

ACTITUDES Y COSTUMBRES PARA EL CONTROL DE INFECCIÓN POR VIH Y HEPATITIS B EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA*

GERARDO MAUPOMÉ-CARVANTES C.D., M.Sc., D.D.P.H.R.C.S., Ph. D.,⁽¹⁾

S. AÍDA BORGES-YÁÑEZ C.D., M.S.P.⁽¹⁾

Maupomé-Carvantes G, Borges-Yáñez SA.
Actitudes y costumbres para el control de infección por VIH y hepatitis B en estudiantes de odontología.
Salud Publica Mex 1993;35:642-650.

Maupomé-Carvantes G, Borges-Yáñez SA.
Attitudes and control practices for HIV and hepatitis B infection in dentistry students.
Salud Publica Mex 1993;35:642-650.

RESUMEN

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha causado un gran impacto en la práctica dental, principalmente porque las percepciones pública y profesional respecto del contagio por VIH-SIDA, son conflictivas debido al temor y a la ignorancia. Las prácticas de control de infecciones no han sido estudiadas adecuadamente en México, por lo que en la presente investigación se exploraron: a) algunas de las actitudes ante la infección por VIH y hepatitis B (VHB); b) el supuesto conocimiento con respecto al contagio por VIH/VHB y sus manifestaciones; c) los procedimientos de control de infecciones que un grupo de estudiantes de odontología afirmó usar. Se aplicó un cuestionario a 262 estudiantes del último año de la carrera (el 95% tenía entre 20 y 30 años de edad; el 71% eran mujeres) en la ciudad de México (julio-agosto 1992). Se prestó especial atención a los riesgos clínicos presentados por las infecciones por VIH y VHB. Los datos se analizaron con la prueba t de Student y con análisis de varianza de una vía (prueba de Scheffé). Los resultados mostraron una respuesta conflictiva en muchos estudiantes, en tanto que la mayoría pensaba que tenía un deber moral

ABSTRACT

HIV infection has had great impact on dental practice, mainly because public and professional perceptions about HIV-AIDS contagion are conflictive due to fear and ignorance. Since the practices of infection control have not been adequately studied in Mexico, the present survey explored some attitudes towards HIV infection, stated knowledge on HIV transmission and manifestations, and infection control procedures reportedly used by dental students. A questionnaire was administered to 262 final-year students (95% were 20 to 30 years old; 71% female) in Mexico City (July-August 1992), with emphasis on the clinical risk posed by HIV and hepatitis B (HBV) infections. Data were analyzed with Student's t-test and one-way ANOVA (Scheffé test). Results showed a mixed response as a general rule, with most respondents believing they had a moral (83%) and professional (78%) duty to treat HIV + patients but few having a sympathetic approach to them. Only a minority have had a direct experience with HIV + patients (5%) or high-risk groups (24%). Students seemed to use adequate infection control barriers as most wore gloves, gowns, masks and glasses while treating patients, but only 20 per cent had been vaccinated against hepatitis. Some contra-

* Investigación parcialmente presentada (segunda versión) en el Segundo Taller Internacional acerca de las Manifestaciones Bucodentales de la Infección por VIH, San Francisco, California, realizado del 31 de enero al 3 de febrero de 1993.

(1) Departamento de Salud Pública y Epidemiología, División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Fecha de recibido: 23 de marzo de 1993 Fecha de aprobado: 1 de junio de 1993

(83%) y profesional (78%), de tratar a los pacientes VIH +, pero pocos exhibieron una actitud positiva hacia ellos. Sólo una minoría había tratado a pacientes VIH + (5%) o a grupos de alto riesgo (24%). Aparentemente, los estudiantes usaban barreras adecuadas de control de infecciones, como guantes, batas, cubrebocas y lentes en el ambiente clínico; pero sólo el 20 por ciento se había vacunado contra VHB. Se observaron algunas contradicciones en el uso de equipo/sustancias para esterilizar/desinfectar. Las razones más importantes por las cuales se podrían rehusar a tratar a un paciente VIH + fueron la falta de instalaciones adecuadas y el riesgo de ser infectados. Las fuentes de información sobre VIH consultadas más a menudo, fueron la propia educación profesional y la asistencia a congresos y a reuniones científicas. Es necesario realizar más investigaciones para establecer la congruencia entre las actitudes y la información supuestamente empleadas y la conducta real en el entorno clínico.

Palabras clave: SIDA, VIH, hepatitis B, práctica dental, barreras a la infección, control de infecciones, estudiantes de odontología, México, actitudes, conocimiento

dictions in the use of disinfecting/sterilization equipment and agents were detected. The most important reasons given to refuse to treat HIV + patients were the lack of appropriate facilities and the risk of becoming infected. The sources of information on HIV most frequently resorted to were reported to be professional education and short courses of continuing education.

Key words: AIDS, HIV, hepatitis B, dental practice, infection barriers, infection control, dental students, Mexico, attitudes, knowledge

Solicitud de sobretiros: Dr. Gerardo Maupomé, Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Odontología, UNAM, Circuito de Institutos, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510 México, D F.

EL VIRUS DE LA inmunodeficiencia humana (VIH) ha sido un reto clínico y epidemiológico.¹ Esta tendencia probablemente se mantendrá en el futuro debido al patrón epidemiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).^{2,3}

Hasta 1992 se habían notificado 9 904 casos de SIDA en México, con una tasa de incidencia acumulada (1983-1992) de 123.2 por millón.⁴ De los casos en adultos, 87.7 por ciento fueron infectados por vía sexual, 10.8 por ciento por productos sanguíneos contaminados y 0.3 por ciento por drogas intravenosas.³ Aparentemente, el contagio se está extendiendo de las ciudades a las zonas peri-urbanas y rurales. La tasa de incremento es ahora más alta entre heterosexuales que entre homosexuales y bisexuales.³

Algunos estudios fuera de México califican como conflictiva la interpretación que del VIH-SIDA tienen el público

y los grupos profesionales.⁵ Además de que los prejuicios resultantes de este conocimiento deficiente dan lugar a una estigmatización,⁶ la información prejuiciada ha afectado a los trabajadores de la salud (TS), en tanto que tienen actitudes negativas hacia personas VIH+.⁷⁻¹⁰

La información y las actitudes en TS dentales (TSD) son importantes, ya que algunas manifestaciones de la infección por VIH pueden ser identificadas en revisiones dentales;¹¹⁻¹³ idealmente, los TSD deben estar bien informados no sólo por razones diagnósticas, sino porque la ignorancia conduce a la discriminación de estos pacientes,¹¹ a pesar de que el riesgo de contagio es reducido,^{11,14} y menor aún si se sigue un control de infecciones adecuado.

La meta de una política adecuada para enfrentar el reto del VIH es reeducar a los TS en el diagnóstico, manejo clínico y control de infecciones.¹⁵ Este proceso

de reeducación puede, a su vez, mejorar las actitudes hacia los pacientes VIH+;¹⁶ muchos TSD prefieren no tratarlos¹⁷ porque: temen ser infectados; porque no usan las barreras adecuadas; porque carecen del equipo para esterilizar correctamente; por los costos elevados que estas medidas significan, y por el recelo a perder pacientes que abandonen el consultorio al enterarse de que ahí se atienden a pacientes VIH+.^{9,15,17} En este clima de desconfianza mutua, muchos dentistas refieren pacientes de alto riesgo en lugar de atenderlos,⁷ a la vez que muchas personas buscarán otro dentista si éste es VIH+,¹⁸ aun cuando el riesgo de que un paciente sea infectado por un dentista VIH+ es mínimo.¹⁹ En general, las actitudes de los TSD tienden a ser negativas más que positivas, de acuerdo con los datos obtenidos en otros países.¹⁷

Conjuntamente con la infección por VIH, la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) ha sido un tema central en la práctica dental, ya que los TSD están expuestos a un riesgo mayor que la población en general.²⁰ Resulta paradójico el hecho de que aunque el VHB constituya un riesgo mayor que el VIH, el 30 por ciento de los TSD no se haya vacunado.²¹ Todo paciente debe considerarse potencialmente VHB+²² o VIH+²³, ya que no existen formas infalibles de identificarlos por medio de la historia clínica.

El primer paso para mejorar los puntos de vista de los TSD respecto de las infecciones VIH/VHB, es determinar las características del conocimiento tanto sobre barreras de prevención de la infección, como acerca de los pacientes VIH+ /VHB+. Estas características no se han establecido y es posible que hayan afectado la atención a la salud dental, tal como se ha informado en el caso de médicos mexicanos.¹⁰ En la presente investigación se buscó establecer ciertas actitudes hacia pacientes VIH+ y VHB+, identificar conceptos de las infecciones VIH/VHB y describir el uso de ciertas barreras ante el contagio, empleadas por estudiantes de odontología en la ciudad de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se aplicó un cuestionario (en horas de clase) a una muestra aleatoria estratificada de estudiantes de último año de la carrera de odontología (julio-agosto, 1992), en tres escuelas de México D.F. Los estudiantes no fueron informados previamente de la naturaleza del cuestionario. Los reactivos (R) y preguntas (P) se derivaron de preguntas abiertas, provenientes de estudios piloto, en los cuales fueron subsecuentemente probadas y refinadas. El cuestionario requirió datos demográficos de los

encuestados (R 1 a 9). Además, incluyó los siguientes elementos:

Los estudiantes indicaron si tenían amigos o parientes que fueran VIH+ (R 10) y si habían atendido a pacientes VIH+ (R 11). Estimaron en una escala de seis grados, (R 12 y 13), la importancia del peligro que representaba la infección VIH en lo personal, así como en el caso de sus parientes y relaciones sociales.

Seis preguntas con escalas tipo Likert ofrecieron tres niveles de acuerdo y tres de desacuerdo con las siguientes preguntas. P 14: "El peligro presentado por el SIDA me ha hecho cambiar la forma en la que realizo procedimientos clínicos". P 15: "Los dentistas tenemos la obligación profesional de tratar a los pacientes VIH+". P 16: "Los dentistas tenemos la obligación moral de tratar a los pacientes VIH+". P 17: "Todos los pacientes deben ser considerados como portadores potenciales de VIH-SIDA". P 18: "Como profesional dental, el temor a la infección VIH-SIDA me ha hecho evitar a los pacientes de alto riesgo (como homosexuales y personas que precisan de transfusiones sanguíneas frecuentes)". En ésta hubo otra opción: "Nunca he estado en esta situación". P 25: "Las dentistas embarazadas pueden atender a un paciente contagiado por VIH-SIDA sin riesgo para su bebé".

Se estimó la posibilidad de contagio por VIH (en una escala de seis grados) del dentista al paciente (R 19A), del paciente al dentista (R 19B), y de un paciente a otro paciente (R 19C).

Se preguntó si tratar pacientes VIH+ sería más, menos, o igualmente preocupante que tratar VHB+ (R 20). Se indagó si sabían dar resucitación cardio-pulmonar (RCP) (R 21), y si estarían dispuestos a intentar resucitar un paciente VIH+ (R 22) o uno VHB+ (R 23). También indicaron si habían sido vacunados contra VHB (R 24).

Se preguntó (sobre una escala de seis grados) si estarían de acuerdo en trabajar en la misma área que una persona VIH+ (R 26), y si tendrían alguna objeción a tratar a un paciente VIH+ (R 28).

Los estudiantes evaluaron la excelencia de sus conocimientos (en una escala de seis grados) acerca de la infección VIH, en términos de su modo de transmisión (R 27A), los signos específicos en boca (R 27B), y los signos sistémicos generales (R 27C).

Se les pidió (R 29) que ordenaran siete razones por las cuales podrían rehusarse a tratar a un paciente VIH+. La primera era la más importante y la séptima la menos importante; si una opción era inválida, podía ser descartada.

También se les pidió (R 30) que ordenaran seis fuentes de información acerca de la infección VIH. La uno era la más importante y la seis la menos importante; si una opción era inválida, podía ser descartada.

Se preguntó si siempre usaban (R 31): (a) guantes desechables, (b) cubrebocas, (c) lentes protectores, y (d) batas o filipinas en su práctica dental (tipo de respuesta Sí/No).

Se indagó sobre el equipo usaban en su práctica clínica para limpiar instrumental, equipo y accesorios (R 32) (tipo de respuesta Sí/No).

Se preguntó qué sustancias utilizaban en su práctica clínica para limpiar instrumental y equipo (R 33) (tipo de respuesta Sí/No).

Los datos se analizaron mediante las pruebas t de Student y análisis de varianza de una vía (prueba de Scheffé).

RESULTADOS

Todos los estudiantes entrevistados (n=262; 71% mujeres; 87.8%, entre 21 y 25 años de edad), contestaron el cuestionario.

Once estudiantes (4.2%) indicaron que tenían amigos o parientes VIH+, mientras que sólo 13 estudiantes (5%) informaron haber tenido pacientes VIH+. El 83.2 por ciento de los entrevistados indicó que para sus familiares y relaciones sociales el peligro de la infección VIH era considerable, importante o muy importante. Al evaluar su propia posición, el 91.6 por ciento consideró este peligro en una de esas tres magnitudes de importancia. Al comparar las dos respuestas, se encontró que los estudiantes estaban más preocupados que sus familiares y relaciones sociales (2.1, desviación estándar (DE) 1.0 y 2.5, DE 1.1 respectivamente, $t = 4.9$, $p < 0.001$) cuando las escalas fueron convertidas a valores numéricos uno a seis.

Cuando las escalas tipo Likert se convirtieron a valores numéricos (siendo uno el acuerdo más fuerte y seis el desacuerdo más fuerte), la respuesta media fue 1.5, DE 1.0, estando entre el acuerdo más fuerte y acuerdo con el reactivo, "El peligro presentado por el SIDA me ha hecho cambiar la forma en la que realizo procedimientos clínicos". Las escalas de las siguientes preguntas también se convirtieron en la forma descrita.

La respuesta media (2.2 DE 1.4) estuvo entre acuerdo y ligeramente de acuerdo con: "Los dentistas tenemos la obligación profesional de tratar a los pacientes VIH+".

Los estudiantes se encontraron más dispuestos a aceptar esta obligación profesional que las estudiantes (1.9, DE 1.3 y 2.4, DE 1.5, $t = -2.4$, $p = 0.017$). El 32.9 por ciento aceptó que existía una obligación profesional de atender pacientes VIH+, pero que no lo haría. La respuesta media (2.2, DE 1.4) estuvo entre acuerdo y ligeramente de acuerdo con: "Los dentistas tenemos la obligación moral de tratar a los pacientes VIH+". El 34.9 por ciento aceptó que, a pesar de que existía el deber moral de tratar pacientes VIH+, no lo haría.

La respuesta media (2.3, DE 1.4) estuvo entre acuerdo y ligeramente de acuerdo con: "Todos los pacientes deben ser considerados como portadores potenciales de VIH-SIDA". Los estudiantes mostraron una creencia más fuerte que las estudiantes, en que todo paciente debería ser considerado VIH+ (1.9, DE 1.4 y 2.5, DE 1.4, $t = -3.1$, $p = 0.002$).

La respuesta media (4.8, DE 1.3) estuvo entre ligeramente de acuerdo y ligeramente en desacuerdo con: "Como profesional dental, el temor a la infección VIH-SIDA me ha hecho evitar a los pacientes de alto riesgo (como homosexuales y personas que precisan de transfusiones sanguíneas frecuentes)". De los estudiantes, 197 indicaron que nunca habían estado en esa situación.

La respuesta media (3.5, DE 1.9) estuvo entre ligeramente de acuerdo y ligeramente en desacuerdo con: "Las dentistas embarazadas pueden atender a un paciente contagiado por VIH-SIDA sin riesgo para su bebé".

Los estudiantes evaluaron la posibilidad del contagio por VIH de dentista a paciente como 3.9, DE 1.4 (entre una posibilidad considerable y una mediana); de paciente a dentista como 2.7, DE 1.3 (entre fuerte y considerable); y de un paciente a otro como 4.0, DE 1.6 (una posibilidad mediana). La comparación de las medias sugirió que, desde el punto de vista estadístico, eran significativamente diferentes ($t = 15.2$, $p < 0.001$; y $t = -14.2$, $p < 0.001$), con las excepciones de la evaluación del riesgo de contagio dentista-paciente y paciente-paciente.

La mayoría de los estudiantes (n= 189, 73%) estaría igualmente preocupada por tratar a un paciente vhb+ que a uno VIH+, en tanto que el 20.1 por ciento indicó que estaría más preocupado por atender a un VIH+. Si bien el 72.1 por ciento indicó que sabía dar RCP, 37.1 por ciento del total estaría dispuesto a tratar de resucitar a un paciente VIH+ y el 30.2 por ciento intentaría hacerlo en un vhb+; sin embargo, sólo el 20.1 por ciento indicó que había recibido la vacuna contra vhb. Estos estu-

diantes no parecieron formar un grupo específico que destacase por dar respuestas diferentes en otras partes del cuestionario, comparado con el resto.

Mientras el 60.7 por ciento indicó que trabajaría en la misma área que una persona VIH+, el 45.3 por ciento tuvo objeciones a tratarlos.

Al evaluar la excelencia de sus conocimientos acerca del modo de transmisión de la infección por VIH, el 92.7 por ciento consideró poseer amplios, considerables o suficientes conocimientos (valor medio 2.4, DE 0.9). En lo tocante a los signos específicos en boca, el 76.3 por ciento consideró poseer amplios, considerables o suficientes conocimientos (valor medio 2.8, DE 0.9). Por lo que respecta a los signos sistémicos generales, el 77.7 por ciento consideró que poseía amplios, considerables o suficientes conocimientos (valor medio 2.8, DE 0.9). La comparación de los valores medios sugirió que, desde el punto de vista estadístico, eran significativamente diferentes ($t = -7.6, p < 0.001$; y $t = 7.0, p < 0.001$), con excepción de las estimaciones de conocimientos respecto de los signos sistémicos en boca y de los signos sistémicos generales.

En el cuadro I se muestra cómo se ordenaron las razones por las que se podría rehusar tratamiento a un paciente VIH+. En el cuadro II se indica cómo se ordenaron las fuentes de información acerca de VIH-SIDA. En el cuadro III se muestra la frecuencia de uso de equipos de esterilización o desinfección y en el cuadro IV, la frecuencia de uso de desinfectantes.

La mayor parte de los estudiantes indicó que siempre usaba guantes desechables (96.9%), cubrebocas (98.9%), lentes protectores (83.2%) y batas o filipinas (98.1%).

DISCUSIÓN

En la presente investigación se han identificado someramente criterios y actitudes de un grupo de estudiantes ante pacientes VIH+ y VHB+, así como sus criterios relativos a las barreras preventivas ante la infección. Considerando que los encuestados eran estudiantes, debe evitarse toda extrapolación directa de los resultados del estudio a la población profesional. Sin embargo, la investigación ha aclarado aspectos importantes sobre la práctica y las actitudes de futuros profesionales próximos a graduarse, destacando varias áreas en las cuales habrá que establecer medidas de intervención educati-

CUADRO I

Importancia relativa de las razones para oponerse a tratar un paciente contagiado por VIH-SIDA, según fueron ordenadas por los encuestados

Preguntas	Media	Inválida (%)	Posición
1 Puedo contraer SIDA	2.7	10.7	2
2 Expone la familia al contagio	3.4	18.3	3
3 Otros pacientes abandonarían el consultorio	4.3	24.0	5
4 La gente con la que trabajo reaccionaría negativamente	4.4	29.0	6
5 No tengo medios ni instalaciones adecuadas	2.5	15.6	1
6 Alguien más puede hacerse cargo	4.5	29.4	7
7 No quiero correr ese riesgo	4.2	27.9	4

CUADRO II

Importancia relativa de las fuentes de información acerca de VIH-SIDA, según fueron ordenadas por los encuestados

Preguntas	Media	Inválida (%)	Posición
1 Folletos/anuncios CONASIDA y otros organismos gubernamentales	2.8	5.3	3
2 Revistas médico-dentales	3.2	3.8	4
3 Cursos o pláticas de actualización	2.8	10.3	2
4 Televisión, cine y radio	4.4	11.5	5
5 Periódicos y revistas	4.8	19.1	6
6 Amigos y conocidos	5.9	28.2	7
7 Educación profesional	2.7	6.1	1

CUADRO III

Equipo usado para esterilizar o desinfectar instrumental, equipo y accesorios*

Opción	Porcentaje sobre toda la población (%)	Frecuencia bruta
1 Autoclave	47.3	124
2 Horno de calor seco	77.1	202
3 Olla express	17.2	45
4 Esterilizador de esferas de cuarzo	17.6	46
5 Baño ultrasónico	4.2	11
6 Luz ultravioleta	4.2	11

* Podían escoger cuantas opciones desearan

vas, además de realizar investigaciones subsecuentes en esta población y en grupos relacionados.

La proporción de estudiantes que había tenido una experiencia directa con una persona VIH+, fue muy pequeña. En comparación, el 14.5 por ciento de TSD daneses había tratado a pacientes VIH+⁷ y el 10 por ciento de TSD norteamericanos.²⁴ Sin embargo, una proporción más grande de los estudiantes que abarca este estudio, estaría dispuesta a tratar a pacientes VIH+ (54.7%) que la informada en TSD norteamericanos (entre 27 y 43%).^{20,21,25,26} Comparativamente, sólo el 18 por ciento de los TSD británicos no estaría dispuesto a atenderlos. Estas cifras sugieren comparaciones interesantes respecto a la aparente disposición de los estudiantes para tratar pacientes VIH+, aun a pesar de su poca experiencia en este aspecto. Cabe recordar que la mayor parte de los estudiantes indicó que, tanto ellos como sus relaciones sociales y estaban preocupados por la infección VIH. Debido a que sólo se cuenta con la información que los encuestados afirman emplear, sólo cabe preguntarse si éstos son los criterios que emplearían en la vida real. De cualquier forma, una mayoría describió su percepción del problema de la infección VIH como sumamente importante, hasta el punto de que el 93.4 por ciento estuvo de acuerdo en que la amenaza del VIH había cambiado la forma en la que se daba atención dental. Es muy probable que esta evaluación no sea producto sólo de una

CUADRO IV

Sustancias usadas para desinfectar instrumental y equipo*

Opción	Porcentaje sobre toda la población (%)	Frecuencia bruta
1 Alcoholes	46.9	123
2 Glutaraldehído/formaldehído	45.0	118
3 Fenol	11.5	30
4 Cloruro de benzalconio	70.2	184
5 Hipoclorito de sodio	66.4	174
6 Jabones o detergentes caseros	74.8	196
7 Soluciones de yodo	14.5	38
8 Clorhexidina	14.9	39
9 Agua hirviendo o vapor	14.5	38

* Podían escoger cuantas opciones desearan

experiencia personal directa, sino de una mezcla de ésta y de las rutinas que se enseñan en la clínica. Cabe mencionar que ninguna de estas escuelas tenía un apartado curricular específicamente dedicado al control de infecciones.

Se observó una imagen más clara de lo que los estudiantes dijeron que harían en circunstancias dadas, cuando muchos afirmaron tener una obligación profesional (78.5%) y moral (82.7%) de atender a un paciente VIH+. Sin embargo, el hecho mismo de que el 32.9 por ciento aceptara la existencia de un deber moral para tratarlos, aunque no lo haría, sugiere que el riesgo de infección es comúnmente percibido como una consideración importante en el entorno clínico. El mismo comentario es aplicable a la evaluación de la obligación profesional, junto con la objeción simultánea a tratar pacientes VIH+ (34.9% de los estudiantes).

Aun cuando el riesgo de contagio por VHB es mayor que por VIH,²⁴ solamente el 20.1 por ciento se había vacunado contra VHB. Tal parecería, que la percepción del riesgo de contraer hepatitis B (o la reacción resultante de tal percepción) es mayor entre los TSD en otros países (donde la proporción de TSD vacunados es de 55 a 75%),^{20,21,24} que en nuestro grupo de estudio. Mientras

que 73 por ciento de los estudiantes estarían igualmente preocupados de estar en contacto con pacientes VIH+ que VHB+, y las medias de las respuestas respecto de la disposición para intentar resucitar a uno u otro tipo de paciente no fueron significativamente diferentes desde el punto de vista estadístico, en estudios norteamericanos^{20,21,26} se encontró que los TSD estarían más dispuestos a tratar pacientes VHB+ que VIH+. Comparativamente, los TSD daneses evaluaron el riesgo al tratar los dos tipos de pacientes de forma similar a la presente investigación.⁷

Aunque son escasos los casos de infección cruzada en el consultorio dental (si se observan las medidas adecuadas de control),¹¹ los estudiantes estimaron que el riesgo más alto era el contagio paciente a dentista. Teniendo en cuenta que, comparativamente, los dentistas están en contacto con más pacientes de lo que un paciente está en contacto con dentistas, esta evaluación parece razonable. Se ha dicho que un problema común para los pacientes VIH+ es la preocupación de que la atención dental les sea negada si se descubre su infección:¹¹ aun cuando los estudiantes parecieron no tener actitudes marcadamente negativas hacia pacientes VIH+, no se puede saber si sus reacciones en la vida real serían congruentes con los criterios que dicen emplear. En general, se puede decir que el panorama que ofrece este estudio muestra sentimientos conflictivos: mientras el 60.7 por ciento de los estudiantes consideró que podría trabajar en la misma área que una persona VIH+, el 45.3 por ciento rechazó la idea de tenerlos como pacientes.

Como regla general, muchos estudiantes afirmaron que sus niveles de conocimientos acerca de la infección VIH, sus manifestaciones y las vías de contagio, podrían considerarse como superiores al promedio. Hasta cierto punto, ésta fue una tendencia sorprendente en su auto-evaluación, ya que algunas de las razones dadas para objetar el tratamiento de pacientes VIH+ fueron relativamente incompatibles con la cantidad y la calidad de información supuestamente empleada. Las respuestas ambiguas con respecto a, p. e., el riesgo de infección en dentistas embarazadas, podrían indicar que factores emocionales estuvieron involucrados en esta evaluación del riesgo. Los claros ejemplos de "la falta de instalaciones adecuadas" y "el riesgo de contagiarse personalmente" como excusas para no atender pacientes VIH+, sólo pueden ser consideradas como explicaciones inapropiadas, si los encuestados efectivamente siguieran rutinas adecuadas de control de infecciones (teóricamente provenientes de un manejo correcto de información

actualizada). Una explicación complementaria de la situación descrita anteriormente, podría ser que se perciben los riesgos no-clínicos como demasiado altos para asumirse: algunos informes han indicado que el riesgo de que otros pacientes abandonen el consultorio porque se aceptan pacientes VIH+, es una de las consideraciones más frecuentemente mencionadas, para rechazar a este tipo de paciente.^{7,9,15,17,25,26}

Este no fue el caso en el presente estudio, ya que esta razón estuvo en quinto lugar de importancia y el 24 por ciento la consideró inválida. Como los estudiantes no han atendido pacientes por razones financieras, es posible que esta tendencia cambie con el tiempo, una vez que se encuentren involucrados financiera y profesionalmente con las decisiones acerca de qué pacientes aceptar.

Considerando que esta investigación fue realizada en estudiantes, no es sorprendente que las dos fuentes principales de información acerca de VIH hayan sido la educación profesional y cursos y pláticas de actualización profesional. Otros estudios han indicado que los dentistas recurrieron a cursos de educación continua y materiales impresos para consulta en casa²⁰ y/o revistas científicas²⁵ para obtener información, aunque también se consultaron fuentes menos especializadas. Teniendo en cuenta que los programas educativos parecen ser una forma adecuada de mejorar la información acerca del VIH, de las prácticas clínicas adecuadas y de las actitudes hacia pacientes VIH+,²⁵ los resultados de la presente investigación indicaron que la educación continua puede ser una de las formas más eficaces para mejorar el nivel de conocimiento y las prácticas clínicas para este grupo en particular, una vez que los estudiantes se separen de lo que hasta ahora fue su principal fuente de información.

Por último, el uso que los estudiantes afirmaron hacer de guantes, cubrebocas, lentes protectores e indumentaria, parece reflejar las recomendaciones más actualizadas en cuanto a control de infecciones. En algunos casos, el uso referido alcanzó las cifras encontradas entre los TSD norteamericanos o incluso más altas, como es el caso en particular de los cubrebocas.^{17,20,21,26} Este último aspecto no resulta sorprendente, ya que se ha utilizado por más tiempo que otras barreras en las escuelas de odontología en México. Ya que no se evaluó en forma independiente si estas prácticas equivalen a las costumbres reales de los estudiantes, cabe destacar que las respuestas pudieron haberse originado porque los alumnos saben que estas rutinas clínicas son el "estándar

de oro" a seguir, y porque consideren conveniente enfatizar que las observan, independientemente de las rutinas que practiquen en la realidad.

Esta última explicación es también aplicable al equipo de esterilización y desinfección que los encuestados afirmaron usar. Resulta sorprendente que una proporción inusualmente alta afirmara usar autoclaves (47.3%); aunque es imposible corroborar esta aseveración, sí se puede calificar subjetivamente esta impresión como un error, ya que el uso de autoclaves en la práctica dental (tanto privada como institucional), es sumamente limitado en México. Es posible que algunos estudiantes tengan la falsa idea de que sus hornos de calor seco son autoclaves, tal vez por la costumbre empírica de llamarlos "esterilizadores". Esta explicación se apoya en el hecho de que solamente 14 estudiantes indicaron que no usan ninguno de los dos aparatos, ya fuera por separado o concomitantemente.

Una observación similar en cuanto a lo inapropiado de algunas costumbres informadas, corresponde al cloruro de benzalconio, ya que este producto está específicamente excluido del entorno dental por ser un desin-

fectante de bajo nivel.²⁷ Es preocupante que se siga admitiendo como un desinfectante adecuado en México y que, además, tenga un uso tan favorecido (70.2% de los encuestados afirmaron usarlo). Tanto en éste como en algunos otros aspectos, es patente la necesidad de establecer guías formales y actualizadas para la práctica clínica.

Debido a que se desconoce si estas interpretaciones son una descripción exacta de las prácticas clínicas reales de los estudiantes, es necesario llevar a cabo más investigaciones para establecer inequívocamente la congruencia entre las prácticas informadas y las reales, en cuanto al control de infecciones. Esta información es particularmente útil para construir códigos actualizados de procedimientos clínicos y de control de infecciones. En una época en la que la posible confirmación del Tratado de Libre Comercio amplía la variedad y el número de rubros en los que se entrelazan aspectos de la vida profesional en México, Canadá y Estados Unidos, la investigación detallada debe constituir una base para desarrollar y compartir guías apropiadas para los procedimientos clínicos.

REFERENCIAS

1. Zacarías FR. Introduction by Guest Editor to the Special Issue on AIDS. *Bull Pan Am Health Organ* 1989;23(1-2): vi-viii.
2. Chin J. Projections of AIDS cases, USA. *Bull Pan Am Health Organ* 1989;23(1-2):126-129.
3. Valdespino JL, Izazola JA, Rico B. AIDS in Mexico: Trends and projections. *Bull Pan Am Health Organ* 1989;23(1-2):20-23
4. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Boletín Mensual de AIDS/ETS (México) 1992;6(6):212-213.
5. Watt RG, Croucher R. Dentists' perceptions of HIV/AIDS as an occupational hazard: A qualitative investigation *Int Dent J* 1991;41:259-264.
6. Jacob MC, Plamping D. The practice of primary dental care. Sevenoaks: Wright, 1989.
7. Scheutz F. Dental care of HIV-infected patients: Attitudes and behaviour among Danish dentists. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989;17:117-119.
8. Link RN, Feingold AR, Charap MH et al. Concerns of medical and paediatric house officers about acquiring AIDS from their patients *Am J Public Health* 1988; 78:455-459.
9. Natrass C. An elective in San Francisco *Br Dent J* 1988; 165(11):412-414.
10. Pérez-Padilla JR, Ponce de León-Rosales S. Actitudes éticas ante los problemas de manejo de los pacientes con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. *Salud Publica Mex* 1990;32:3-14.
11. Gilmore N. HIV disease: Present status and future directions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73: 236-243.
12. Moore FA. The dentist and AIDS. *J Prosthetic Dent* 1988, 59(2):236-241.
13. Lozada F, Silverman S, Migliorati CA *et al.* Oral manifestations of tumor and opportunistic infections in the acquired immunodeficiency syndrome: Findings in 53 homosexual men with Kaposi's sarcoma. *Oral Surg* 1983, 56 491-494
14. Fineberg HV. El impacto del AIDS sobre el sistema de atención a la salud. *Salud Publica Mex* 1990, 32 80-83
15. Hardie J. Problems associated with providing dental care to patients with HIV-infected and AIDS patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73:231-235.
16. Gerbert B, Maguire B, Badner V *et al.* Changing dentists' knowledge, attitudes and behaviours relating to AIDS: A controlled educational intervention. *JADA* 1988; 116:851-854.
17. Gerbert B. AIDS and infection control in dental practice: Dentists' attitudes, knowledge and behavior. *JADA* 1987; 114:311-314.
18. Gerbert B, Maguire BT, Spitzer S. Patient attitude toward dentistry and AIDS. *Dental Abstracts* 1990;35(2):74-75.
19. DiAngelis A. Mandatory HIV testing of health care workers: Will it serve the public good? *Dental Abstracts* 1991; (3):191-192.
20. Verrusio AC, Neidle EA, Nash KD, Silverman S, Horowitz AM, Wagner KS. The dentist and infectious diseases: A national survey of attitudes and behavior. *JADA* 1989; 118 553-562
21. Grace EG, Cohen DA. Attitudes of dentists concerning hepatitis and hepatitis vaccination. *Compend Contin Educ Dent* 1991,12(3):197-200
22. Cottone JA. Hepatitis B. Situación actual en la odontología *Dent Clin North Am* 1991;35(2) 269-282.
23. American Dental Association. Council on Dental Materials, Instruments and Equipment, on Dental Practice, on Dental Therapeutics. Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. *JADA* 1988;116:241-248.
24. Siwe C, Gruninger SE, Chang SB, Verrusio AC. Risk of HIV and hepatitis B infection among dental professionals *J Dent Res* 1989,68 415.
25. Gerbert B, Badner V, Maguire B. AIDS and dental practice. *J Publ Health Dent* 1988;48(2):68-73.
26. Rydman R, Yale S, Mullner R, Whiteis D, Vaux K. Preventive control of AIDS by the dental profession: A survey of practices in a large urban area *J Publ Health Dent* 1990,50 7-12.
27. American Dental Association, Council on Dental Therapeutics. Quaternary ammonium compounds not acceptable for disinfection of instruments and environmental surfaces in dentistry. *JADA* 1978; 97(5): 855-856.