



Conocimiento y actitud de pasantes de Odontología hacia pacientes portadores de VIH/SIDA, 2015

Knowledge and attitude of dentists to HIV / AIDS carriers, 2015

Vol. 7, No. 13 enero-junio 2017
Contexto Odontológico

Nadia Anahí Gómez Gómez, Samuel Medina Aguilar, Carlos Eduardo Bracamontes Campoy
Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS)
Correo electrónico: gna000@gmail.com

Resumen

La infección por el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) representa en la actualidad un problema de salud a nivel nacional y mundial. El incremento gradual de los sujetos infectados por el VIH eleva consecuentemente los requerimientos odontológicos en este grupo de pacientes, aunado a un mayor riesgo de contagio; sin embargo, estos individuos se enfrentan comúnmente a una negativa de atención dental.

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento y actitud de pasantes de odontología de universidades públicas y privadas de la Zona Metropolitana de Guadalajara, hacia pacientes portadores de VIH/SIDA. Con base en lo anterior, se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

Se evaluó una población de 190 pasantes, de los cuales el 99.47% mostraron un nivel de conocimiento **Bueno**; el 73.12% una actitud **Favorable** y el 26.82% una actitud **Indiferente**, no encontrando casos en **Desfavorable**.

Palabras clave: VIH/SIDA, actitud, conocimiento, pasantes de odontología.

Summary

HIV infection (Human Immunodeficiency Virus) currently represents a national and global health problem. The gradual increase of the HIV-infected subjects, consequently dental requirements in this group of patients, as well with an increased risk of contagion; However, these individuals commonly face a denial of dental care.

The objective of this study was to determine the level of knowledge and attitude of dental interns from public and private universities in the Metropolitan Area of Guadalajara, towards those living with HIV/AIDS. Based on the above, an observational, prospective, transverse and descriptive study was performed.

A population of 190 was evaluated, of which 99.47% showed a **Good** level of knowledge. 73.12% showed **Favorable** attitude and the 26.82% an **Indifferent** attitude, not finding cases of **Unfavorable** attitude.

Key Words: HIV/AIDS, attitude, knowledge, dentistry interns.

Introducción

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad viral transmisible descubierta en Estados Unidos en 1981, que ha ido apareciendo en todos los países y cuyo número de casos se ha incrementado de forma notoria en los últimos años y desafortunadamente, al momento no se ha encontrado cura para tal virus.

Aún existen negativas entre algunos integrantes del gremio odontológico para brindar la atención dental a los pacientes portadores de VIH/SIDA. Sin embargo, la única forma en la que puede transmitirse el virus durante el tratamiento estomatológico, es el contacto con la sangre de una persona portadora del virus, por lo cual todos los profesionales siguen rutinariamente normas de higiene y control de la infección para evitar la transmisión: *limpieza, esterilización de los instrumentos y superficies después del tratamiento, uso de artículos desechables como guantes y agujas, además de otras barreras de protección*. Lesiones percutáneas y salpicaduras de fluidos hacia los ojos, nariz o boca ocurren frecuentemente durante tratamientos dentales.

Sin embargo, la exposición hacia el VIH es poco común en áreas de baja prevalencia. Resultados de encuestas en Canadá indican que .5% de dentistas (n=6444) y 1% de cirujanos (n=4000) fueron expuestos al virus el año anterior. Adicionalmente, el 8% de enfermeras canadienses (n= 5800) reportaron exposición al VIH a cualquier tiempo. Estos resultados subestiman la exposición hacia el virus debido a la incertidumbre relacionada al estado serológico y al nulo sesgo de reportes, (McCarthy et al, 2002). Odontólogos participaron en la encuesta nacional canadiense, reportando un aproximado

de lesiones percutáneas por año, confirmando reportes previos (Siew et al, 1992; Cleveland et al, 1995c; Siew et al, 1995;) y 1.5 exposiciones de mucosa oral (McCarthy et al, 1999a). El riesgo de transmisión del VIH como resultado a exposición de membrana oral son de aproximadamente .3% (Tokars et al, 1993) y del 0.1% (Ippolito et al, 1993) retrospectivamente. El riesgo a la transmisión incrementa con la exposición a altas cantidades de sangre y carga viral. Comparado con otros profesionales de salud, el riesgo dental en odontólogos de agujas puede disminuir por el uso frecuente de agujas pequeñas que no son dirigidas a vasos sanguíneos.

La negatividad en atender a estos pacientes, se relaciona en parte, al alto índice de mortalidad que ésta infección ha mostrado a lo largo de la última década, a la ausencia hasta ahora, de un tratamiento curativo de la enfermedad y en gran medida por el estigma que se asocia a la enfermedad (Esquivel y col, 2008). Por lo tanto, el esfuerzo multidisciplinario para brindar atención a los pacientes con éste diagnóstico se ve diezmado muchas veces por factores extrínsecos a las políticas de la salud pública, tales como la actitud negativa de los profesionales de la salud, la estigmatización del paciente VIH/SIDA, entre otros, lo que puede repercutir en la calidad de la atención en salud.

Estudios sobre la actitud de profesionales de salud oral han informado que entre 15 y 35% de profesionales y/o estudiantes de odontología tienen una actitud negativa para dar atención a pacientes VIH+. Una de las razones principales obedece a la percepción de peligro (dado que es una enfermedad mortal y se puede transmitir por accidente biológico). Aunque esta población refiere tener buen conocimiento sobre la enfermedad y medidas de

bioseguridad, piensan que la atención de estos pacientes no es su responsabilidad, y en ocasiones, aumentaría los costos de tratamiento, (Acosta y col., 2001).

El contemplar ser contagiado por el virus que pueda poner en peligro su calidad de vida o considerar incluso la muerte, ha colocado a los odontólogos en una posición que considera únicamente sus necesidades y temores, deslindándose de la responsabilidad a la que acordaron al convertirse en cirujano dentistas, (Acosta y col, 2011).

Vías de transmisión

En este momento se considera que existen tres vías de contagio: transmisión sexual, vertical (madre-hijo) y parenteral.

El virus se puede encontrar en el semen y las secreciones vaginales, por lo que la transmisión sexual es universalmente aceptada. En el caso de la homosexualidad influyen sobre todo el tipo de relación más o menos traumática (especialmente el coito anal) y la promiscuidad sexual.

La transmisión se puede llevar a cabo durante el embarazo, el parto o a través de la leche materna; su tasa es muy variable, con cifras que pueden oscilar entre el 5 y el 8%. No todo hijo de madre seropositiva se infecta, pero todos los recién nacidos poseen anticuerpos y si éstos son pasivos se detectan hasta los 15-18 meses de edad.

La transmisión parenteral conlleva cualquier tipo de contacto con sangre o sus productos contaminados con el VIH, a través de transfusiones o derivados, o por el contacto con jeringuillas, agujas, etc.

Los profesionales sanitarios son los que se pueden ver más afectados (cirujanos, odontólogos, personal de laboratorio,

enfermeras, servicios de urgencia, etc.) por su posible contacto con el enfermo a través de pinchazos, maniobras traumáticas, salpicaduras de fluidos en ojos, nariz o boca y el contacto involuntario o accidental con los mismos etc. Sin embargo, Maroto y col. citan que diversos estudios han confirmado que el riesgo de infección es muy bajo, alrededor del 0,3% tras una punción con aguja contaminada o del 0,1% tras la exposición de las mucosas a sangre infectada por el VIH. En el caso del personal de odontología ocurre algo muy similar, pues son necesarias maniobras muy cruentas o el uso de material compartido no esterilizado adecuadamente para un posible contagio, (Maroto y col., 2002).

Tratamiento

El mejor tratamiento para la exposición hacia el virus es la prevención y es particularmente en profesionales de la salud en países en desarrollo donde no existe la profilaxis post-exposición. La reducción en la exposición hacia el flujo sanguíneo se encuentra asociada en conjunto a precauciones universales, el uso de guantes, cubre-bocas, lentes o caretas, el uso cauteloso de objetos punzocortantes, incluyendo el bote de residuos peligrosos y la técnica de recolocar la tapa sobre la aguja con el uso de una sola mano. Datos de CDC National Surveillance System for Hospital Health Care Workers entre Junio 1995 a Marzo 2000, mostraron que el 29% de lesiones percutáneas fueron causadas por jeringas y de estas 17% fueron a causa de la recolocación de la tapa.

Si ocurre una exposición hacia el VIH, el sitio de exposición debe ser tratado, y la persona afectada debe tener una asesoría inmediata hacia el riesgo, evaluación médica, prueba hacia el virus y terapia psicológica. La profilaxis post-exposición debe realizarse preferentemente a las 2

horas, así como dar seguimiento sobre el estado de la lesión.

Las heridas expuestas deben ser lavadas con agua y jabón, la mucosa debe ser enjuagada con agua y los ojos deben ser irrigados con agua limpia, soluciones salinas o estériles. No existe evidencia de que antisépticos para heridas o presionar para extraer fluido de la herida reduce el riesgo de la transmisión de VIH. El cloro no es recomendado.

McCarthy y col., citan a la prueba para VIH como recomendada al momento, 6 semanas, 12 semanas y a los 6 meses. El seguimiento incluye reportar cualquier síntoma repentino similar a la fiebre/gripa, cualquier evento adverso asociado con la Profilaxis post-exposición (PEP) si es que es administrado, así como signos y síntomas de posible enfermedad retroviral (por ejemplo: fiebre, inflamación de nódulos linfáticos e irritación cutánea). Si la fuente es desconocida, las decisiones deben ser basadas en el riesgo a la exposición y la posibilidad de que la fuente pueda ser VIH positivo. Si la fuente acepta el examen al VIH, el PEP puede ser otorgado tan pronto posible después de la exposición y discontinuado si el resultado es negativo.

Profilaxis post-exposición – post exposure profilaxis (PEP)

El uso del PEP reduce el riesgo de infección al VIH después de la exposición de aproximadamente 81%. Sin embargo, combinaciones de antiretrovirales son administrados para mejorar la eficacia hacia exposiciones de alto riesgo. El régimen básico de PEP es usualmente una combinación de zidovudina (ZDV) y lamivudina (3TC). Como alternativa, 3TC y stavudina, o didanosina y stavudina pueden ser utilizados. El régimen expandido incluye el régimen básico más in-

dinivir, nelfinavir, efavirenz o abacavir (CDC 2001a). Es recomendado el PEP para lesiones percutáneas y membranosas expuestas. El curso recomendado de tratamiento es de aproximadamente 4 semanas. La necesidad de mediar el beneficio potencial de PEP contra la toxicidad ha sido destacada entre reportes recientes de eventos adversos atribuidos a regímenes de PEP que incluyen nevirapina.

El objetivo de PEP es prevenir la replicación del virus en la persona expuesta y este puede ser facilitado por medio de una asesoría inmediata. A pesar de que existe evidencia clínica limitada demostrando su eficacia, existe evidencia en modelos de animales y estudios de tejido in vitro que células dendríticas en la piel y mucosa son los objetivos iniciales de infección. (Spira, et al, 1996; Blauvelt, 1997). La infección sistémica no ocurre inmediatamente después de su exposición, dando la oportunidad a medicinas antiretrovirales que reduzcan la actividad o replicación del virus sobre las primeras células objetivo o nódulos linfáticos, lo cual da como resultado la prevención o inhibición de la infección sistémica.

Pasos a seguir cuando una lesión relacionada al VIH/SIDA es encontrada

Una gran parte de los pacientes portadores de VIH/SIDA desconocen su estado de salud actual; si se encuentra alguna lesión que pueda parecer relacionada al virus (p.e. xerostomía, periodontitis ulcerativa necrotizante, sarcoma de Kaposi, leucoplasia vellosa, queilitis angular, candidiasis, lesiones herpéticas, etc.), se recomienda revisar la historia clínica del paciente y concientizar sobre un diagnóstico provisional y la asociación entre la lesión y el VIH, así como aclarar que éstas no solo son encontradas en pacientes portadores del virus. En caso de necesitar-

lo, llevar a cabo el tratamiento de emergencia indicado; finalmente remitir a su infectólogo para revisión y una prueba médica con consentimiento informado. En caso de resultar positivo el examen, sugerir una cita para asesorar e informar sobre la relación entre el virus y las posibles manifestaciones orales.

Si el paciente conoce su estado VIH+, se seguirán todas las medidas de seguridad indicadas para los tratamientos odontológicos. En caso de encontrar alguna lesión relacionada al virus, se deberá informar al paciente y de ser necesario, remitir a médico especialista para revisión.

Disciplina a seguir de odontólogo a paciente

La negativa de tratamiento dental u otras afecciones bucales para los portadores conocidos de la infección por el VIH solo alienta a los pacientes a buscar cuidado en otros lugares, apropiados o no, y aún más importante, a mentir acerca de su historial médico.

No podemos presentar el SIDA como una consecuencia lógica de formas de apareamiento, elección sexual y obtención de placer diferentes al modelo de vida y familia que se promueve socialmente, basado en parámetros ya establecidos, o como el castigo de una "mala conducta".

El principio bioético de justicia expresa y sintetiza las instancias éticas que en el acto médico hace valer un tercer sujeto y actor, como es la sociedad, en la que el paciente y el médico se encuentran insertos.

Este principio debe regular el comportamiento de los profesionales de estomatología al tratar a la población en general, donde se incluyen pacientes sero-

positivos asintomáticos, identificados o no y pacientes con manifestaciones del SIDA. El rechazo de la atención sanitaria o su negación por parte de los profesionales de la salud multiplica el sufrimiento de dichas personas y, lo que es peor, deteriora su estado de salud, (Betancourt, et al. 2013).

Pacientes con VIH/SIDA han retado a la ética de la profesión dental. La seriedad, carácter infeccioso y estigma social de la enfermedad han guiado a una serie de dilemas éticos sobre el tratamiento de dichos pacientes. La fundación moral de la clínica general se encuentra esquematizada, especialmente las obligaciones de otorgar tratamientos a altos parámetros, respetando los derechos de los pacientes sobre consentimiento firmado y sin prejuicios.

Se encuentra argumentado que los pacientes nunca deben ser examinados sin su consentimiento y que los odontólogos tienen el deber de mostrar valentía, sensibilidad y respeto riguroso hacia la confidencialidad en los tratamientos que ofrecen. Los odontólogos deben hacer destacar la moral hacia pacientes seropositivos.

En ocasiones, dentistas sugieren que el balance moral se extiende demasiado en dirección de los pacientes, resaltando que la autonomía de los dentistas ha sido sacrificada durante el proceso; debe existir el derecho a elegir a quien y bajo qué circunstancias pueden ofrecer tratamiento. Si los pacientes son reconocidos como seropositivos, entonces los odontólogos deberían tener el derecho a negar tratamiento, aunque esta decisión refleje un alto nivel de riesgo. Aun siendo un argumento entendible, es inaceptable. Aun siendo los riesgos más substanciales, se espera que los médicos los tomen como parte del paquete y responsabilidades que incluye el trabajo. Por ejemplo, en el año

1847, cuando los hospitales eran uno de los lugares más peligrosos en los cuales se podía trabajar, la Asociación Médica Americana declaró:

“y cuando la pestilencia prevalezca, será la obligación del médico enfrentarla y continuar con su labor para la mitigación del sufrimiento, aun poniendo en peligro su propia vida”, (Emanuel, 1988).

Este profundo dicho en la época actual, probablemente exceda las demandas que enfatiza. Sin embargo, el factor permanece siendo que los odontólogos deben comprometerse y deben ser instruidos a mostrar valentía a la hora de enfrentar mínimos riesgos de infección, conociendo las medidas de prevención adecuada. No existe violación de autonomía individual al aclarar que el deber profesional incluya tales riesgos, a aquellos que se encuentran en la formación de ser odontólogos. Esta historia moral podría ser diferente si los riesgos al tratar los pacientes en estado seropositivo fueran más allá de lo considerable, (Doyal, 1997).

Aunque se confrontan dificultades, la relación estomatólogos-pacientes se debe establecer sobre la base del respeto, fraternidad, alta calidad científica y humana, para lograr la excelencia en la atención estomatológica, lo cual engrandece y preconiza una relación profesional-paciente cada vez más sólida, (Betancourt, et al. 2013).

Aspectos psicológicos de pacientes portadores de VIH/SIDA

La persona que ha sido afectada con VIH/SIDA, puede experimentar problemas en su vida diaria por su proceso infeccioso viral así como por las actitudes de rechazo y discriminación que puede sufrir en espacios cotidianos, laborales y

en algunos casos institucionales.

Según la observación de Jonathan Mann (Herek, 2002) la problemática del estigma relacionado al SIDA es incapaz de solucionarse debido a conflictos en temas de salud, derechos humanos y leyes. Dicha señal se deriva en sentimientos de temor y hostilidad dirigidos hacia las personas con VIH, mismo que se expresa a manera de rechazo social y exclusión a personas infectadas, discriminación y violencia hacia ellas, y en apoyo público hacia normas de castigo y a leyes que restringen las libertades civiles mientras dificultan los esfuerzos hacia la prevención del SIDA. Ser el objetivo de tal rechazo inflige dolor, aislamiento y opresión a muchas personas con VIH, mientras el deseo de evitarlo impide que muchos se examinen de forma adecuada, busquen tratamiento o practiquen métodos de reducción de riesgo.

El SIDA, por sus connotaciones de enfermedad social y potencialmente mortal, sitúa a las personas que la padecen en situaciones peculiares, que son tributarias no solo de un rápido diagnóstico y eficaz tratamiento, sino también de acompañamiento durante todo el proceso que dure la enfermedad.

Los profesionales de la salud que traten con este tipo de pacientes no solo deben conocer este hecho, sino que deben estar dispuestos a realizar este recorrido con paciencia, amor y profesionalidad, (Betancourt, et al. 2013).

Conocimiento

El conocimiento es el fundamento teórico y conceptual del desarrollo de la ciencia considerándose como un sistema dinámico que interactúa con una serie de elementos como la teoría, práctica, investigación

y educación, que en su conjunto son brindados al profesional, siendo el conocimiento un proceso de evaluación permanente. El conocimiento transforma todo el material sensible que se recibe del entorno, codificándolo, almacenándolo y recuperándolo en posteriores actitudes y comportamientos adaptativos.

La medición del conocimiento

El conocimiento es el aprendizaje adquirido que se puede estimar en una escala que puede ser cualitativa o cuantitativa.

La actitud

Ander-Egg define la actitud como *“una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”*. Además señala la diferencia entre actitud y opinión, la cual constituiría una *“posición mental consciente, manifiesta sobre algo o alguien, que no implica disposición a la acción”*, (Anticona, 2006).

Una actitud es una predisposición aprendida para responder conscientemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos. Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos que hacen referencia. Anticona (2006), cita a Papua, al referir a las actitudes como un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí. Es por ello que las mediciones de actitudes deben interpretarse como *“síntomas”* no como *“hechos”*.

Objetivo

Determinar el nivel de conocimiento y actitud de pasantes de odontología de universidades públicas y privadas (CUCS y

CUALTOS, U. DE G.), (Cauhtémoc, Lamar y UNE) de la Zona Metropolitana de Guadalajara, hacia pacientes portadores de VIH/SIDA.

Metodología

Se trató de un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Los pasantes de las diferentes universidades fueron abordados en una de sus reuniones mensuales obligatorias como parte de su servicio social.

Para determinar el nivel de conocimiento y tipo de actitud se utilizó el instrumento validado por Dávila L. María E. & Gil M. Maritza, 2012 Con una confiabilidad determinada a través del *índice Alfa de Cronbach*, con valor de 0,871.

Resultados y discusión

El universo de trabajo estuvo constituido por 190 pasantes, de los cuales el 31% correspondió al sexo masculino y el 69% al femenino.

El 100% de los pasantes de las universidades participantes mostraron un *nivel de conocimiento bueno*, excepto los pasantes de la UNE que fue de 97.14% y un 2.86% que obtuvo un *nivel de conocimiento regular* (ver cuadro No.1).

Nivel de conocimiento según Universidad	Bueno		Regular		Malo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
U. de G. (CUCS)	71	100	0	0	0	100
U. de G. (CUALTOS)	32	100	0	0	0	100
LAMAR	28	100	0	0	0	100
CUAUTÉMOC	34	100	0	0	0	100
UNE	34	97.14	1	2.86	0	100

Fuente: Directa

Los pasantes de U. de G. (CUALTOS) ocuparon el mayor porcentaje (87.5) respecto a mostrar una **Actitud Favorable** ante los pacientes con VIH/SIDA, continuándoles los de U. de G. (CUCS) con

84.5%, UNE con 71.42%, CUAUHTEMOC con 70.8% y marcadamente inferior los egresados de LAMAR con 32%.

Respecto a la **Actitud Indiferente**, la cifra mayor fue ocupada por los pasantes de la LAMAR con 67.85%, continuándoles los de la CUAUHTEMOC con 29.2%, seguidos por los de la UNE con 28.58%, ocupando las cifras más inferiores está los pasantes de la U. de G. tanto del CUCS (15.5%) como de CUALTOS (12.5%). No encontrándose ningún solo caso, en ninguna de las universidades participantes de **Actitud Desfavorable**, (ver cuadro No. 2).

Tipo de Actitud según universidad	Favorable		Indiferente		Desfavorable		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
U. de G. (CUCS)	49	84.5	11	15.5	0	0	100
U. de G. (CUALTOS)	28	87.5	4	12.5	0	0	100
LAMAR	9	32.14	19	67.85	0	0	100
CUAUHTEMOC	17	70.8	7	29.2	0	0	100

Fuente: Directa

El 73.55% de los pasantes con buen nivel de conocimiento tuvieron una **actitud favorable** y el 26.45% mostraron una **actitud indiferente**. Debido a que se obtuvo sólo un pasante con nivel de conocimiento regular, el 100% correspondería a una **actitud favorable** (Ver cuadro No. 3).

Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de pasantes ante el paciente con VIH/SIDA.

Nivel de conocimiento	Actitud						Total
	Favorable		Indiferente		Desfavorable		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Bueno	139	73.55	50	26.45	0	0	100
Regular	1	100	0	0	0	0	100
Malo	0	0	0	0	0	0	0
Total	140	100	50	100	0	0	100

Fuente: Directa

Por lo que al comparar estos resultados con los de los estudios previos resultan superiores tanto en los correspondientes al **nivel de conocimientos** como al **tipo de actitud** (Dávila y Gil, 2007; Esquivel y

Col. 2008; Acosta y col, 2011).

Sin embargo, estos nuevos resultados no fueron proporcionales entre sí. Al revelar el suficiente conocimiento sobre el virus y sus características, los pasantes pudieron haber obtenido un mayor porcentaje en la variable de la **Actitud**, para así coincidir con el porcentaje del **Conocimiento**. Esto demuestra que en algunos casos, estar informados sobre el tema aún no es suficiente para mejorar la actitud que se presenta hacia estos pacientes; algunos odontólogos aún se limitarán a realizar los procedimientos odontológicos sin buscar una buena interacción con el paciente.

La falta de iniciativa para cambiar las ideologías que el virus pudo haber provocado al ser descubierto, impide la completa integración del VIH/SIDA en la categoría de los padecimientos actuales; lo cual permitiría eliminar el impacto de contagio durante los tratamientos.

Sería conveniente implementar más recursos no solo teóricos/prácticos, sino también extender la rama de bioética durante la carrera de odontología, para que en el futuro, estos pacientes logren sentir la seguridad de que serán respetados y atendidos como cualquier otro. Por el momento, el virus se mantiene como una amenaza hacia los odontólogos pasantes.

Conclusiones

Se presentó un solo pasante con nivel de conocimiento regular, el resto obtuvo un nivel bueno.

Aproximadamente dos terceras partes de los pasantes encuestados manifestó una **Actitud Favorable** y una tercera parte **Indiferente**, no se encontró ni un solo caso de tipo **Desfavorable**.

Tres cuartas partes de todos los pasantes con un *nivel de Conocimiento: -Bueno-* tuvieron una *-Actitud Favorable-* y una cuarta parte *-Indiferente-*.

Referencias bibliográficas

1. Acosta de Velásquez, Pérez-Then, Mueses Marín, Pinzón Gómez, Shor-Posner (2011); Actitud de los estudiantes frente a pacientes con VIH; Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X20110002000132
2. Anticona C. (2006), Nivel de Conocimiento y actitud sobre caries de la primera infancia de los médicos pediatras del Instituto Especializado de Salud del Niño. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Lima, Perú.
3. Betancourt, A., Nodal, C., García, J., Ferrer, D. & Alvarez, E. (2013). Medisur 11(1), (sin páginas). Recuperado de: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2303/10963>
4. Blauvelt A (1997). The role of skin dendritic cells in the initiation of human immunodeficiency viral infection. *Am J Med* 102 (Suppl. 5B): 16–20.
5. Cleveland JL, Gooch BF, Bolyard (1995a). TB infection control recommendations from the CDC, 1994: Considerations for dentistry. *J Am Dent Assoc* 126: 593–599.
6. Dávila, María E; Gil, Maritza (2007) Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA; *Acta odontol. venez.* v.45 n.2 Caracas Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652007000200020&script=sci_arttext
7. Doyal J., (1997). Good ethical practice in the dental treatment of patients with HIV/AIDS. *Oral Diseases* 3(1), (216-217).
8. Emanuel E (1988). Do physicians have an obligation to treat patients with AIDS? *Nell' Eng J Med* 318: 1686.
9. Esquivel Pedraza Lilly, Laura Fernández Cuevas, Pedrosa Islas Laura, Ruiz Badillo Armando, Magis Rodríguez Carlos (2008), Rechazo al paciente infectado por el VIH en la práctica odontológica, *Revista ADM* 2008;LXV(4):183-188 185, Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/adm/od-2008/od084d.pdf>.
10. Herek, M., (2002)., Thinking about AIDS and Stigma: A psychologists perspective., *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(4), 594.
11. Ippolito G, Puro V, De Carli G (1993). The risk of occupational human immunodeficiency infection in healthcare workers. *Arch Intern Med* 153:1451-1458.
12. Maroto, M., Bernal, M., & García, F. (2002). Virus de la Inmunodeficiencia Humana. En J. Liebana. (Ed) *Microbiología oral* (pp. 449-458) Granada: McGraw-Hill Interamericana de España.
13. McCarthy GM., Ssali CS., Bednarsh, H., Jorge, J., Wangrangsamakul, K. & Page-Shafer, K. (2002) Transmission of HIV in the Dental Clinic and Elsewhere. *Oral Diseases* 8(2), 126-135.
14. Siew C, Chang S, Gruninger S (1992). Self-reported percutaneous injuries in dentists: implications for HBV, HIV transmission risk. *J Am Dent Assoc* 123: 37–44.
15. Siew C, Gruninger S, Miaw C (1995).

Percutaneous injuries in practicing dentists. *J Am Dent Assoc* 126: 1227–1234.

16. Spira AI, Marx PA, Patterson BK (1996). Cellular targets of infection and route of viral dissemination after an intravaginal inoculation of simian immunodeficiency virus into rhesus macaques. *J Exp Med* 183: 215–225.

17. Tokars JI, Marcus R, Culver DH, Schable CA, Bandea CL, Bell DM, . (1993). Surveillance of HIV infection and zidovudine use among health-care workers after exposure to HIV-infected blood. *Ann Intern Med* 118: 913-919.



General Library at University of Coimbra — Coimbra, Portugal