

Artículo Científico

La Profesión Odontológica ante la Presencia de la Infección VIH / SIDA: El Caso de Costa Rica

William Brenes Gómez*

Silvia Castro Pittier **

Alicia Zamora Murillo ***

Mauricio Mena Muñoz ****

Resumen

Esta investigación identifica algunos de los conocimientos, actitudes y prácticas de los y las odontólogos/as en relación a la epidemiología de la infección por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), normas de bioseguridad, prevención y conocimiento de las manifestaciones orales asociadas a esta enfermedad. La población estudiada estuvo constituida por 182 profesionales de la Provincia de San José, seleccionados mediante un muestreo estratificado por sexo y que laboran en práctica privada o mixta.

De los entrevistados/as 142 (78%) no conocían la definición correcta de VIH y de SIDA y 161 (88,59%) desconocían la clasificación de las manifestaciones orales asociadas a la enfermedad. La disposición para atender pacientes infectados/as por VIH o enfermos/as de SIDA que con anticipación al tratamiento dental les hayan manifestado su condición, 93 (51.1%) respondieron que sí atienden o atenderían a estos/as pacientes y 83 (45.6%) expresaron que no los/as atenderían. Las prácticas de bioseguridad de estos/as profesionales, varían entre la práctica privada y la institucional. En la práctica institucional es más frecuente el uso de guantes, mascarilla y anteojos de protección.

A pesar de que existen limitaciones en el grupo profesional estudiado con respecto al conocimiento, actitudes y prácticas en torno a la infección VIH / SIDA, existe una disposición favorable a reconocer dichas deficiencias y a iniciar un proceso de aprehensión de conocimiento, que los lleve a un mejor y mayor manejo de la problemática.

Summary

This investigation identifies some of the knowledge, attitudes, and practices of dentists regarding the epidemiology of HIU (Human Immunodeficiency Virus) infection and AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), biosecurity measures, and prevention and knowledge of oral manifestations associated with the disease.

The study population was 182 professionals from San Jose Province, in private, mixed or institutional practice, chosen using a sample stratified by sex. 146 (78%) of those interviewed didn't know the correct definition of HIU and AIDS, and 161 (88.5%) did not know the classification of the oral manifestations associated with the disease, 93 (51.1%) responded that they do treat, or would treat, patients infected with HIU or AIDS patients when given prior knowledge of their condition, while 83 (45.6%) would not do so.

The professionals' biosecurity practices vary in private and institutional practice. The use of gloves, mask, and protective glasses is more frequent in institutional practice. In spite of the limitations of the professionals studied, regarding their knowledge, attitudes, and practices concerning HIU / AIDS infection, a willingness exists to recognize these deficiencies and initiate a learning process that will lead to better management of the problem.

Introducción

"Se me fracturó una muela y el dolor por la noche fue tan insoportable que apenas pude dormir para ir a primera hora en la mañana donde mi dentista. Llegué a su oficina con dolor y temor porque sospechaba que tendría que extraerme la pieza. No sólo era mi dentista, era mi amigo y conocía acerca de mi preferencia sexual - sabía que yo soy homosexual -. Después de contarle mi problema con la muela, él me miró seriamente y me dijo que no podía atenderme, que lo exponía a él, a su esposa y sus hijos. Sentí que el edificio me caía encima y por primera vez, comprendí la dura relación: Homosexual = SIDA = Muerte".

* Instituto de Investigaciones en Salud (INISA), Universidad de Costa Rica.

** Práctica privada en Odontología y colaboradora de la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA).

*** Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica.

**** Región Brunca, Ministerio de Salud.

Llegó a mi consultorio pálido, sudoroso, a punto de desmayarse. Me contó la historia y con lágrimas en los ojos, me dijo: "Si usás guantes y tenés cuidado, ¿me sacarlas la muela?" Hice la extracción y a partir de ese momento, tuve un vuelco en mi trabajo como profesional. Fue yo, quien le dije: Gracias!

Silvia Castro Pittier.

La epidemia del SIDA desde su aparición en la década de los 80, se sigue propagando por el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) a mediados de 1993 había 1.5 millones de casos de infección por VIH en adultos, de los cuales 240.000 casos de SIDA se presentan en América Latina y el Caribe. El 80% de las personas infectadas se encuentra en países en desarrollo y se cree que hay entre 2 y 2.5 millones de infectados/as asintomáticos(1).

En Costa Rica se han reportado 621 casos de SIDA al mes de mayo de 1994; se estima - según proyecciones realizadas por la O.M.S. - que por cada persona infectada, existen aproximadamente de 50 a 100 personas con el virus que están asintomáticos/as y algunos de estos desconocen su situación. Entre el año 1993 y el mes de febrero de 1994, los casos de SIDA en el país, se presentaron en 578 hombres y 43 mujeres. Las edades en que se presentan la mayor parte de los casos en ambos sexos va de los 25 a los 49 años (2).

El deterioro del sistema inmunológico que provoca el VIH, da paso a la aparición de enfermedades oportunistas y tumores, y gran cantidad de estos ocurren en la cavidad oral. De allí que, algunos estudios epidemiológicos y biomédicos han demostrado una alta ocurrencia de manifestaciones orales asociadas al VIH. Los estudios realizados en centros de investigación en Dinamarca, San Francisco de California y otros, han revelado una alta incidencia de Candida, Herpes Simplex, Herpes Zoster, Leucoplasias, Sarcoma de Kaposi y otras formas de manifestaciones orales asociadas al VIH/SIDA (3).

Después del Congreso realizado en Amsterdam, Holanda en 1990, se clasificaron las manifestaciones orales asociadas al VIH/SIDA, dentro de tres grandes grupos:

- Grupo I: Lesiones fuertemente asociadas con la infección por VIH.
- Grupo II: Lesiones menos comunes asociadas con el VIH
- Grupo III: Lesiones posiblemente asociadas con la infección por VIH (4).

Algunos ejemplos de estas manifestaciones identificadas con la infección por VIH son: en el Grupo I Candidas, Leucoplasia Velloso, Sarcoma de Kaposi y Gingivitis Necrotizante. En el Grupo II Ulceraciones Atípicas, Enferme-

dades de las glándulas salivales, Herpes Simplex, Herpes Zoster, Citomegalovirus. En el Grupo III Infecciones por hongos (que no son candidas), infecciones bacterianas, disturbios neurológicos, Carcinoma de células escamosas y Osteomielitis (5).

La ocurrencia de estas manifestaciones, hace que el personal de odontología sea un pilar fundamental en la detección precoz de los cambios que produce la enfermedad y en algunos casos en el diagnóstico de la misma. A su vez, esto podría permitir un manejo apropiado, un control y tratamiento adecuado del paciente y por ende una disminución en la probabilidad de contagio a otras personas. Sin embargo, muchos/as profesionales en odontología se han resistido a atender pacientes comprometidos con la infección VIH/SIDA, actitud que refleja la incidencia en este grupo de inseguridades, miedos y desconfianza, que lejos de estar sustentados en los avances científicos del comportamiento de la pandemia, se basan en prejuicios y estereotipos sociales que han hecho de esta enfermedad un mito.

El conocimiento que han dado los científicos y epidemiólogos, no son suficientes para disolver la visión pública de misterio y pavor con respecto al SIDA. ... A través de la asociación de sexo, sangre, drogas y muerte, el SIDA evoca inhibiciones humanas y furias básicas. ... Por estar asociado al sexo, ha causado gran discusión con respecto a las relaciones humanas, el amor y la sexualidad, el SIDA ha tocado la homosexualidad en nuestras sociedades, promoviendo el entendimiento y la tolerancia en unos y reforzando la aversión en otros. Esto hace que se toquen temas de los cuales no se hablaba hace diez años como son homosexualidad, prácticas sexuales, uso de condones, etc, hiriendo la susceptibilidad en mucha gente (6).

Se tiene conocimiento que el comportamiento epidemiológico de la infección por VIH varía de un área geográfica a otra, los datos muestran consistentemente la transmisión por tres vías: sexual, parenteral y perinatal. En Costa Rica las vías de transmisión del total de casos reportados con SIDA (621) son: 506 por vía sexual, (homosexual (340), bisexual (100) y heterosexual (66); 8 casos por vía perinatal; 48 casos por vía parenteral (hemofílicos y por transfusión sanguínea); 13 casos por drogadicción intravenosa y en 46 casos se desconoce la vía de transmisión (7).

La inoculación de sangre por pinchazo, herida abierta y lesiones en la piel en los trabajadores de salud, se señalan como una potencial vía de transmisión y contagio del VIH (8). Por ejemplo, se sabe que el riesgo de contagio a través de una aguja contaminada con VIH es menor al 1% (9). Mientras que la O.M.S. indica que la probabilidad de contagio de un/a paciente a través de un/a profesional es 2.4 pacientes por millón de profesionales en salud (10).

Sigue en la página 18

Viene de la página 15

El personal de odontología debe conocer y llevar a cabo un gran número de precauciones en su trabajo, con el fin de evitar inoculaciones accidentales y contaminación de piel mucosas. La principal causa de contagio del personal de salud, la constituyen los accidentes en el trabajo debido a:

- Condiciones de trabajo inseguras: ausencia de anteojos, no usar guantes, no usar mascarillas, no usar gabachas o batas. Accidentes de trabajo: heridas con instrumentos punzo cortantes, bisturíes, agujas, etc.
- Actos inseguros o acciones propias del trabajador: Ignorancia, fatiga, no cumplir las normas, irresponsabilidad, creencias erróneas de los accidentes, etc.

Hay que tomar en cuenta, que estas causas mencionadas como medios de contagio del personal de salud, son las que también podrían posibilitar el contagio de los/as pacientes.

El personal de salud bucodental siempre ha estado expuesto a diversos agentes patógenos. Son muy pocos los procedimientos dentales que pueden efectuarse sin entrar en contacto directo con sangre y saliva, así como partículas suspendidas en el aire o salpicaduras de estos líquidos. En la odontología el riesgo de exposición accidental es grande, por lo que hay que prestar suma atención a las medidas apropiadas para evitar las infecciones (11).

Para reducir al mínimo las posibilidades de infección, el personal odontológico deberá poner especial cuidado en el manejo del equipo, instrumental, materiales y productos biológicos causantes de cualquier infección. Existen normas o medidas de bioseguridad universales para la prevención entre los trabajadores/as de la salud que incluyen:

- Utilizar vestimentas protectoras: usar guantes, batas, máscaras y anteojos para todos los procedimientos clínicos y quirúrgicos. Después del contacto con sangre u otras secreciones lavarse inmediatamente con agua y jabón.
- Tener cuidado con objetos puntiagudos: todas las agujas, hojas de bisturíes y otros instrumentos cortantes deben considerarse contaminantes y manejarse con cuidado. Las jeringas desechables y otros elementos cortantes deben colocarse en un recipiente a prueba de perforaciones y destruirse. Las agujas no deben volver a taparse o de hacerse, se debe evitar tocarlas con la mano para disminuir el riesgo del pinchazo, tampoco deben romperse ni doblarse después del uso.
- Limpiar, desinfectar y esterilizar: todo el instrumental odontológico debe lavarse, enjuagarse y esterilizarse o desinfectarse correctamente entre paciente y paciente.
- Manejo de biopsias, muestras de sangre u otros. Antes de cualquier toma de muestras, biopsias, etc. se debe tener un recipiente listo con la solución que se va a utilizar y con la tapa completamente cerrada. Al introducir

el material, se cierra herméticamente la tapa y se coloca el recipiente en una bolsa plástica rotulada.

- Material enviado al laboratorio dental. Los materiales de impresión y los registros de mordida deben ser lavados y desinfectados antes de enviarlos al laboratorio.
- Piezas de mano y unidad dental. Las piezas de mano deben desinfectarse con alcohol de 70° entre paciente y paciente. Se deben lavar con agua y jabón. Es importante poner la pieza de mano a funcionar por lo menos 10 segundos antes de atender al paciente, para que salga cualquier material absorbido por dicha pieza o por la manguera del agua.
- Materiales de desecho. Todos los materiales de desecho como agujas, vasos y servilletas deben colocarse en bolsas plásticas y las piezas extraídas (dientes, muelas, etc.) deben ser puestas en un recipiente con cloro y al final del día colocarlas dentro de las mismas bolsas plásticas antes de llevarlas al depósito de basura.
- Personal auxiliar. Debe recibir la misma capacitación en medidas de bioseguridad que los/as odontólogos/as.

Debido a la dificultad que existe para reconocer clínicamente a las personas infectadas por el VIH, que se encuentran en la etapa asintomática, la manera más segura de evitar riesgos, es considerar a todos/as los/as pacientes como potencialmente contaminantes. Esto será particularmente importante a medida que la prevalencia de la infección por VIH aumente en la población que visita al odontólogo/a. Como también deberá considerarse, el que esta población, cada día adquiera más conciencia de la problemática y se sienta con mayor derecho de pedir medidas básicas de prevención en su atención clínica.

Cabe señalar que el VIH ha aumentado en mujeres y niños/as y que ya no se considera una enfermedad de ciertos grupos minoritarios, sino que toda la población tanto homosexual como heterosexual, hombres, mujeres, jóvenes, niños/as y personas de 60 años y más pueden estar infectados/as por diversas causas. Sin embargo, hay que subrayar, que las medidas preventivas tanto del o la profesional en odontología respecto al paciente y del paciente respecto a dicho/a profesional, en Costa Rica no se han interiorizado de acuerdo a la magnitud de su importancia. Por ejemplo, se reconoce que en términos generales en el personal de odontología, no se toman medidas de prevención contra infecciones ocupacionales como la hepatitis B y el VIH. O bien, que prevalece el concepto de que la transmisión de enfermedades se da básicamente del o la paciente hacia el o la profesional y no necesariamente a la inversa.

Es en base a lo anterior que, para realizar esta investigación se partió de las siguientes preguntas:

- ¿Permiten los conocimientos que tienen los odontólogos/as sobre la infección por VIH/SIDA, el reconocimiento de las manifestaciones orales asociadas a esta

Infección?

$$\rightarrow n = \frac{Z^2 * PQ}{d^2}$$

- ¿Son las medidas de bioseguridad en la práctica odontológica adecuadas para la disminución de riesgos en la transmisión del VIH?
- ¿Existe una disposición por parte de los/as odontólogos/as hacia la atención de pacientes VIH positivos o enfermos de SIDA?
- ¿Existe una capacitación adecuada para la atención de pacientes VIH positivos o enfermos de SIDA?

Z Número de unidades de desviación estándar en la distribución normal que producirá el nivel deseado de confianza.

PQ Varianza para variables dicotómicas.

d Diferencia máxima, aceptable, entre el valor muestral y el valor poblacional.

De manera que, para un nivel de confianza de 98% el valor de Z asociado es de 1.645, un error máximo de 0.05 y una varianza máxima de 0.25, se tiene:

$$\rightarrow n = \frac{1.645^2 * 0.25}{0.05^2} = 271$$

El propósito de este estudio es la identificación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los/as odontólogos/as de la provincia de San José en relación a la epidemiología del VIH/SIDA, normas de bioseguridad, prevención y conocimiento de las manifestaciones orales asociadas al VIH/SIDA. Al respecto, esta investigación se plantea una medición del nivel de actualización de la información y conocimientos con que cuentan en su labor profesional los y las odontólogos/as en relación a la epidemiología de la infección por VIH/SIDA. Además se identifican las actitudes de estos/as profesionales con respecto a esta infección. Para fines de esta investigación las "actitudes" se entienden como: aquellas manifestaciones que reflejan los diferentes tipos de disposición y valoraciones de estos/as profesionales en relación a la atención de pacientes (de rutina, asintomáticos o enfermos de SIDA) o ante diversas problemáticas personales y profesionales que se les puedan presentar en torno al VIH/SIDA. En este sentido, se analizan fundamentalmente representaciones que tienen que ver con esta temática y en donde inciden aspectos socio-culturales e ideológicos propios del contexto general (nacional) y particular (como grupo social) en el que se desenvuelven e interactúan los y las profesionales en odontología.

Las "prácticas", en esta investigación, se conciben como aquellas acciones que se toman o no en relación a medidas de diagnóstico, bioseguridad, la relación odontólogo/a con el paciente, actualización del conocimiento y tratamiento de pacientes ceropositos asintomáticos y sintomáticos.

Procedimientos Metodológicos

Durante el segundo semestre de 1993, se realizó un estudio de tipo transversal, en los/as profesionales de odontología de la provincia de San José, incorporados al Colegio respectivo a noviembre de 1992, para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas, referentes a la infección por VIH/SIDA.

De 769 odontólogos/as de la provincia de San José, se elaboró una muestra aleatoria, que contempló proporcionalmente a la población femenina y masculina de profesionales que laboraban en práctica privada o mixta. El tamaño de la muestra se obtuvo por:

Al corregir la muestra por el factor de finitud, se obtuvo una muestra bruta de 222 profesionales en odontología. La muestra teórica se distribuyó en forma proporcional entre los estratos, con lo cual se seleccionaron 100 mujeres y 122 hombres. De la muestra de 222 profesionales se obtuvo información de 182 (el 82% de la muestra teórica inicial). No se logró abarcar el 100% por: no respuesta de algunos/as odontólogos/as, profesionales que se pensionaron en esta etapa y no estaban reportados como tales al colegio, así como fallecidos recientes.

Esta investigación utilizó un cuestionario precodificado con preguntas abiertas y cerradas para un total de 63 preguntas. Previo al levantamiento de la información definitiva, el instrumento fue probado en un grupo de 20 profesionales no incluidos en la muestra. Después de esta prueba se hicieron las correcciones pertinentes.

Si bien, la mayoría de los cuestionarios fueron aplicados personalmente por los y las investigadores/as, se contó con la participación de dos estudiantes avanzados de la carrera de Informática y de Odontología, a quienes se les instruyó para la recolección de la información. El procedimiento consistió en entregar los cuestionarios personalmente a cada profesional de la muestra, a quienes se les explicó la forma de respuesta, importancia del estudio y el plazo para entrega de los mismos. Una vez recolectados los cuestionarios, se revisó cada uno de los mismos con el fin de corroborar que estuvieran lo más completos posible.

El procesamiento de la información se inició con la elaboración de un manual de codificación, posteriormente la información de los cuestionarios fue transferida a una base de datos y depurada de inconsistencias y errores. El plan de análisis consistió en el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas para todas las variables incorporadas en el cuestionario. Las respuestas de las preguntas abiertas fueron enlistadas y posteriormente clasificadas en grupos para realizar análisis de contenido.

Resultados

Características Generales de la Población Estudiada

De un total de 182 profesionales en odontología estudiados, el 4% ejercen su práctica en el cantón central de San José, el 11.99% en el cantón de Montes de Oca y los restantes en los demás cantones de la provincia. La edad media fue de 39.5 años con una moda de 38 años. De los/as profesionales entrevistados/as 102 (56%) son hombres y 80 (44%) mujeres.

El tipo de práctica profesional se distribuye de la siguiente manera: 121 (66.5%) ejercen sólo la práctica privada; 16 (8.8%) sólo la práctica institucional, 43 (23.6%) ejercen práctica mixta (institucional y privada) y 2 (1.1%) trabajan en empresas privadas. El promedio de años de servicio reportado fue de 13.8 años, con una moda de 15 años. Del total de profesionales, 19 (10.5%) manifestaron tener un trabajo fuera de su profesión.

En la Universidad de Costa Rica se formaron 170 (93.4%) de los/as profesionales entrevistados/as; en tanto que, 12 (6.6%) se graduaron en universidades de otros países. Con respecto a estudios de posgrado, 22 (12.1%) manifestaron haberlos realizado en diferentes especialidades como: endodoncia, ortodoncia, periodoncia, prostodoncia, coronas y puentes, diseño instruccional, operatoria, salud pública y odontopediatría.

Sobre los ingresos que reciben estos/as profesionales, 15 (8.2%) los consideraron insuficientes; 32 (17.6%) los califican de regulares; 117 (64.3%) manifiestan que sus ingresos son suficientes y 18 (9.9%) dijeron que son muy buenos.

El promedio de años de servicio es de 13.8, con una moda de 15 años y una mediana de 12 años.

En relación a la pregunta si realizaban otro trabajo fuera de su profesión, 19 (10.5%) manifestaron tener otro trabajo además de odontología.

Conocimientos

Ante la pregunta, "¿la salud oral es un problema de salud pública?", 6 (3.3%) respondieron que no lo era, en tanto que el resto 174 (95.6%) manifestaron que sí es un problema de salud pública. El criterio de estos/as profesionales acerca de si las políticas económicas y sociales de los últimos años han afectado el sistema de seguridad social, especialmente en el campo de la atención odontológica, 149 (81.9%) opinaron que sí han afectado en forma considerable o totalmente, en tanto que 22 (12.1%) valoraron que habían sido afectadas muy poco o nada y 9 (4.9%) dijeron no saber. La valoración de los/as odontólogos/as sobre el carácter que tiene el problema del SIDA en la socie-

dad (Ver cuadro 1), muestra una inclinación, a valorar dicho problema, como de carácter personal o individual (87.4%); asimismo, un 67% lo considera un problema de carácter social.

En el período de 1982 a 1985, 83 (45.5%) se enteraron de la existencia del VIH/SIDA; mientras que, 76 (41.6%) dicen haberse enterado en el período de 1986 a 1990. Las instancias de información por las cuales se enteraron de la existencia del VIH/SIDA fueron los medios de comunicación colectiva, seguido de las revistas de especialización, la Universidad y el lugar de trabajo. En relación al tipo de información que tienen con respecto al VIH/SIDA, 14 (7.7%) la consideraron insuficiente, 33 (18.1%) suficiente y 135 (74.2%) les gustaría contar con más información.

Las respuestas a la pregunta de opinión sobre, a quién o a quiénes atañe la prevención de la infección VIH/SIDA (Ver cuadro 2) fueron en orden de importancia: la sociedad en general, a la persona en forma individual, al estado e instituciones de salud y a los profesionales en ciencias médicas.

El conocimiento sobre la diferencia entre el VIH y el SIDA, mostró que 51 (28.1%) no lo sabían, 7 (3.8%) no respondieron y 124 (68.1%) manifestaron conocer la diferencia. Al pedir la definición del VIH, 94 (51.6%) la definieron de forma incorrecta, 16 (8.8%) acertaron la definición y 72 (39.6%) no respondieron. En el caso de la definición del SIDA, 76 (41.8%) la definieron de forma incorrecta, 36 (19.8%) acertaron la definición y 70 (38.4%) no respondieron.

En cuanto al conocimiento, sobre las formas más frecuentes de transmisión del VIH (Ver cuadro 3) los entrevistados citaron: la vía sexual como la primera forma de transmisión, seguida de la transmisión a través de la sangre y como tercera vía, las drogas. Al comparar esta información con los reportes epidemiológicos de la O.M.S., los mismos hacen énfasis en que las principales vías de transmisión del VIH son en orden de importancia: sexual, parenteral y perinatal. Esta última fue señalada por los odontólogos como una cuarta vía de transmisión.

La apreciación de los/as entrevistados acerca de cuáles son las personas vulnerables a contraer el VIH y SIDA, es la siguiente: 121 (66.5%) señalan a las personas promiscuas en primer lugar; 120 (65.9%) cita a los homosexuales en segundo lugar; 117 (64.3%) a los drogadictos en tercer lugar y 111 (61%) a los bisexuales en cuarto lugar. Cabe señalar que a la respuesta de si "todas las personas son vulnerables", 109 (59.9%) de los/as entrevistados/as respondieron que sí.

Sobre el conocimiento manifestado acerca de si la presencia del VIH / SIDA en una persona da paso a la aparición de enfermedades oportunistas y tumores en la cavidad oral: 134 (73.6%) respondieron que éstas aparecen con mucha frecuencia; 31 (17%) dijeron que ocurren con poca frecuencia o en casos muy especiales y 16 (8.7%) no sabe

o no responde.

Ante la pregunta: "señale tres manifestaciones orales asociadas al VIH/SIDA", 39 (21.4%) respondieron de forma correcta, mientras que 66 (36.3%) contestaron en forma incorrecta o incompleta y 63 (34.6%) no respondieron.

Con respecto al conocimiento sobre los grupos en que se han clasificado las manifestaciones orales asociadas al VIH / SIDA, 21 (11.5%) respondieron afirmativamente conocer dicha clasificación; en tanto que, 161 (88.5%) no lo conocen o no responden. Al solicitarles la clasificación de estos grupos: 2 (1.1%) lo hicieron correctamente y 180 (98.9%) no lo conocen o no respondieron.

La opinión sobre el papel que juega el / la profesional en odontología en relación a la detección del VIH fue: 171 (94%) manifestaron que tienen un papel importante o muy importante y 11 (6.4%) consideraron que tiene poca importancia o no respondieron.

Sobre el conocimiento del período de seroconversión del VIH, 34 (18.7%) respondieron que es de 4 a 16 semanas; 99 (54.4%) que es de 1 a 6 meses, 10 (5.5%) que el período es de 1 a 12 meses y 39 (21.4%) no saben o no responden. Según la O.M.S. el período de seroconversión está entre 4 y 16 semanas, por lo tanto, 148 (81.3%) desconocen el período de seroconversión correcto.

Con respecto al conocimiento sobre el período de incubación del virus, 146 (81.1%) respondieron en distintas opciones, que el período era oscilante entre 1 mes y 5 años o más; 18 (9.8%) no respondieron y 18 (9.8%) respondieron correctamente, al señalar que este período varía entre 6 meses a 10 años o más.

A la pregunta sobre el riesgo de los/as odontólogos/as en su práctica profesional de contraer el VIH, 177 (97.3%) respondieron que sí y 5 (2.7%) consideraron que no o se abstuvieron de contestar. Los argumentos que con más frecuencia señalan como posibles vías de riesgo son: la presencia de sangre y contacto con la misma; la saliva y los instrumentos dentales como: agujas, exploradores y otros. Sumado a ello la mayoría manifiestan que desconocen la condición del paciente que podría estar infectado.

También se les consultó sobre el riesgo que tienen los/as pacientes de contraer el VIH a la hora del tratamiento dental: 126 (69.2%) contestaron afirmativamente; 51 (28%) dijeron que no y 5 (2.7%) respondieron no saber o no contestaron.

La opinión acerca de: "¿quienes consideran más vulnerables de contraer el VIH en el tratamiento dental?", 70 (38.5%) afirmaron que el / la dentista; 1 (0.5%) manifestó que el / la asistente dental; 7 (3.8%) consideraron al paciente; 98 (53.7%) dijeron que todos eran igualmente vulnerables y 5 (2.7%) no respondieron.

Actitudes y prácticas

En relación al interés mostrado por los/as odontólogos/as en su vida personal por tomar medidas de prevención contra la infección VIH/SIDA: 119 (65.4%) indicaron tomar medidas de prevención todo el tiempo; 50 (27.5%) dijeron hacerlo con frecuencia; 6 (3.3%) contestaron no sentir necesidad de prevenir y 7 (3.8%) casi nunca o nunca previenen, o bien, no respondieron.

Algunas de las razones que expresan los/as que dicen prevenir en su vida personal el VIH son:

- "Cualquier persona puede estar infectada con el VIH"
- "Por la peligrosidad de la enfermedad"
- "Porque toda la familia corre el riesgo"
- "Todos somos vulnerables a contraer el SIDA"
- "Porque guardo verdadera fidelidad conyugal"
- "Por mi vida moral, familiar y religiosa"
- "Porque el contagiarse con SIDA es la muerte y yo amo la vida"
- "No me expongo a convertirme en seropositivo"
- "Tengo hijos que mantener"
- "No quiero que nadie se infecte de SIDA ni cualquier otra cosa por parte mía"

Mientras que algunos que dicen tomar estas medidas eventualmente o no hacerlo nunca, manifiestan:

- "A veces por presión de tiempo se me olvida"
- "Porque soy heterosexual y mi vida sexual practico sólo con una persona"
- "No soy drogadicta y sólo tengo relaciones sexuales con mi esposo"
- "Porque no estoy entre los grupos de riesgo ni tengo prácticas riesgosas"
- "Espero que no sea necesario ya que soy casada y fiel (espero que la fidelidad sea recíproca)"

A la pregunta: "¿en alguna ocasión se ha hecho la prueba serológica para detectar la presencia del VIH?: 52 (28.6%) manifestaron haberse realizado la prueba en algún momento de su vida, 127 (69.8%) respondieron no haberlo hecho y 3 (1.6%) no respondieron. En cuanto a la valoración de la importancia de realizarse esta prueba: 132 (72.5%) respondieron que sí es importante realizarla; 44 (24.2%) consideraron que no es importante y 6 (3.3%) no respondieron.

Para quienes dicen haberse realizado la prueba serológica para el VIH, la mayoría de las razones que justifican esta decisión, se pueden agrupar de la siguiente manera:

- La necesidad de conocer el estado de salud y saber si se porta o no el virus.
- Preocupación en el campo laboral o profesional por el contacto con la gente.
- Por responsabilidad en su vida personal y para seguridad de sus familias y de sus pacientes.
- Por considerar la profesión odontológica como una pro-

fesión de alto riesgo.

Ante un eventual resultado positivo de la prueba, la mayoría manifiesta que se daría en sus vidas un cambio total y expresan la preocupación de que es una enfermedad incurable que los llevaría a la muerte.

Entre los/as entrevistados/as que expresan que no es importante realizarse esta prueba, se presenta lo siguiente:

- Un grupo importante manifiesta categóricamente no estar dentro de un "grupo de riesgo": homosexuales, bisexuales o drogadictos.
- Estar dentro de una estructura matrimonial (monogámica).
- Ser personas de "buenas costumbres", ser fieles, o bien, ser congruentes con una moral religiosa.
- No quieren saber si portan el virus, ya que el SIDA es una enfermedad incurable.

Con respecto al interés de los/as odontólogos/as de tratar el tema del VIH/SIDA con sus pacientes: 14 (7.7%) no tratan este tema; 39 (21.5%) contestaron que sí lo tratan con algunos/as pacientes y 104 (54.2%) que lo tratan sólo con los/as que se interesan en dicho tema. Además 2 (1.1%) contestaron que no tratan este tema para no asustar a sus pacientes; 2 (1.1%) lo considera innecesario o no importante y 2 (1.1%) no respondieron.

En relación al interés o preocupación de los/as pacientes por el tema del VIH/SIDA, los y las entrevistados/as manifestaron: 126 (69.2%) dijeron que son pocos/as pacientes que se interesan por el tema; 43 (23.6%) expresaron que la mayoría de los pacientes se interesan por tratar con ellos/as este tema; 11 (6.1%) dicen que ninguno/a de los/as pacientes habla sobre el tema y 2 (1.1%) no respondieron.

Los tipos de pacientes que se han interesado más por tratar el tema del VIH/SIDA, según la respuesta de estos/as profesionales es el siguiente: 136 (74.7%) mujeres adultas; 121 (66.5%) hombres adultos; 28 (15.4%) mujeres jóvenes y 25 (13.7%) hombres jóvenes. 14 (7.6%) respondieron que, sobre este tema se interesan todos/as los/as pacientes incluyendo niños y niñas.

A la pregunta: "¿a partir del conocimiento sobre la existencia del VIH/SIDA tomaron alguna/s medida/s de prevención en la práctica odontológica?", 120 (65.9%) respondieron que si iniciaron el uso de medidas de prevención inmediatamente; 55 (30.3%) manifestaron que lo hicieron conforme pasó el tiempo; 3 (1.6%) que lo piensan hacer en el futuro; 2 (1.1%) respondieron no hacerlo y 2 (1.1%) no respondieron.

Sobre la consideración por parte de los/as profesionales en odontología de si todos/as sus pacientes tienen derecho a exigir medidas de prevención contra el VIH/SIDA en la atención odontológica, las respuestas fueron las siguientes: 176 (96.8%) manifestaron que sí tienen ese derecho; 3 (1.7%) dijeron que queda a su criterio como profesional tomar medidas de prevención; 1 (0.5%) opinó que

algunos/as de sus pacientes tienen ese derecho; 1 (0.5%) respondió que no y 1 (0.5%) no dió ninguna respuesta en este sentido.

En el caso de los/as odontólogos/as que toman medidas de prevención contra el VIH/SIDA con los/as pacientes, respondieron que el trato que suelen dar a éstos/as es el siguiente: 102 (56%) dicen que es el mismo para todos/as; 70 (38.5%) toman precauciones especiales con los/as que les parecen sospechosos de tener el VIH o SIDA; 7 (3.8%) no atienden homosexuales y 3 (1.7%) no respondieron.

En relación al interés por conocer si sus pacientes pueden estar infectados/as por VIH: 125 (68.7%) respondieron que sí tienen interés en tener este conocimiento; 54 (29.6%) respondieron que no tienen interés en saberlo y 3 (1.7%) no respondieron.

Ante la pregunta de que si un/a paciente infectado/a o enfermo/a por VIH/SIDA, tiene la obligación de comunicar su estado antes de iniciar su tratamiento dental, las respuestas fueron las siguientes: 168 (92.3%) consideran que el o la paciente tiene la obligación de comunicarlos; 11 (6%) respondieron que no tienen la exigencia de comunicarlo y 3 (1.7%) no respondieron.

Para quienes respondieron que es obligación del/la paciente comunicar su estado de seropositividad por VIH o estar enfermo/a de SIDA, la mayoría coinciden en: es importante por consideración al o la profesional para así tomar medidas de precaución; para no correr riesgos en la atención dental; para conducir el tratamiento y también para considerar referirlos a otros colegas. Hay que señalar que algunos consideran que estos/as pacientes deben ser tratados/as en instituciones y algunos/as manifiestan temor y ansiedad de atender a estos/as pacientes. Así también hay quienes hacen referencia a la ética profesional, a la condición de seres humanos y al temor de rechazar a los/as pacientes por cuestiones legales.

Sobre la disposición de los/as profesionales en odontología para atender pacientes infectados/as por VIH o enfermedades/as de SIDA, que con anticipación al tratamiento dental les hayan manifestado su consideración, la respuesta fue: 93 (51.1%) respondieron que sí atienden o atenderían a estos/as pacientes; 83 (45.6%) expresaron que no los/as atenderían y 6 (3.3%) no respondieron.

En aquellos casos de los/as profesionales que dijeron no atender pacientes con VIH o SIDA: 70 (38.4%) los refiere a otros/as colegas y el resto no respondieron.

Entre las respuestas para explicar por qué atenderían o no a este tipo de pacientes están:

- "Porque es un deber humano y un reto para la profesión que no se puede evitar".
- "Es mi obligación como buen cristiano y porque no existe ningún peligro".
- "Por caridad humana".
- "Son personas que también necesitan el tratamiento

odontológico y no sería humano dejarlos".

- "Sólo como pacientes de la Caja".
- "Deben ser atendidos en hospitales".
- "Les recomendaría ir a una institución, mis pacientes sanos tienen prioridad".
- "Soy madre, no correría ese riesgo".
- "No sé cómo tratarlos".
- "Me siento insuficientemente preparado e informado para atenderlos debidamente".

En cuanto a la recomendación a los/as pacientes, por parte de los/as profesionales en odontología de realizarse la prueba del VIH, las respuestas fueron las siguientes: 100 (54.9%) lo recomiendan solamente en caso de considerarlo necesario para el diagnóstico clínico; 35 (19.2%) lo recomiendan a algunos/as pacientes por su forma de vida; 30 (16.5%) manifestaron que si lo recomiendan a todos/as los/as pacientes; 11 (6.1%) dijeron no hacerlo y 6 (3.3%) no respondieron.

El interés de los/as odontólogos/as por contar con mayor información y conocimientos en lo que se refiere al tratamiento de pacientes con VIH / SIDA fue así: 168 (92.3%) dicen estar interesados/as en obtener más información y conocimientos; 9 (4.9%) manifestaron no estar interesados/as y 5 (2.8%) no respondieron.

Con respecto a la confección de un expediente clínico (ficha) para cada paciente que llega por primera vez a tratamiento dental, los/as odontólogos/as respondieron: 160 (87.9%) si lo realizan; 20 (11.0%) dijeron que no lo hacen y 2 (1.1%) no respondieron.

En relación a la actualización del expediente clínico, estos/as profesionales dijeron: 79 (43.4%) lo hacen ocasionalmente; 78 (42.9%) lo hacen periódicamente; 16 (8.8%) no lo hacen y 9 (4.9%) no respondieron.

La información incluida en el expediente clínico (ver cuadro 4) muestra que, entre los aspectos semiológicos menos realizados por estos/as profesionales, se encuentran: el examen de cabeza y cuello, las enfermedades sistémicas y las enfermedades de transmisión sexual.

Según las respuestas de los/as profesionales en odontología: 118 (64.8%) trabajan con personal auxiliar; 38 (20.9%) trabajan sin apoyo de personal auxiliar; 15 (8.3%) tienen personal auxiliar sólo en la consulta institucional; 9 (4.9%) sólo en la consulta privada y 2 (1.1%) no respondieron. Aquellos que trabajan con personal auxiliar, ante la pregunta: "¿capacitan y actualizan a estas personas para la atención y tratamiento de los/as pacientes?", 72 (39.6%) respondieron que siempre la realizan; 57 (31.3%) manifestaron que lo hacen ocasionalmente; 11 (6.0%) no lo hacen; 2 (1.1%) lo consideran innecesario y 40 (22.0%) no respondieron.

El uso de medidas de bioseguridad (guantes, mascarilla, anteojos de protección y gabacha o bata), como práctica rutinaria en la atención a pacientes, tanto a nivel

privado como institucional, es la siguiente: los guantes son utilizados por 84 (50.6%) de forma rutinaria en la práctica privada y 34 (79.1%) en la práctica institucional; el uso de la mascarilla en la práctica privada lo reportaron 129 (77.7%) y en la institucional 37 (86%); los anteojos de protección son utilizados en la práctica privada por 99 (59.6%) y a nivel institucional por 29 (67.4%); la gabacha o bata es usada en la práctica privada por 146 (87.9%) y a nivel institucional por 43 (100%). La exigencia, por parte de los y las profesionales en odontología al personal auxiliar, para el uso de medidas de bioseguridad, fue así: 78 (42.9%) siempre lo exigen; 55 (30.2%) lo exigen sólo para ciertos tratamientos; 8 (4.4%) manifestaron no exigirlo; 3 (1.6%) lo consideraron innecesario y 38 (20.9%) no respondieron (posiblemente por no tener personal auxiliar).

Respecto a la práctica de esterilizar los instrumentos dentales cada vez que los/as profesionales atienden un/a paciente, las respuestas indican: 171 (94%) lo hacen siempre; 4 (2.2%) lo hacen casi siempre; 4 (2.2%) lo hacen ocasionalmente; 1 (0.5%) no lo hace y 2 (1.1%) no respondieron. En relación con las formas de esterilizar los instrumentos: 76 (41.8%) realiza la esterilización en frío y autoclave; 5 (2.7%) esteriliza con agua hervida. Otras formas para esterilizar se observan en el cuadro 5. Después de realizar un tratamiento con la pieza de mano y antes de utilizarla de nuevo con otros/as pacientes, los/as profesionales indicaron: 92 (50.5%) la limpian con alcohol y otros tipos de limpieza se observan en el cuadro 6. En el caso de las brocas: 82 (45.1%) las esterilizan en frío y 79 (43.4%) las lavan con agua y jabón. Ver otras formas de esterilización en cuadro 7.

Cuando se les preguntó si consideraban la fatiga como un factor que hace vulnerable a los/as profesionales de sufrir accidentes en los que pueden contraer enfermedades infecciosas como el SIDA, las respuestas fueron: 76 (41.8%) manifestaron que si es posible; 68 (37.4%) dijeron que era probable; 31 (1%) consideraron que no; 1 (0.5%) dijo que es imposible y 6 (3.3%) no respondieron.

En cuanto a la aplicación de la vacuna contra la Hepatitis B, los/as profesionales en odontología manifestaron: 114 (62.6%) respondieron que si se habían vacunado; 66 (36.3%) dijeron que no se habían vacunado y 2 (1.1%) no respondieron.

Con respecto al tratamiento de la basura (algodones, piezas extraídas, eyectores de saliva, agujas, guantes, vasos, etc) que se acumula en sus respectivos consultorios, los/as profesionales dijeron 137 (75.3%) seleccionarla y tener un cuidado especial con ésta; 24 (13.2%) no prestarle atención a ello; 16 (8.8%) tratarla igual que el resto de la basura; 1 (0.5%) que le parece innecesario dar importancia a ello y 4 (2.1%) no respondieron.

Discusión

Es importante anotar que la mayoría de los y las profesionales en odontología entrevistados/as reconocen que la salud oral es un problema de salud pública. Así mismo que las políticas económicas y sociales de los últimos años han afectado considerablemente el sistema de seguridad social, especialmente en el campo de la odontología.

El VIH y SIDA son un problema de salud pública, sin embargo la mayoría de los/as odontólogos valoraron este problema como de carácter personal o individual y en menor medida como un problema social. Esta valoración refleja, entre otras cosas, la ausencia de un marco de referencia, que integre las relaciones de causalidad de tipo biológicos como elementos de tipo social-epidemiológicos.

Los canales de comunicación a través de los cuales los/as profesionales manifestaron haberse enterado de la existencia del VIH/SIDA, fueron fundamentalmente los medios de comunicación colectiva y en menor proporción las revistas de especialización, la universidad y el lugar de trabajo. Por lo tanto cabe señalar, el poco interés y conciencia de la necesidad de actualizarse especialmente en materia epidemiológica por parte de los mismos, la importancia de dar seguimiento a los cursos o de educación continua en relación a esta enfermedad y la ausencia de contenidos curriculares en las unidades de formación de recursos humanos en odontología.

En cuanto al conocimiento sobre la diferencia de las definiciones entre VIH y SIDA, 3 de cada 10, manifestaron no conocer la diferencia. Al solicitar la definición de VIH, 1 de cada 2, la definieron de forma incorrecta, simultáneamente 4 de cada 10, no definieron correctamente el concepto de SIDA. Aunado a esto, de los 182 entrevistados 142 no respondieron; lo que refiere una ausencia considerable de este conocimiento. El conocimiento que tienen estos/as profesionales sobre las vías de transmisión del VIH puede ser considerado adecuado, principalmente en lo que respecta a la vía de transmisión sexual asociada a las prácticas sexuales; igualmente por otras formas señaladas como son la transmisión sanguínea y perinatal.

Es importante observar, que en este grupo de profesionales se tiende a señalar a los/as promiscuos/as como las personas más vulnerables a contraer el VIH/SIDA; así como a los homosexuales, drogadictos y bisexuales, lo cual indica una asociación de la infección con los estilos de vida y no así con las prácticas de comportamiento de alto riesgo; es decir, por prácticas sexuales inseguras en las que todas las personas se considerarían vulnerables.

El conocimiento manifestado acerca, de que la presencia de la infección por VIH y SIDA da paso a la aparición de enfermedades oportunistas y tumores en la cavidad oral, es adecuado, pues la mayoría respondieron que ocurre con mucha frecuencia. Sin embargo, al pedirles señalar tres manifestaciones orales asociadas al VIH/SIDA, aproxima-

damente dos de cada diez, contestaron correctamente, lo que demuestra que el conocimiento sobre las patologías orales asociadas a esta infección es muy escaso.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) ha realizado una clasificación de las manifestaciones orales asociadas al VIH/SIDA, la cual es conocida internacionalmente y en Costa Rica se ha divulgado en seminarios y publicaciones especiales sobre el tema. El conocimiento demostrado por los/as odontólogos/as entrevistados respecto a esta clasificación fue prácticamente ausente, lo cual demuestra que el diagnóstico de las manifestaciones orales asociadas al VIH/SIDA adolece de una identificación correcta. Esto es una situación preocupante, porque se sabe que en muchos casos este tipo de profesionales, son los primeros que podrían identificar signos clínicos que hagan sospechar la presencia de la identificación por VIH/SIDA.

Lo anterior debe ser tomado en consideración porque estos mismos profesionales, casi en su totalidad, son conscientes de la importancia del papel del odontólogo en la detección de la infección por VIH/SIDA.

El conocimiento relacionado con el período de cero-conversión por la existencia del VIH, y del período de incubación del virus, es insuficiente en el grupo estudiado, pues, la importancia que tiene un conocimiento correcto sobre ambos períodos radica en que, en estas etapas algunas veces hay ausencia de signos clínicos que sugieran la presencia del virus, por lo que se presenta un riesgo de transmisión tanto para los odontólogos como para los pacientes. Esto sobre todo, si se toma en consideración que en nuestro medio, es común que las medidas de bioseguridad se adopten hasta que se tiene conciencia o contacto directamente con el problema.

En Costa Rica se proyecta que por cada paciente diagnosticado ceropositivo, existen 50 personas ceropositivas que desconocen su condición. Por ejemplo, si a mayo de 1994 se habían reportado 621 casos de personas ceropositivas, existían a esta fecha aproximadamente 3.200 personas infectadas no conscientes de su situación, por lo que se debe considerar, que todas estas personas podrían estar en calidad de pacientes o profesionales en el marco de la atención odontológica. Lo anterior indica, que en la atención dental, el riesgo de la transmisión del virus está siempre presente.

En el grupo de profesionales entrevistados, la mayoría de estos/as profesionales es el contagio por sangre contaminada debido a accidentes por: pinchazos con agujas contaminadas, instrumentos contaminados, heridas en las manos de los/as odontólogos/as y otros. Es importante citar que casi ninguno manifiesta que este contagio es mínimo si se usan las correctas medidas de bioseguridad, especialmente si se usan los guantes. Lo anterior indica que ante la omisión por desconocimiento o resistencia a incorporar las medidas de bioseguridad, este grupo de profesionales tiende a hacer de la "contaminación del virus" un mito que

pone énfasis en lo "accidental" la aplicación o causa del problema y no en el tipo de prácticas de atención dental con escasas o ausentes medidas de prevención.

Llama la atención, que en relación a la opinión sobre la vulnerabilidad de ser infectados durante el tratamiento dental, el grupo de entrevistados señala al odontólogo como la persona más expuesta al riesgo de contraer el VIH, en tanto que el paciente es considerado con menor riesgo. Lo anterior advierte la tendencia a concebir la unidireccionalidad del riesgo del contagio del paciente hacia el odontólogo y no del odontólogo al paciente. De nuevo se manifiesta el desconocimiento por parte de los/as profesionales con respecto a las formas de contagio y al uso de las medidas de bioseguridad, pues, por un lado no se toma en cuenta la vulnerabilidad de todas las personas a contraer la infección en ausencia de prevención, y por otro, expresa el prejuicio por parte de algunos/as profesionales de considerar al paciente como "portador de enfermedad".

En este grupo de profesionales, algunos manifestaron interés en su vida personal por tomar medidas de prevención contra el VIH; otros dijeron no hacerlo con frecuencia o no sentir necesidad de prevenir. Sin embargo es importante destacar que el VIH/SIDA es considerado en éstos más como un problema individual que como un problema de salud pública.

La mayoría de sus repuestas están basadas en valores inscritos dentro de una moral institucional y religiosa, en donde se destacan los prejuicios ante las diferentes opciones sexuales, la condición heterosexual, así como la importancia del matrimonio, la monogamia, la fidelidad, la responsabilidad ante los hijos, los "grupos de riesgo" y el temor del riesgo al ser infectado/a o portador/a de una enfermedad considerada "vergonzosa" e incurable. Cabe señalar, que al ser estos valores los que tienden a justificar tanto la presencia o ausencia de medidas preventivas, se deja de lado prevención como un aspecto que interesa para su salud y calidad de vida.

En el caso de la prueba serológica para anticuerpos del VIH, 7 de cada 10 profesionales, respondieron no haberse la realizado. Sin embargo, la mayoría de los entrevistados consideran que si es importante realizarse esta prueba.

Como se pudo observar en algunas de las repuestas de los/as que manifestaron haberse realizado la prueba, se presenta un alto grado de temor de contagiar a otras personas y sobre todo el tomar medidas de prevención a partir de estar ceropositivo o no, dejando de lado que las mismas deben ser asumidas siempre, tanto a nivel profesional como personal, independientemente del estado de ceropositividad o no.

En cuanto a quienes manifiestan no haberse realizado la prueba o no sentir necesidad de hacerlo, algunas de las razones que argumentan es no estar dentro de un "grupo de alto riesgo", lo que demuestra una vez más la falta de conocimiento actualizado sobre el SIDA, ya que el término

"grupos de alto riesgo" se dejó de utilizar desde el momento en que se supo que el SIDA se presenta en cualquier tipo de población y de allí que se enfatice en la necesidad de hacer referencia a conductas, prácticas, situaciones o condiciones de alto riesgo que se pueden dar en las diferentes personas o grupos sociales.

Las prácticas asumidas por estos profesionales, a partir del conocimiento de la existencia de esta enfermedad, fueron adecuadas, ya que la mayoría manifiesta haber tomado medidas de bioseguridad a partir de este momento. Sin embargo algunos exponen que lo han realizado a través del tiempo, y muy pocos no lo han realizado o lo piensan hacer en el futuro. Ello refleja una discrepancia entre lo que piensan y lo que ejecutan, ya que el posponer el uso de medidas de bioseguridad, hace que estos profesionales tengan un riesgo mayor en cuanto al contagio del VIH y otras enfermedades de transmisión viral en su práctica dental.

Es un buen indicador que las mayorías de los/as entrevistados/as consideran que todos/as los/as pacientes tienen derecho a exigir medidas de prevención contra el VIH/SIDA, pues ello refleja una toma de conciencia en sus actitudes y prácticas profesionales. Los y las profesionales, que toman medidas de prevención contra el VIH/SIDA, consideran que el trato asumido con los/as pacientes, es igual para todos/as. No obstante, 4 de cada 10 profesionales, dicen asumir precauciones especiales con las pacientes que les parecen "sospechosos" de tener VIH/SIDA; y 7 de los 182 profesionales entrevistados/as, dicen no atender homosexuales. Asimismo, 4 de cada 10 profesionales manifiestan no atender pacientes infectados por VIH o enfermos con SIDA. Estos últimos dos aspectos, son considerados prácticas discriminantes, antiéticas y que atentan contra los derechos humanos. Debido a que en la actualidad existe el conocimiento de los modos de transmisión del VIH/SIDA, y las medidas de bioseguridad, que previenen el contagio de esta enfermedad en la práctica odontológica, no es aceptable entonces, que se niegue la atención dental a ningún paciente.

La mayoría de los entrevistados dicen: "... el paciente tiene la obligación de comunicar su estado de ceropositividad antes de iniciar el tratamiento odontológico", esto se considera una obligación ética del paciente y un derecho del profesional de estar informado. Sin embargo, se sabe que ninguna persona, puede ser obligada a decir su condición de ceropositividad o no, por lo que es ahí donde los/as profesionales deben estar conscientes de que las medidas de bioseguridad, deben estar presentes siempre en su práctica profesional, sin hacer distinción entre sexo, condición económica, edad, etnia, etc.

Las prácticas de bioseguridad de estos/as profesionales, varían entre la práctica privada y la institucional, siendo en esta última más frecuente el uso de guantes, mascarilla y anteojos de protección. El uso de batas o

gabachas es casi el mismo para los dos tipos de práctica. Llama la atención que 1 de cada 2 odontólogos /as limpian la pieza de mano con alcohol entre paciente y paciente, práctica que debería efectuarse de forma rutinaria por el 100% de los /as profesionales.

La práctica de esterilización de instrumentos dentales es considerada satisfactoria ya que la mayoría, el 94% realizan dos sistemas de esterilización: en frío y autoclave.

Se sabe que el VIH es susceptible a la mayoría de los desinfectantes y limpiadores usados en los consultorios dentales, asimismo el cloro y el alcohol de 70° son dos armas importantes en el uso rutinario de limpieza de equipo, muebles, instrumentos y otros utilizados en la práctica dental; por lo que, es necesario que los /as profesionales los incorporen dentro de la lista de recursos que no deben faltar en ninguna clínica ni institución.

Pero no hay duda que, los avances en los conocimientos tecnológicos a nivel de la bioseguridad, no dan los resultados esperados en el éxito de la atención y desarrollo de la disciplina odontológica, si paralelo a ello no se dan también cambios en las actitudes y prácticas de los /as profesionales, especialmente en lo que respecta a la superación de prejuicios, temores y estereotipos en torno a las justificaciones ideológicas en relación a la epidemiología del SIDA.

Conclusiones y recomendaciones

Los conocimientos mostrados por los /as profesionales en odontología con respecto a la infección por VIH / SIDA, responden en gran medida a la información que los medios de comunicación colectiva han divulgado durante la pandemia provocada por esta enfermedad, no así a través de un proceso sistemático de educación continua a nivel profesional.

En el grupo profesional entrevistado, el no contar con un conocimiento amplio y actualizado, es decir, carecer de un dominio teórico de los términos VIH / SIDA, el período de ceroconversión de una persona expuesta al virus, el tiempo de incubación de la enfermedad y de las manifestaciones orales asociadas a esta enfermedad, no permite una identificación temprana de pacientes potencialmente comprometidos con esta información y la prevención en su transmisión durante el tratamiento odontológico por medio de adecuadas medidas de bioseguridad.

Es importante observar que, ligado a un conocimiento limitado de la problemática, estos / as profesionales tienden a depositar en grupos sociales estigmatizados como son: homosexuales, drogadictos y bisexuales, la responsabilidad de la transmisión del VIH / SIDA. En la práctica profesional, lo anterior se refleja, en actitudes discriminatorias en la atención a pacientes, como también en la toma de medidas de bioseguridad que no son rutinarias con todos /as los /as pacientes.

Las prácticas de bioseguridad para la prevención de la transmisión del VIH/ SIDA son deficientes en algunos aspectos importantes como son:

- Uso de "barreras" contra el agente etiológico de la infección por VIH (guantes, mascarillas y anteojos de protección);
- Eliminación de materiales de desecho, piezas extraídas, algodones, etc.
- La realización de un expediente clínico (ficha clínica) y la actualización del mismo, para una adecuada anamnesis sobre todo en lo que respecta al examen de cabeza y cuello, las enfermedades sistémicas y las enfermedades de transmisión sexual.
- La inadecuada interconsulta de los /as odontólogos/as con otros /as profesionales de medicina y otras disciplinas involucradas en la atención de los /as pacientes. Cabe señalar, que a la par de lo que se pueden considerar limitaciones en este grupo profesional en lo que respecta al conocimiento, actitudes y prácticas en torno a la infección VIH / SIDA; existe una disposición favorable en el mismo a reconocer dichas deficiencias y a iniciar un proceso de aprehensión de conocimientos que los lleve a un mejor y mayor manejo de la problemática tanto a título personal como profesional.

De allí que algunas de las recomendaciones que a continuación se señalan estén basadas fundamentalmente en aportes del grupo entrevistado, según carencias detectadas:

- Incorporación de un proceso sistemático de educación continua que incluya: a) definiciones de VIH y SIDA; b) manifestaciones orales de la infección; c) epidemiología; d) patogenia; etc.
- Establecimiento de políticas por parte de las instituciones de servicios en salud oral y del Colegio de Profesionales en Odontología, que regulen las medidas de bioseguridad para la prevención de la transmisión del VIH/SIDA durante el tratamiento odontológico.
- Hacer énfasis dentro del conocimiento amplio de la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, de la necesidad de discutir en torno a mitos, prejuicios y temores que se han generado en relación a la existencia de esta enfermedad.
- Promoción en la población en general, del derecho a contar y exigir adecuadas medidas de bioseguridad en los tratamientos odontológicos, tanto en los consultorios privados como en las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Incorporación de contenidos curriculares que contemplen la epidemiología y prevención de la infección por VIH / SIDA, en el plan de estudios de las distintas instituciones de formación de recursos humanos en el campo de la salud oral.
- Promoción del trabajo interdisciplinario en lo que respecta a la atención de los / as pacientes enfermos /as

por SIDA, que integre a médicos / as, microbiólogos / as, psicólogos / as, trabajadores / as sociales, odontólogos / as y otros / as, de manera que ello permite una adecuada atención a los / as mismos / as y una mejor calidad de vida.

Solicitar al Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social y otras instancias involucradas en la atención dental, el apoyo y los recursos necesarios para el correcto manejo de la infección por VIH y SIDA, a partir de considerar la misma como un problema de salud pública que afecta igualmente a toda la población.

Agradecimientos

Esta investigación fue financiada con fondos de la O.P.S. (Organización Panamericana de la Salud), además contó con el apoyo del Departamento de Control del Sida del Ministerio de Salud, la Vicerrectoría de Investigación de la U.C.R. (Universidad de Costa Rica) y el Instituto de Investigaciones en Salud (I.N.I.S.A.) de dicha universidad.

Cuadro 1
Opinión de los / as odontólogos / as de la Provincia de San José, acerca del carácter que tiene el problema del SIDA en la población

	Frecuencia			Porcentaje		
	Total 180	Sí	No responde	Sí	No responde	
Moral	92	90	-	50.5	49.5	-
Religioso	44	138	-	24.2	75.8	-
Clínico	78	104	-	42.9	57.1	-
Social	122	60	-	67.0	33.0	-
Económico	65	117	-	35.7	64.3	-
Médico	103	79	-	56.6	43.4	-
De salud pública	103	79	-	56.6	43.4	-
Personal / individual	159	23	-	87.4	12.6	-

Cuadro 2
Opinión de los / as odontólogos / as de la Provincia de San José, sobre a quién o a quiénes atañe la prevención del VIH / SIDA.

Total	Frecuencia 182			Porcentaje 100		
	Sí	No responde		Sí	No responde	
La persona en forma individual	99	81	2	54.4	44.5	1.1
La sociedad general	134	46	2	73.6	25.3	1.1
Los profesionales en ciencias médicas	77	103	2	42.3	56.6	1.1
El Estado y las instituciones de salud	84	96	2	46.2	52.7	1.1
La iglesia	41	139	2	22.5	76.4	1.1
La familia	58	122	2	31.9	67.0	1.1
La pareja	59	121	2	32.4	66.5	1.1
Los homosexuales	51	129	2	28.0	70.9	1.1
Los heterosexuales	49	131	2	26.9	72.0	1.1
Los bisexuales	49	131	2	26.9	72.0	1.1
Los científicos	51	129	2	28.0	70.9	1.1

Cuadro 3
Odontólogos / as de la Provincia de San José, sobre las formas más frecuentes de transmisión del VIH

Total	Frecuencia			Porcentaje		
	182			100		
	Sí	No	No responde	Sí	No	No responde
Sexual	159	1	17	87.4	0.5	9.3
Saliva	20	162	-	11	89	-
Sangre	124	58	-	68.1	31.9	-
Drogas	117	65	-	64.3	35.7	-
Herencia	2	180	-	1	99	-
Perinatal	29	153	-	15.9	84.1	-
Leche materna	3	179	-	1.6	98.4	-

Cuadro 4
Odontólogos / as de la Provincia de San José, sobre la información que incluyen en la historia clínica a los / as pacientes.

Tipo de información	Frecuencia				Porcentaje			
	Total	Si	No	resp.	Total	Si	No	resp.
Examen de tejidos dentales	182	168	11	3	100.0	92.3	6.0	1.7
Examen de tejidos blandos	182	165	15	2	100.0	90.7	8.2	1.1
Examen de tejidos duros	182	161	19	2	100.0	88.5	10.4	1.1
Examen periodontal	182	156	24	2	100.0	85.7	13.2	1.1
Tipo de medicamentos que usa	182	159	21	2	100.0	87.4	11.5	1.1
Enfermedades transm. sexual	182	80	100	2	100.0	44.0	54.9	1.1
Examen de cabeza	182	72	108	2	100.0	39.6	59.3	1.1
Examen de cuello	182	71	109	2	100.0	39.0	59.9	1.1
Hepatitis u otro tipo enfermedad infecciosa	182	150	30	2	100.0	82.4	16.5	1.1
Enfermedades sistémicas	182	38	2	142	100.0	20.9	1.1	78.0

Cuadro 5
Odontología /as de la Provincia de San José, acerca del método de esterilizar los
instrumentos dentales cada vez que atiende un /a paciente

Modo de esterilización	Frecuencia			Porcentaje		
	Si	No	No resp.	Si	No	No resp.
Sólo en frío	57	123	2	31.3	67.6	1.1
Sólo en autoclave	46	134	2	25.3	73.6	1.1
Con alcohol	19	161	2	10.4	88.5	1.1
Con cloro	25	155	2	13.7	85.2	1.1
Con cloro	53	127	2	29.1	69.8	1.1
Con agua hirviendo	5	175	2	2.7	96.2	1.1
En frío y autoclave	76	104	2	41.8	57.1	1.1

Cuadro 6
Odontólogos /as de la Provincia de San José, sobre la forma de limpiar la pieza
de mano después de utilizarla con un /a paciente

Limpieza de pieza de mano	Frecuencia			Porcentaje		
	Si	No	No resp.	Si	No	No resp.
Limpieza con agua y jabón	75	104	3	41.2	57.2	1.6
Limpieza con cloro	30	149	3	16.5	81.9	1.6
Limpieza con alcohol	92	87	3	50.5	47.9	1.6
Esterilización en autoclave	19	160	3	10.4	73.6	1.6

Cuadro 7
Odontólogos/as de la Provincia de San José, según la forma de limpiar las brocas o
fresas después de atender un/a paciente

Limpieza de brocas	Frecuencia			Porcentaje		
	Si	No	No resp.	Si	No	No resp.
Lavado con agua y jabón	79	100	3	43.4	55.0	1.6
Limpieza con cloro	35	144	3	19.2	79.2	1.6
Limpieza con alcohol	53	126	3	29.1	69.3	1.6
Esterilización en frío	82	97	3	45.1	53.3	1.6

Literatura citada

1. Kohn, W.; Brahim, J. Repercusiones de la epidemia de infección por VIH / SIDA en la práctica de la odontología en las Américas. Bethesda, Maryland, U.S.A.: Instituto Nacional de Investigaciones Odontológicas, 1994, p.1.
2. Costa Rica. Ministerio de Salud. Departamento de Control del SIDA en Costa Rica. Datos estadísticos del SIDA en Costa Rica. San José, Costa Rica: Junio, 1994. (Comunicación personal).
3. Robertson, P.; Greenspan, J. Perspectives on oral manifestations of AIDS, diagnosis and management of HIV associated infections. Littleton, Massachusetts, U.S.A.: Publishing Company INC., 1988.
4. World Congress of AIDS. Clasification of oral lesions asociated with HIV-Infection. Amsterdam, Holanda: World Congress of AIDS, 1990.
5. Melnick, Sandra L. et al. A Guide for epidemiological studies of oral manifestations of HIV infection. Ginebra, Suiza: World Health Organization, 1993, pp. 2-3.
6. Fineberg, Harvey. "The social dimensions of AIDS"., U.S.A.: Scientific American; pp. 128-134, Oct. 1988.
7. Costa Rica. Ministerio de Salud. Departamento de Control del SIDA en Costa Rica. Vías de transmisión del SIDA en Costa Rica. San José, Costa Rica: Junio, 1994. (Comunicación personal).
8. Hatcher, R. Kowd; Guest, F.; et al. Tecnologías Anticonceptivas: Sección especial sobre el SIDA. U.S.A.: Atlanta: Printed Matter, 1989.
9. Womser, R. Jaline, C. "Frequency of nosocomial transmission among health care workers". N. England. Med.; pp. 307-309, 1988.
10. Center for Disease Control and Prevention (CDC). "HIV / AIDS Prevention. Facts About HIV/ AIDS and Health- Care Workers". Morbidity and Mortality Reekly Report; Feb. 1993.
11. Kohn, W.; Brahim, J. Repercusiones de la epidemia de infección por VIH / SIDA en la práctica de la odontología en las Américas. Bethesda, Maryland, U.S.A.: Instituto Nacional de Investigaciones Odontológicas, 1994, p.45.