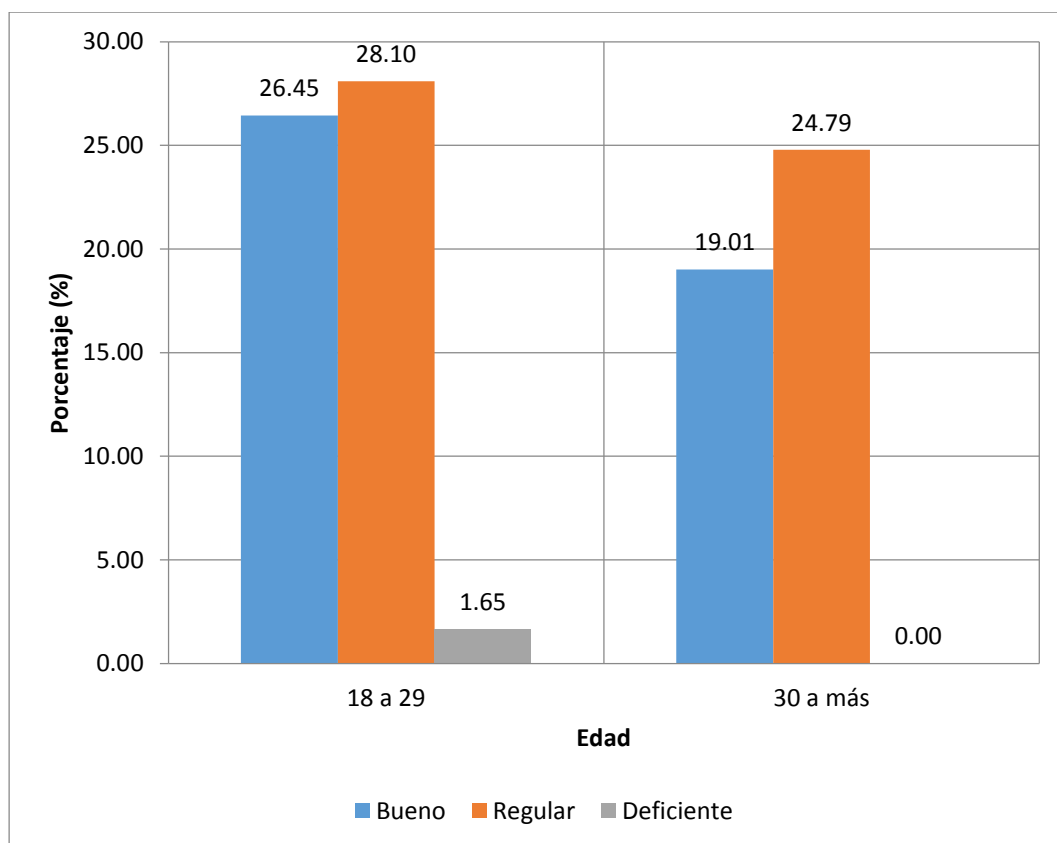


TABLA 4
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE BIOSEGURIDAD ANTE EL VIH-SIDA
SEGÚN SEXO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA E.P.O
UNA- PUNO, 2016.

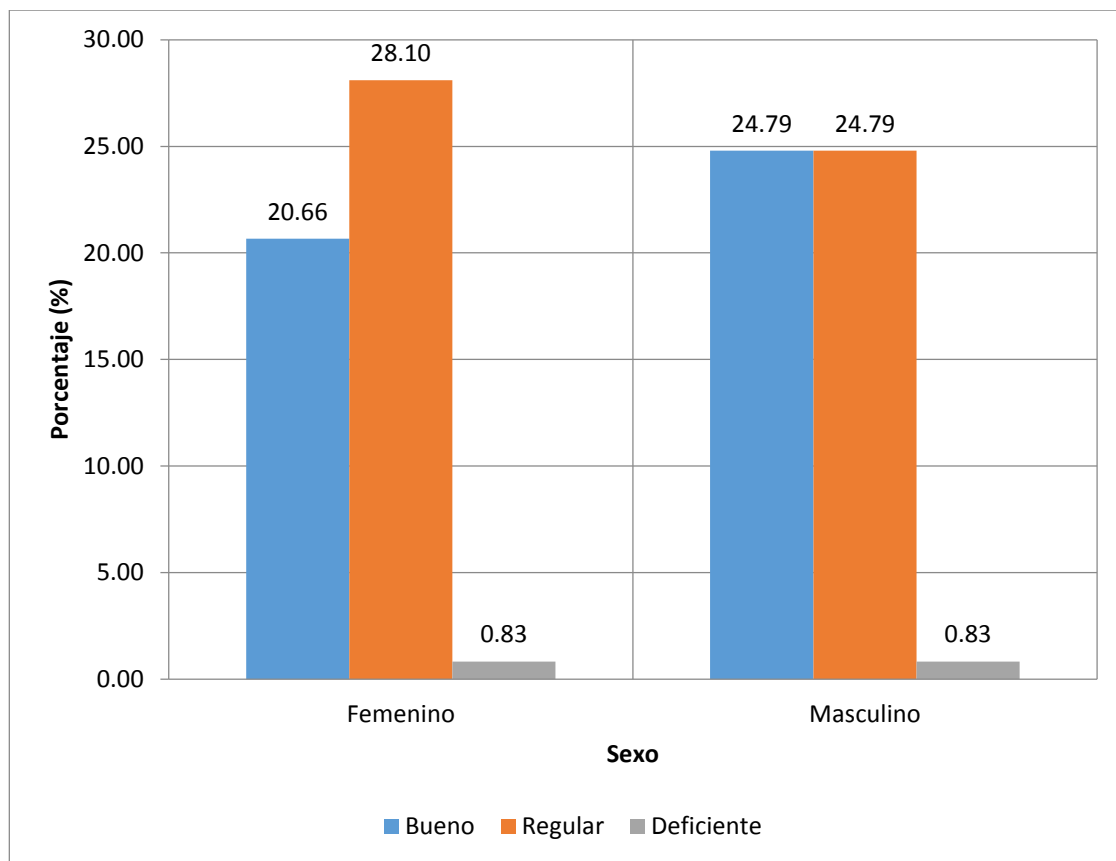
Sexo	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	25	20.66	34	28.10	1	0.83	60	49.59
Masculino	30	24.79	30	24.79	1	0.83	61	50.41
Total	55	45.45	64	52.89	2	1.65	121	100.00

Fuente: elaboración propia.

Interpretación:

En la tabla 4 y figura 6, se muestra los resultados del nivel de conocimiento sobre normas básicas de bioseguridad de los pacientes según sexo, se tiene que un 52.89% de los pacientes presenta un conocimiento regular; teniendo el sexo femenino el porcentaje mayor 28.10% con conocimiento regular; para el sexo masculino se tiene 24.79% con conocimiento regular no se observa diferencias significativas entre ambos sexos; por otro lado se observó un porcentaje de 0.83% con conocimiento deficiente para ambos sexos. No se observa alguna variación significativa del nivel de conocimiento respecto al sexo de los pacientes.

FIGURA 6
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE BIOSEGURIDAD ANTE EL VIH-SIDA
SEGÚN SEXO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA E.P.O
UNA- PUNO, 2016.



d. NIVEL GENERAL DE CONOCIMIENTO DE VIH-SIDA Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD.

TABLA 5
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE VIH-SIDA Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD
EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA E.P.O UNA- PUNO,
2016

Conocimiento	N	%
Bueno	53	43.8
Regular	67	55.37
Deficiente	1	0.83
Total	121	100

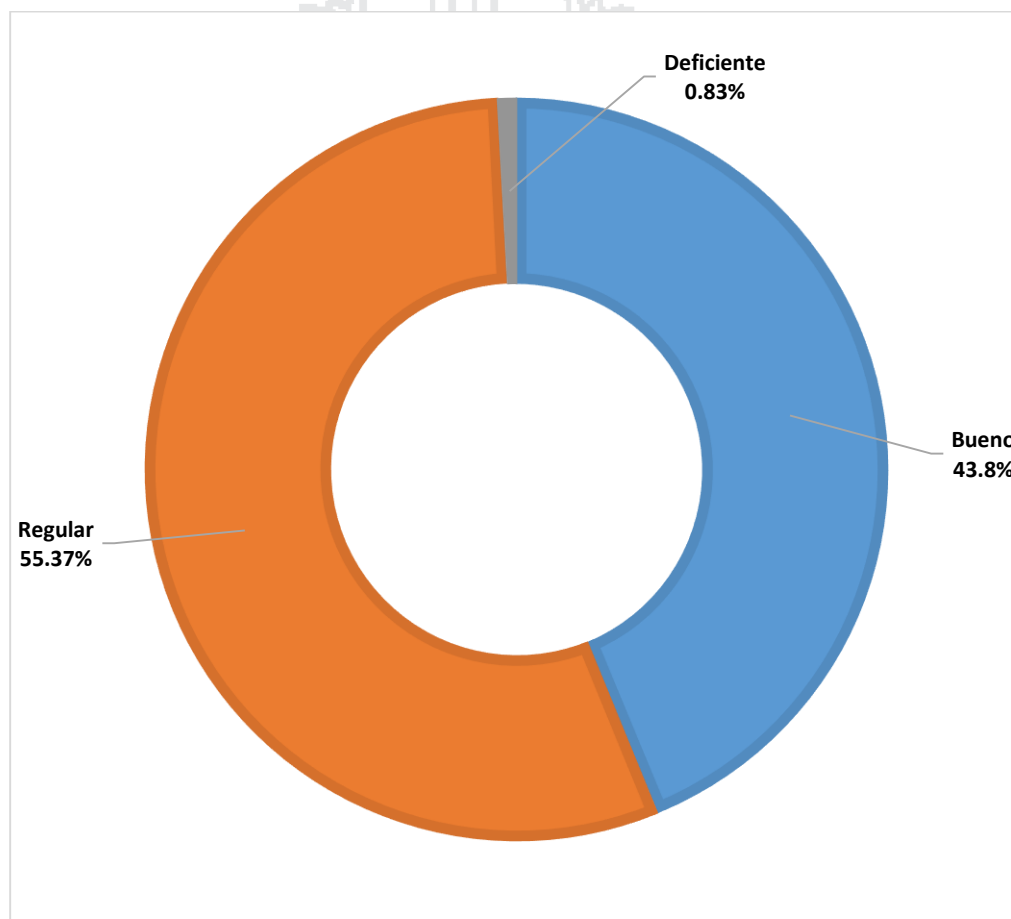
Fuente: elaboración propia

Interpretación:

En la tabla 5 y figura 7, se muestra los resultados generales del nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA y normas básicas de bioseguridad en los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica, se tiene 43.8% de los pacientes tienen buen conocimiento, mientras que el 55.37% con regular conocimiento y el 0.83% presentó deficiente conocimiento del tema.

De los resultados se evidencia que el mayor porcentaje de los pacientes presenta entre un regular y buen conocimiento sobre el VIH-SIDA y normas básicas de bioseguridad.

FIGURA 7
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE VIH-SIDA Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD
EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA E.P.O UNA- PUNO,
2016.



4.2.DISCUSIÓN.

La investigación fue descriptiva de tipo transversal, se realizó con el propósito de hallar nivel de conocimiento del VIH-SIDA y de normas de bioseguridad básicas de los pacientes que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano Puno 2016. Estudio que no se encontró en la Clínica Odontológica de la Escuela Profesional de Odontología en pacientes, existiendo estudios similares aplicados en estudiantes, se encontró un estudio similar Díaz C., presento un estudio mostrando el nivel de conocimiento en adolescentes de 15 a 19 donde obtuvo como resultado que el 70% presentaban conocimientos regulares, González X. en su estudio que realizó en adolescentes obtuvo que el 69.36% presento conocimientos deficientes, Arrasco J. realizo un estudio en estudiantes de 5to año de secundaria, se tiene que el 74.0% posee un conocimiento regular, Ramos A., estudio en estudiantes del 4to y 5to años de estudios de la escuela profesional de odontología encontró que el 83% de estudiantes presentan un conocimiento regular, en comparación a mi estudio que el porcentaje mayor fue de 33.06% con conocimiento regular realizado en pacientes de 18 a 29 años es similar el resultado probablemente debido al grupo etario que fue de jóvenes, comparando con el estudio de González X. que obtuvo conocimiento deficiente es posible que la diferencia sea a la falta de implementación de programas de salud sexual en los horarios de los jóvenes. En nuestra población de 30 a más años se encontró un nivel de conocimiento regular 31.40% pero no se encontraron estudios similares con este grupo etario.

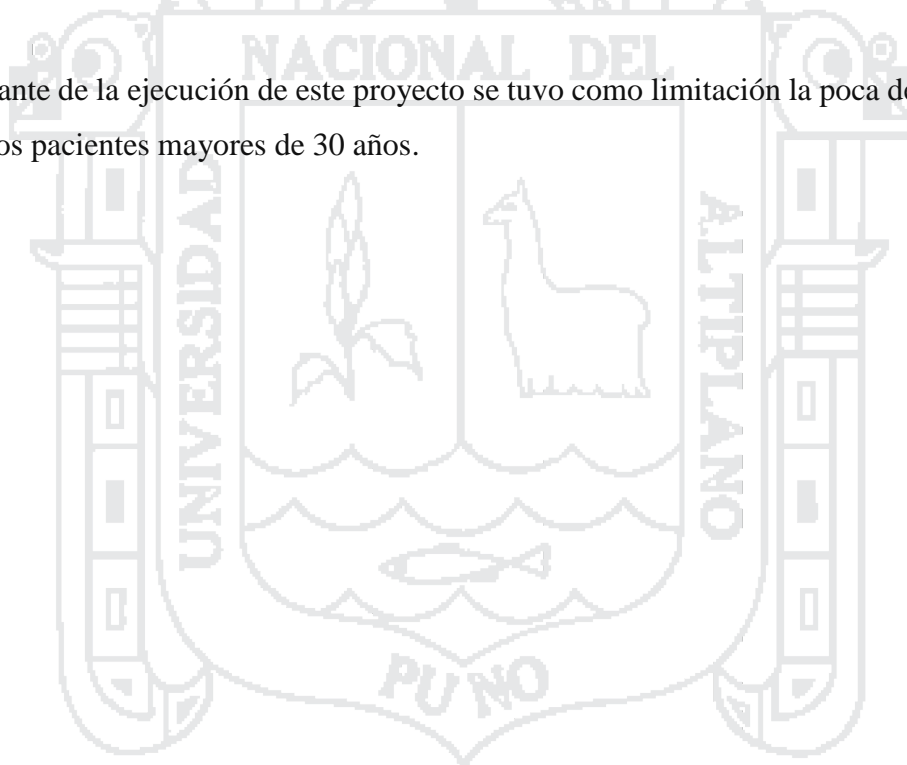
Estudios en adolescentes de ambos sexos como el de Díaz C. En el cual el 50,7% son mujeres y el 49,3% hombres. El 70% de los encuestados tienen conocimientos regulares. Las mujeres tienen mejores conocimientos que los hombres logrando un promedio de 5,8 y 4,8 respectivamente, Las mujeres tienen mejores conocimientos respecto a los hombres, ubicándolas en un nivel regular y los hombres en nivel deficiente. En comparación a mi estudio se encontró que no hay diferencias con un 32.23% para ambos sexos y solo 1.65% de conocimiento deficiente es del sexo masculino, esta diferencia podría ser por la diferencia en las preguntas usadas en ambas encuestas, también podría ser por la diferencia en el estilo de vida de las muestras.

Respecto al nivel de conocimiento de las normas básicas de bioseguridad, en el estudio que realizo Ramos A. En estudiantes del 4to y 5to año de estudios de la Escuela Profesional de Odontología, un 72% tienen un conocimiento regular de bioseguridad, en

mi estudio que se realizó en pacientes en los cuales se obtuvo que el 52.89% presenta un conocimiento regular, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al resultado a causa de puede ser que tengan conocimientos previos por charlas educativas de este tema..

En lo referente al nivel de conocimiento de las normas básicas de bioseguridad según edad sexo y edad no se encontraron estudios similares, sin embargo en mi estudio se obtuvo como resultado un 52.89% con conocimiento regular de los cuales el grupo etario de 18- 29 años con 28.10% y para el grupo de 30 a más años con 24.79% por otro lado según sexo un 52.89% de conocimiento regular, el sexo femenino con 28.10 y el masculino con 24,79 sin encontrar una diferencia significativa

Durante de la ejecución de este proyecto se tuvo como limitación la poca de cooperación de los pacientes mayores de 30 años.



V. CONCLUSIONES.

1. El nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA según edad, concluyendo que ambos grupos de 18 a 29 años y 30 años a más presentaron un conocimiento regular.
2. El nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA según Sexo, concluyendo que tanto en el sexo femenino y masculino presentan un conocimiento regular.
3. El nivel de conocimiento sobre bioseguridad ante el VIH-SIDA según edad, concluyendo que las edades 18 a 29 años presentan un conocimiento regular y para las edades entre 30 a más de la misma forma presentan un porcentaje mayor con un conocimiento regular.
4. El nivel de conocimiento sobre bioseguridad ante el VIH-SIDA según sexo, concluyendo que fue para femenino que el grupo más representativo con un conocimiento regular y para el masculino un conocimiento regular el de mayor representación.

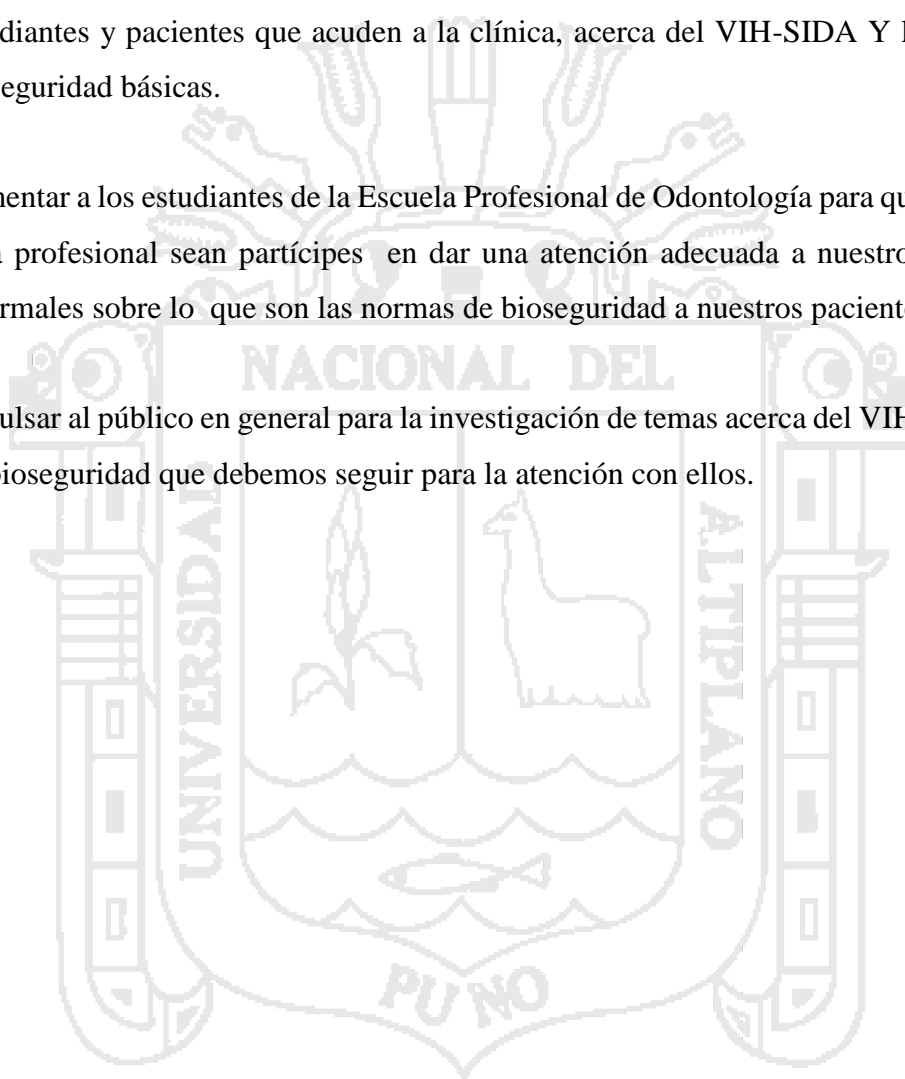
VI. RECOMENDACIONES.

Realizar trabajos de investigación acerca del nivel de conocimiento sobre el VIH-SIDA que abarquen toda nuestra región ya que no existen estudios actuales en pacientes.

Promover en nuestra Escuela Profesional a que se pueda dar cursos tanto como a estudiantes y pacientes que acuden a la clínica, acerca del VIH-SIDA Y las normas de bioseguridad básicas.

Fomentar a los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología para que en su futura vida profesional sean partícipes en dar una atención adecuada a nuestros pacientes e informales sobre lo que son las normas de bioseguridad a nuestros pacientes.

Impulsar al público en general para la investigación de temas acerca del VIH y las normas de bioseguridad que debemos seguir para la atención con ellos.



VII. REFERENCIAS

1. Mendez, M., infección por VIH, Histotia natural y marcadores de progresion. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad de Complutense de Madrid, Facultad de Medicina; 1995.
2. Diaz, C., Vega, J., Detreminar el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA en adolescentes de pregrado en modalidad presencial. Tesis para Titulo profesional. Colombia: Universidad de Cartagena de Indias Colombia, Cartagena; 2011
3. Rodriguez J Miranda, J., Morejon, H., Santana, J. Candidiasis de la mucosa bucal. Rev. Cubana de Estomatología. 2002; 2(39).
4. Rodruigez, J., Introduccion a las Normas de Bioseguridad. Universidad Nacional de Cordoba, Facultad de Odontologia, Cordoba; 2015.
5. Pavia N. Gongora, R., Vera, L., Conocimientos, actitudes y percepcion de riesgo en referencia al VIH/SIDA en poblacion rural de Yucatan. Tesis para optar Titulo profesional. México:, Yucatan; 2012.
6. Gonzales, X. conocimientos y prácticas de formas de prevención de ITS VIH/SIDA, en estudiantes del colegio Pio Jaramillo Alvarado sección vespertina durante febrero-diciembre 2009. Tesis Para optar Titulo Profesional. Ecuador: Universidad Nacional De Loja; 2010.
7. Arrasco, J. Relación entre el Nivel de Conocimientos y las Prácticas Preventivas sobre Infecciones de Transmisión Sexual VIH-SIDA en estudiantes del 5º año de secundaria de la I.E Juan Miguel Pérez Rengifo. Junio - Agosto 2012.. Tesis para optar titulo profesional. Perú: Universidad Nacional De San Martin, Facultad de ciencias de la salud, Tarapoto; 2012.
8. Ramos, A. Grado de conocimiento del VIH-sida y bioseguridad en los alumnos de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano –Puno 2005.. Tesis para optar titulo profesional de cirujano dentista. Perú: Escuela Profesional De Odontología Universidad Nacional Del Altiplano Puno, Puno; 2006.
9. Saenz, S. Evaluación del grado de conocimiento y su relación con actitud sobre medidas de bioseguridad de los internos de odontología del Instituto de Salud Oral de la fuerza aérea del Perú. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Odontologia; 2007.

10. Rodriguez. 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- 2013. facultad de ciencias de la educación. Carabobo: Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo- 2013.; 2013.
11. Zumaeta, D. Sida y periodontitis. Tesis Para optar titulo profesional de cirujano dentista. Universidad Nacional Federico Villareal, Facultad de Odontologia; 2010.
12. ONUSID. VIH- SIDA analisis de las situaciones y recomendaciones. 2008.
13. Haseltine WA. The molecular biology of EIIV-1. En: DeVita VT, Hellman, Rosenberg SA, editores. AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention. Philadelphia: Lippincott, 1992; 39-59.
14. Ammann AJ, Abrams D, Conant M, et al. Acquired immune dysfunction in homosexual men: Immunologic profiles. Clin Immunol Immunopathol 1983; 27: 315-325
15. Ammann AJ, Schiffman G, Abrams D, et al. B-cell immunodeficiency in acquired immune deficiency syndrome. JAMA 1984; 251: 1447-1449.
16. Tuesta, S. Actitud del cirujano dentista en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA en la ciudad de Trujillo, 2010.. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego Facultad de Medicina Humana, Escuela Profesional de Estomatología., Trujillo; 2010.
17. Pareja, G. Riesgo de transmisiones de enfermedades en la consulta odontologica. [Online].; 2007 [cited 2016 Agosto. Available from: <http://www.odontologiapreventiva.com/infecciones/riesgo.htm>.
18. CENSIDA. Atencion odontologica en pacientes con VIH-SIDA. 2015.
19. Galvez, A., De Montenegro, R. Bioseguridad en practica bucodental, normas y tecnicas. Panamá: Comite nacional de bioseguridad en salud bucal; 2006.
20. Gomez, R. Bioseguridad en sala de operaciones en la sala de operaciones Hospital Regional de Occidente 2008- 2010.. 2012.: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. ; 2012.
21. Soto, V., Olano, E. Conocimiento y cumplimiento de medidas de bioseguridad en personal de enfermería. Lima- Perú: Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Facultad de Medicina Univ. Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
22. Ruiz, R. Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA y medidas de prevención en estudiantes de 5 año de secundaria de la Institución Educativa Raúl Porras

- Barrenechea de la provincia de Palpa – Ica. Tesis para optar título profesional de Licenciada de Enfermería. Ica- Perú: Universidad Privada San Juan Bautista, Ica.
23. Sangama, L., Rojas, R. “Nivel de conocimiento y aplicación de medidas de bioseguridad en estudiantes del VIII - IX ciclo de obstetricia UNSM - T en el hospital II-2 Tarapoto. Junio - Setiembre 2012.”. Título Profesional. Peú: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Academica Profesional de Obstetricia, Tarapoto; 2012.





ANEXO N°1. MATRIZ BÁSICA DE DATOS

N	Edad	SEXO	VIH- SIDA	Bioseguridad	GENERAL
1	18 a 29	F	B	A	B
2	18 a 29	F	A	B	A
3	18 a 29	F	A	A	A
4	18 a 29	F	B	B	B
5	18 a 29	F	B	B	B
6	18 a 29	M	B	A	A
7	18 a 29	M	A	B	A
8	18 a 29	F	B	A	B
9	18 a 29	M	B	A	A
10	18 a 29	F	B	A	A
11	18 a 29	F	A	A	A
12	18 a 29	M	B	A	B
13	18 a 29	M	A	A	A
14	18 a 29	F	B	B	B
15	18 a 29	F	A	B	A
16	18 a 29	F	A	A	A
17	18 a 29	M	A	A	A
18	18 a 29	M	A	B	A
19	18 a 29	M	A	A	A
20	18 a 29	F	A	A	A
21	18 a 29	M	B	A	A
22	18 a 29	F	A	B	A
23	18 a 29	M	A	B	A
24	18 a 29	M	B	A	A
25	18 a 29	F	A	B	A
26	18 a 29	M	B	A	B
27	18 a 29	F	B	B	B

28	18 a 29	F	B	B	B
29	18 a 29	F	B	B	B
30	18 a 29	F	A	A	A
31	18 a 29	F	B	C	C
32	18 a 29	M	B	B	B
33	18 a 29	F	B	B	B
34	18 a 29	F	B	B	B
35	18 a 29	F	B	A	B
36	18 a 29	M	B	A	A
37	18 a 29	F	B	B	B
38	18 a 29	M	B	C	B
39	18 a 29	M	B	B	B
40	18 a 29	F	A	B	B
41	18 a 29	F	B	A	A
42	18 a 29	M	B	B	B
43	18 a 29	M	A	A	A
44	18 a 29	F	A	A	A
45	18 a 29	F	A	B	A
46	18 a 29	M	B	A	B
47	18 a 29	M	A	A	A
48	18 a 29	F	A	B	A
49	18 a 29	F	B	B	B
50	18 a 29	F	B	B	B
51	18 a 29	M	A	B	A
52	18 a 29	F	A	B	A
53	18 a 29	F	B	B	B
54	18 a 29	M	B	B	B
55	18 a 29	F	B	B	B
56	18 a 29	M	B	A	B
57	18 a 29	M	A	B	A
58	18 a 29	F	B	A	B
59	18 a 29	M	A	A	A
60	18 a 29	F	B	A	B

61	18 a 29	F	B	A	A
62	18 a 29	F	A	B	A
63	18 a 29	F	A	A	A
64	18 a 29	F	B	B	B
65	18 a 29	M	B	A	B
66	18 a 29	M	B	A	B
67	18 a 29	M	B	B	B
68	30 a más	M	A	A	A
69	30 a más	F	B	B	B
70	30 a más	M	C	B	B
71	30 a más	M	B	B	B
72	30 a más	M	A	A	A
73	30 a más	M	B	B	B
74	30 a más	M	B	A	B
75	30 a más	F	B	A	B
76	30 a más	M	A	A	A
77	30 a más	M	A	B	A
78	30 a más	M	B	A	B
79	30 a más	M	B	B	B
80	30 a más	M	B	B	B
81	30 a más	M	A	A	A
82	30 a más	M	A	B	B
83	30 a más	F	B	B	B
84	30 a más	F	B	B	B
85	30 a más	M	B	B	B
86	30 a más	F	A	A	A
87	30 a más	F	B	A	B
88	30 a más	F	B	A	B
89	30 a más	F	B	B	B
90	30 a más	M	B	B	B
91	30 a más	M	A	B	A
92	30 a más	M	B	A	A
93	30 a más	M	B	B	B

94	30 a más	F	B	B	B
95	30 a más	M	B	A	A
96	30 a más	M	B	A	A
97	30 a más	F	B	A	B
98	30 a más	F	A	A	A
99	30 a más	M	C	A	B
100	30 a más	M	B	A	A
101	30 a más	M	B	B	B
102	30 a más	M	B	B	B
103	30 a más	F	A	B	B
104	30 a más	M	B	B	B
105	30 a más	M	B	B	B
106	30 a más	F	B	B	B
107	30 a más	F	B	B	B
108	30 a más	F	B	A	A
109	30 a más	M	B	B	B
110	30 a más	M	A	A	A
111	30 a más	F	B	A	A
112	30 a más	F	B	B	B
113	30 a más	M	B	B	B
114	30 a más	F	A	A	A
115	30 a más	F	A	A	A
116	30 a más	M	B	A	A
117	30 a más	F	B	B	B
118	18 a 29	M	A	B	A
119	30 a más	M	B	B	B
120	30 a más	M	B	B	B
121	30 a más	F	B	B	B

A: Bueno; B: Regular; C: Deficiente

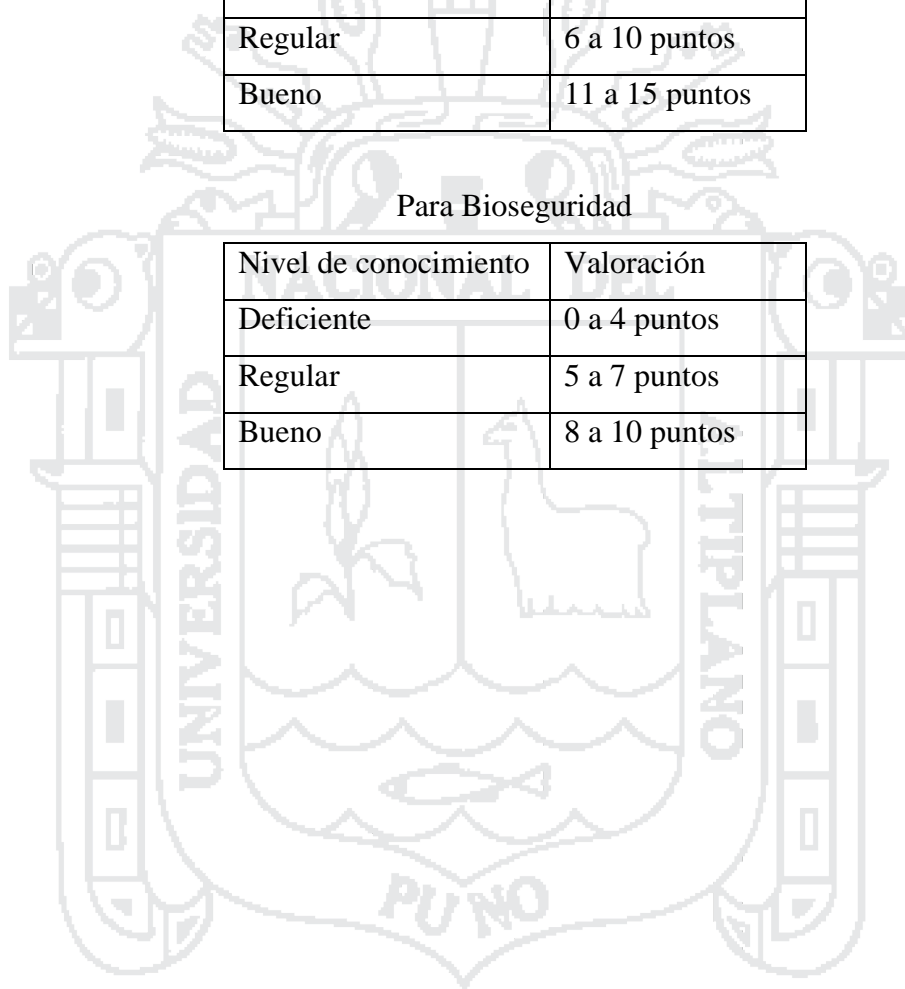
Escalas utilizadas para la valoración del nivel de conocimiento

Para VIH-SIDA

Nivel de conocimiento	Valoración
Deficiente	0 a 5 puntos
Regular	6 a 10 puntos
Bueno	11 a 15 puntos

Para Bioseguridad

Nivel de conocimiento	Valoración
Deficiente	0 a 4 puntos
Regular	5 a 7 puntos
Bueno	8 a 10 puntos



**ANEXO. N° 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.
CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Señor(a): Nos encontramos desarrollando un proyecto de investigación, con el objetivo de conocer cuál es el nivel de conocimiento y las normas de bioseguridad ante el VIH-SIDA, la misma que nos ayudará a identificar necesidades específicas de información, educación y comunicación e incidir y promocionar un cambio en las políticas y estrategias de intervención en favor de la salud de la población en general estamos solicitando su participación en esta investigación a través de un cuestionario.

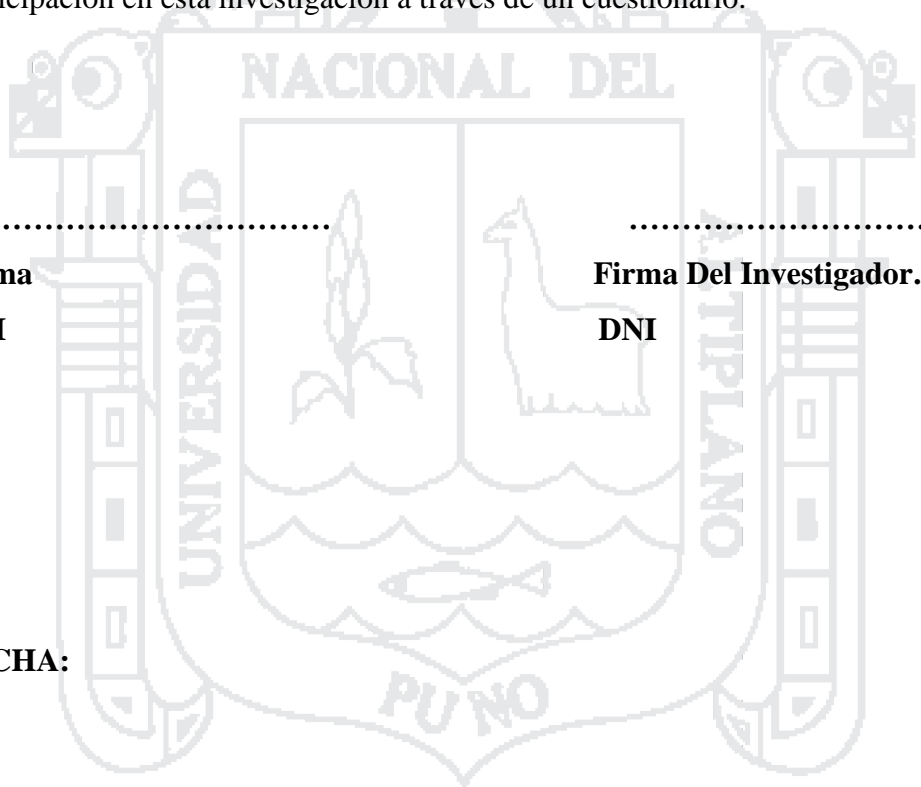
.....
Firma

DNI

.....
Firma Del Investigador.

DNI

FECHA:



ANEXO N° 3 ENCUESTA.**FICHA DE INVESTIGACIÓN**

“Nivel de conocimiento del VIH-SIDA y de normas de bioseguridad básicas de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano puno 2016”.

CUESTIONARIO**INTRODUCCION**

¡Buenos días! señor(a), con el fin de realizar un trabajo de investigación sobre el nivel de conocimiento del VIH/SIDA, se ha diseñado esta encuesta para identificar el nivel de conocimiento que tienen sobre este tema. Esta información es confidencial y solo se utilizará específicamente para complementar este trabajo. Sugerimos sinceridad en las respuestas. Gracias por su colaboración.

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de preguntas, los primeros dirigidos al conocimiento sobre el VIH-SIDA; corresponda marcar con un aspa (x) la respuesta que consideres correcta. Seguido se presenta preguntas específicas al conocimiento sobre las normas de bioseguridad básicas; llenar los espacios en blanco o marcar según.

N° DE ENCUESTA:

I. FILIACIÓN:

- fecha: _____
- edad: _____
- sexo: masculino () femenino ()
- estado civil: conviviente casada(o) divorciada(o) separada(o) viuda (o) soltera(o)

1.- EL SIDA ES:

- a) Un tipo de medicina.
- b) Una enfermedad.
- c) Una bacteria.

2.- EL SIDA ES:

- a) Es una enfermedad de transmisión sexual muy contagiosa que aún no tiene cura.
- b) Es una enfermedad de transmisión sexual muy contagiosa que se cura con el tiempo.
- c) Es una enfermedad de transmisión sexual muy contagiosa que solo afecta a homosexuales.

3.- ¿DE DÓNDE CREE QUE VIENE EL SIDA?

- a) De los chimpancés africanos.

- b) Por la inmigración.
- c) Por una alteración genética humana.

4.- ¿ESTÁ CAUSADO POR?:

- a) Retretes antihigiénicos.
- b) Contaminación del medio ambiente.
- c) Un virus.

5.- ¿LAS 3 PRINCIPALES FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH SON?:

- a) Por compartir cubiertos, a través de las relaciones sexuales, por los abrazos
- b) A través de las relaciones sexuales, transfusiones sanguíneas, de madre a hijo.
- c) A través de las relaciones sexuales, transfusiones sanguíneas, por los abrazos.

6.- ¿CÓMO TÚ CREES QUE SE PUEDE PREVENIR EL VIH/SIDA?

- a) No teniendo sexo
- b) Siendo fiel a su pareja
- c) Ninguna de las anteriores

7.- ¿SE PUEDE CONTRAER VIH POR SALPICADURA DE SALIVA EN EL OJO O EN UNA HERIDA EXPUESTA?

- a) Sí.
- b) No.
- c) No sabe.

8.- ¿EL VIH, EL VIRUS QUE OCASIONA EL SIDA, SE PEGA O CONTAGIA POR USAR EL MISMO BAÑO?

- a) Sí
- b) No
- c) No sabe

9.- ¿CUAL ES EL TRATAMIENTO PARA EL VIH/SIDA?

- a) Antiretrovirales.
- b) Amoxicilina
- c) Plantas medicinales

10.- ¿SI USTED FUERA UN TRABAJADOR DE LA SALUD, ESTARÍA DISPUESTO A ATENDER A UNA PERSONA INFECTADA CON EL VIRUS DEL VIH/SIDA?

- a) sí
- b) No
- c) No sabe

11.- IMAGINE QUE UN MÉDICO GENERAL ESTÁ ENFERMO DE SIDA:

- a) Puede seguir trabajando sin riesgo para el paciente.
- b) Debe informar a sus pacientes obligatoriamente.
- c) No debe seguir ejerciendo.

12.- ¿EXISTE DIFERENCIA ENTRE UNA PERSONA CON EL VIH Y UNA CON EL SIDA?

- a) Sí.
- b) No.
- c) En algunos casos.

13.- ¿EXISTE CURA PARA EL SIDA?

- a) Sí.
- b) No.
- c) No sabe.

14.- ¿SI UNA PERSONA ESTÁ INFECTADA POR EL VIH, ¿DEBE DEJAR DE TRABAJAR?

- a) Sí.
- b) No.
- c) Sólo en algunos casos

15.- ¿CREE QUE ALGUIEN AFECTO DE SIDA DEBE DECIRLO?

- a) Sí.
- b) No.
- c) No es necesario, no se

16.- ¿QUE ES BIOSEGURIDAD?:

- a) Conjunto de medidas de preventivas que protegen la salud y seguridad del personal, paciente y comunidad.
- b) Conjunto de normas para evitar la propagación de enfermedades y transmisión de infecciones

- c) Conjunto de medidas para eliminar, inactivar o matar gérmenes patógenos por medios eficaces, simple y económicos

17.- ¿EL LAVADO DE MANOS SE DEBE REALIZAR?:

- a) Siempre antes y después de atender al paciente
b) No siempre antes, pero sí después
c) Depende si el paciente es infectado o no

18.- ¿NOS LAVAMOS LAS MANOS PRINCIPALMENTE PARA EVITAR?:

- a) Evitar contaminar a los pacientes.
b) Evitar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas.
c) Evitar el uso de guantes.

19.- USTED CONSIDERA QUE CUANDO SE REALIZA ALGÚN PROCEDIMIENTO AL PACIENTE UTILIZANDO GUANTES Y NO ES UN PACIENTE INFECTADO, ¿QUÉ SE HACE CON ESTE GUANTE?

- a) Se desecha
b) Se vuelve a utilizar, por que el paciente no es infectado
c) Se puede lavar el guante y volver a utilizarlo.

20. ¿SE DEBE USAR MASCARILLA PARA PROTECCIÓN?:

- a) Siempre que se tenga contacto directo con paciente
b) Sólo si se confirma que tiene VIH/SIDA
c) Sólo en las áreas de riesgo

21.- ¿SI HAY UN ASISTENTE QUE TRABAJA DIRECTAMENTE CON EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR TAMBIÉN GUANTES Y MASCARILLA?

- a) Si
b) No
c) No sabe.

22.- CON RESPECTO A LA VESTIMENTA DE SU TRATANTE, ¿UD. CONSIDERA QUE?:

- a) Debe venir con la vestimenta clínica puesta desde su casa.

- b) Colocarse la vestimenta clínica antes de iniciar su turno clínico y al concluir el turno se cambia y recién va a su casa.
- c) No debe colocarse su ropa de clínica, no es importante

23. ¿SE DEBE APLICAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD ESPECIALES PARA ATENDER PERSONAS CON VIH? ¿POR QUÉ?

- a) Si
- b) No
- c) No se

24. CON RESPECTO AL USO DE MASCARILLAS:

- a) Deben sustituirse una vez cada hora o entre un paciente y otro siempre.
- b) Si la mascarilla se humedece con nuestra saliva podemos seguir utilizándola, la capacidad de filtración no disminuye.
- c) Podemos tocar la mascarilla con los guantes colocados.

25.- ¿A SU CONSIDERACIÓN CUAL CREE QUE ES CONSIDERADO COMO POTENCIALMENTE CONTAMINADO Y DE ALTO RIESGO?

- a) Sangre y los dientes.
- b) Sangre y la saliva.
- c) Saliva y los dientes.

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN...

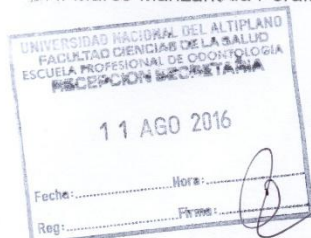
**ANEXO N° 4 SOLICITUD A LA DIRECCION DE LA ESCULEA
PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA.**

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

SOLICITO: Autorización para ejecutar proyecto de investigación en la clínica odontológica.

SEÑOR. Director de la Escuela Profesional de Odontología de la UNA PUNO.

DR. Marco Manzaneda Peralta.




Yo, BLANCA FLOR INOFUENTE HANCCO, identificado con de DNI 70810820 con código de matrícula N° 093773, de la escuela Profesional de Odontología, domiciliado en el Jr. Caluyo 296 de la ciudad de Puno ante Ud. Me presento y expongo:

Que, con motivo de realizar mi trabajo de investigación, es necesario que este lo ejecute en dicho establecimiento el mismo que titula "Nivel de conocimiento del VIH-SIDA y de Normas de Bioseguridad Básicas de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano Puno 2016". Es por esto que solicito la autorización respectiva.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. Señor director de la escuela profesional de odontología acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

Puno, 11 de Agosto de 2016.


.....
BLANCA FLOR INOFUENTE HANCCO
70810820

ANEXO N° 5 SOLICITUD A LA COORDINACION DE LA CLINICA ODONTOLOGICA.

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"



SOLICITO: Autorización para ejecutar proyecto de investigación en la clínica odontológica.

SEÑOR. Director de la Escuela Profesional de Odontología de la UNA PUNO.
DR. Marco Manzaneda Peralta.



Yo, BLANCA FLOR INOFUENTE HANCCO, identificado con de DNI 70810820 con código de matrícula N° 093773, de la escuela Profesional de Odontología, domiciliado en el Jr. Caluyo 296 de la ciudad de Puno ante Ud. Me presento y expongo:

Que, con motivo de realizar mi trabajo de investigación, es necesario que este lo ejecute en dicho establecimiento el mismo que titula "Nivel de conocimiento del VIH-SIDA y de Normas de Bioseguridad Básicas de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano Puno 2016". Es por esto que solicito la autorización respectiva.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. Señor director de la escuela profesional de odontología acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

Puno, 11 de Agosto de 2016.

.....
BLANCA FLOR INOFUENTE HANCCO
70810820