

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



RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO Y LAS
ACTITUDES SOBRE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN ESTUDIANTES
Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO 2018.

TESIS

PRESENTADO POR:

Bach. LUIS EDUARDO ARIVILCA CÁCERES

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PUNO – PERÚ

2019

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

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO Y LAS
ACTITUDES SOBRE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN
ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ODONTOLOGÍA EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
2018.

TESIS PRESENTADO POR:

Bach. Luis Eduardo Arivilca Cáceres

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:



CIRUJANO DENTISTA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:



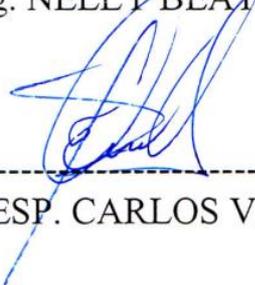
C.D. CESAR AUGUSTO MOLINA DELGADO

PRIMER MIEMBRO:



Mg. NELLY BEATRIZ QUISPE MAQUERA

SEGUNDO MIEMBRO:



C.D. ESP. CARLOS VIDAL CUTIMBO QUISPE

DIRECTOR / ASESOR:



Mg. SONIA CAROLL MACEDO VALDIVIA

Área : SALUD PUBLICA

Tema : BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGÍA

FECHA DE SUSTENTACIÓN 24 DE MAYO DEL 2019

Dedicado a mi familia: mis padres Salvador y Lucia, por su esfuerzo casi sobrehumano en lograr que sus hijos nunca les falte nada y sean personas de bien y de éxito; a mi hermana Tania y mi hermano William por su apoyo incondicional en todo momento para que juntos salgamos adelante.

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradezco al Dios todo-suficiente que me pastoreo desde mi infancia hasta hoy.

A la Dra. Sonia Carol Macedo Valdivia, asesora de tesis, por sus enseñanzas, correcciones, su apoyo y colaboración constante en la elaboración de este trabajo.

A la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Nacional del Altiplano.

A las personas que de alguna u otra forma colaboraron en la realización de este trabajo.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS.....	8
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	9
RESUMEN.....	10
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	14
HIPÓTESIS GENERAL	14
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	14
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
OBJETIVOS GENERAL	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
CAPITULO II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	16
2.1. MARCO TEÓRICO	16
2.1.1. INTERNACIONAL	16
2.1.2. NACIONALES	16
2.1.3. LOCALES.....	18
2.2. MARCO CONCEPTUAL	19
2.2.1. BIOSEGURIDAD	19
2.2.2. INJURIAS PERCUTÁNEAS	20
2.2.3. MÉTODOS DE BARRERA, ESTERILIZACIÓN, DESINFECCIÓN, ASEPSIA Y ANTISEPSIA (SISTEMA BEDA)	21
2.2.4. BASURA O DESECHO DENTAL	27
2.2.5. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.....	29
2.2.6. CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS (CAP)	32
CAPITULO III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	34
3.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO.....	34
3.1.1. GENERAL.....	34
3.1.2. ESPECIFICO	35
3.2. PERIODO DE DURACIÓN DEL ESTUDIO	36
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO.....	36
3.3.1. POBLACIÓN.....	36
3.3.2. MUESTRA.....	37

3.4. DISEÑO ESTADÍSTICO	37
3.5. PROCEDIMIENTO.....	37
3.6. VARIABLES	39
3.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	39
3.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE.....	39
3.6.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	39
3.7. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	41
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	42
4.1. RESULTADOS.....	42
4.2. DISCUSIÓN	52
CAPITULO V. CONCLUSIONES.....	55
CAPITULO VI. RECOMENDACIONES	55
CAPITULO VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	61
ANEXO A.	61
ANEXO B.....	62
ANEXO C. TEST: BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGÍA	63
ANEXO D. TEST DE ACTITUD	69

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, SEGÚN SEXO EN ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO EN EL 2018 N°44

FIGURA 2: ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, SEGÚN SEXO EN ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO EN EL 2018 N°47

FIGURA 3: RELACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO Y LAS ACTITUDES FRENTE A LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO EN EL 2018 N°51

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, SEGÚN SEXO EN LOS ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO EN EL 2018 N° 42

TABLA 2: ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, SEGÚN SEXO EN LOS ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO EN EL 2018 N° 45

TABLA 3: RELACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO Y LAS ACTITUDES FRENTE A LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO EN EL 2018 N° 48

TABLA 4: PRUEBA ESTADÍSTICA CHI-CUADRADO N° 50

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

Sistema BEDA (Métodos de barrera, esterilización, desinfección, asepsia y antisepsia)

CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas)

RESUMEN

Objetivo: El propósito del presente estudio fue determinar el grado de conocimiento y su relación con las actitudes sobre las medidas de bioseguridad en los estudiantes y docentes de la Escuela Profesional de Odontología en la Universidad Nacional del Altiplano durante el año 2018.

Materiales y método: Se realizó una investigación cuantitativa de nivel relacional, observacional, transversal y prospectiva. La población estuvo constituida por todos los alumnos que cursaron las diferentes clínicas durante el año 2018 comprendidos entre el 7mo, 8vo, 9no y 10mo semestre y docentes de la Escuela Profesional de Odontología. A los cuales se les entrevisto, para lo cual se hizo uso de un Test de bioseguridad; seguidamente se les observo durante los turnos de las diferentes procedimientos clínicos y fueron evaluados con el uso de un Test de actitud frente a las medidas de Bioseguridad. La muestra estuvo conformado por 112(100%) entren 21 docentes y 91 alumnos.

Al comparar el grado de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad, en los alumnos y docentes de la Escuela Profesional de Odontología, encontramos que el nivel de conocimiento fue regular en ambos grupos de estudio, siendo más frecuente en los docentes (90.5%) que en los alumnos (68.1%), De los docentes que obtuvieron un conocimiento regular el 94,4% califica una actitud regular, mientras que la frecuencia de la actitud regular en los alumnos es de 67.2%. Estos resultados nos muestran que tanto los docentes como los alumnos conocen y aplican con deficiencia las normas de bioseguridad

Conclusiones: En el presente estudio se evaluó el grado de conocimiento y su relación con la actitud sobre las medidas de bioseguridad en 112 docentes y alumnos de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano, en el cual se encontró que según la prueba Chi-cuadrado de Pearson tanto en docentes como en alumnos ($P=0.120$; $P=0,976$ correspondientemente) no existe una asociación entre ambas variables.

Palabras Clave: Bioseguridad, infección, injurias, esterilización, desinfección.

ABSTRACT

Objective: The purpose of the present study was to determine the degree of knowledge and its relationship with attitudes about biosafety measures in students and teachers of the Professional School of Dentistry at the National University of the Altiplano during 2018.

Materials and methods: Quantitative research was carried out at a relational, observational, cross-sectional and prospective level. The population was constituted by all the students who attended the different clinics during the year 2018 between the 7th, 8th, 9th and 10th semester and teachers of the Professional School of Dentistry. To which they were interviewed, for which a Biosecurity Test was used; Then they were observed during the shifts of the different clinical procedures and they were evaluated with the use of an attitude test in front of the Biosecurity measures. The sample consisted of 112 (100%) 21 teachers and 91 students.

When comparing the degree of knowledge about biosecurity measures, in the students and teachers of the Professional School of Dentistry, we found that the level of knowledge was regular in both study groups, being more frequent in teachers (90.5%) than in the students (68.1%), Of the teachers who obtained a regular knowledge, 94.4% qualifies a regular attitude, while the frequency of the regular attitude in the students is 67.2%. These results show that both teachers and students know and deficiently apply the biosafety norms

Conclusions: In the present study the degree of knowledge and its relation with the attitude on the measures of biosafety was evaluated in 112 teachers and students of the Professional School of Dentistry of the National University of the Altiplano, in which it was found that according to the test Chi-square Pearson in both teachers and students ($P = 0.120$, $P = 0.976$ correspondingly) there is no association between both variables.

Keywords: Biosecurity, infection, injuries, sterilization, disinfection.

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Equipo de Salud que otorga la atención odontológica y sus pacientes, están expuestos a una variedad de microorganismos por la naturaleza de las interacciones, donde se produce un contacto directo o indirecto con el instrumental, el equipo, aerosoles y las superficies contaminadas, especialmente fluidos corporales. Asimismo, hay que destacar que a su vez el operador es portador de microorganismos en sus manos y cuerpo en general, por lo que el contacto repetitivo entre profesional y paciente con tales características, de potenciales portadores de enfermedad, hacen necesario tomar diferentes medidas de protección para prevenir la infección cruzada. (1)

En odontología se busca proveer un ambiente de trabajo seguro, tanto para el paciente como para el odontólogo y el personal asistente, ante diferentes riesgos generados por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos. Los odontólogos y el personal de salud son quienes más están expuestos a contraer enfermedades infectocontagiosas como el SIDA, la Hepatitis B y la Tuberculosis, entre otros. (1)

La bioseguridad, comprende una serie de medidas y disposiciones que tienen como principal objetivo la protección de la salud humana, se define como un conjunto de procedimientos básicos de conducta que debe seguir cualquier personal de salud, del servicio de odontología, en el curso de su trabajo diario, cuando se enfrenta a riesgos para su salud y la de la comunidad. Esta incluye, dentro de otros, cuidados del personal asistencial, manejo del material, e instrumental, manejo del ambiente odontológico, uso de barreras protectoras, manejo de residuos contaminados y medidas básicas frente a accidentes de exposición a sangre o fluidos corporales. En tal sentido se ha desarrollado la norma técnica de Bioseguridad en Odontología como son: 1. Medidas básicas de prevención contra las infecciones transmisibles: precauciones universales, uso de barreras y manejo de residuos contaminados; 2. medidas básicas frente a accidentes de exposición a sangre o fluidos corporales (AES). (2)

Es importante inculcar en los estudiantes de odontología el conocimiento de bioseguridad y sobre todo el cumplimiento o la actitud de las medidas de bioseguridad para que estos futuros profesionales de la salud tomen conciencia de lo importante que son estas normas.(2)

Rivera A. En una investigación sobre bioseguridad de internos de odontología del Hospital Nacional de Hipólito Unanue. Se evaluó a 42 internos determinando que el nivel de conocimiento sobre bioseguridad fue bueno en un 59,5% y no hubo una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el de aplicación. El 50% de internos incumplió el lavado de manos, el 83% conocía el esquema de vacunación contra el VHB y el 19% no se vacuno contra este. (6)

La presente investigación tiene importancia teórica, porque describe los conceptos de la bioseguridad y los conocimientos que incluye en esta. Además tiene relevancia social puesto que la masificación de información en la actualidad pone en alcance al paciente sobre el papel que desempeña el profesional a la hora de la atención. El clínico tiene la obligación de aplicar en todo momento y con todo paciente las barreras adecuadas de protección con el fin de disminuir los riesgos de infección cruzada durante la atención; al consolidar sus conocimientos, actitudes y prácticas, podrán brindar un servicio idóneo a la población; los pacientes se verán beneficiados durante la consulta y en la práctica de los distintos procedimientos a realizar en la clínica odontológica.

Esta investigación tiene como propósito determinar la relacionar entre grado de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los estudiantes y docentes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existirá relación el grado de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los estudiantes y docentes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano durante el año de 2018?

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

HIPÓTESIS GENERAL

El grado de conocimiento estará relacionado con las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los estudiantes y docentes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano durante el año del 2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio justifica ser investigado por las siguientes consideraciones:

a. Relevancia científica.

Por medio del trabajo presentado, se busca profundizar y afianzar los conocimientos del estudiante acerca del tema de estudio, el cual nos permitirá establecer a futuro un estudio basal para el diseño de estrategias en el mejoramiento de estudios de conocimiento y actitud, así como constituirse en un aporte significativo para el desarrollo de nuevos estudios sobre el tema.

b. Relevancia social.

La masificación de información en la actualidad pone en alcance al paciente sobre el papel que desempeña el profesional a la hora de la atención. El clínico tiene la obligación de aplicar en todo momento y con todo paciente las barreras adecuadas de protección con el fin de disminuir los riesgos de infección cruzada durante la atención; al consolidar sus conocimientos, actitudes y prácticas, podrán brindar un servicio idóneo a la población.

c. Originalidad.

El poco desarrollo de trabajos de investigación regionales y nacionales similares especialmente en el uso de barreras de protección, así como la ausencia de estudios de conocimiento y actitud; tan solo coincidiremos en esta última parte con un estudio local realizado en el uso de lámparas de luz halógena

d. Interés personal.

Considerando importante que la Bioseguridad además de ser una medida preventiva de control de riesgos es también un proceso educativo que permite valorar la salud pública; es necesario evaluar a los estudiantes y docentes de odontología sobre el conocimiento que poseen en bioseguridad específicamente en el uso de barreras de protección y en qué medida aplican y cumplen con ellas para así poder reforzar y mejorar la enseñanza universitaria, de ser necesario

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**OBJETIVOS GENERAL**

Relacionar el grado de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los estudiantes y docentes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano durante el año del 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el grado de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad en los estudiantes y docentes de la Escuela Profesional de Odontología, según sexo.
- Determinar los tipos de actitud sobre las medidas de bioseguridad en los estudiantes y docentes de la Escuela Profesional de Odontología, según sexo.
- Relacionar el grado de conocimiento y los tipos de actitud sobre las medidas de bioseguridad en los estudiantes y docentes de la Escuela Profesional de Odontología, según sexo.

CAPITULO II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. INTERNACIONAL

Verrusio A. y col (1989) en un estudio comparativo de sobre medidas de bioseguridad realizado con muestras aleatorias de odontólogos estadounidenses los años 1986 y 1988, determinaron que el número de odontólogos que usaban los métodos de barrera era del 60%;y un gran porcentaje de odontólogos utilizaba para esterilizar el instrumental el autoclave y los esterilizantes químicos ; y como desinfectante utilizaban el glutaraldehido y el hipoclorito de sodio y reportaron que solo el 40% de los encuestados eliminaban las agujas en contenedores rígidos.(1)

Alvarez F. (2016) en su investigación evalúa el nivel de conocimiento y manejo de bioseguridad por los Odontólogos de los centros de salud de Latacunga, México; la cual es observacional descriptivo de corte transversal con enfoque cualitativo; se logró demostrar que el conocimiento es directamente proporcional a la práctica, excepto en la relación entre el uso adecuado del mandil y el conocimiento de los principios fundamentales de bioseguridad donde se obtuvo un resultado estadísticamente significativo mediante un Chi cuadrado el cual nos afirma que los sujetos estudiados conocen la teoría pero no la practican.(2)

Lee Y, Guilarte M, Toranzo O. (2017) Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre bioseguridad en Estomatología en el personal técnico y Profesional de la Clínica “Julio A. Mella” de la provincia Guantánamo Nivel de conocimientos sobre bioseguridad en Estomatología. Los datos primarios se obtuvieron de una planilla encuesta confeccionada por los autores. Se mostraron cifras bajas sobre nivel de conocimiento medianamente suficiente, la mayoría mostró insuficiencia de estos. (3)

2.1.2. NACIONALES

Alata G., Ramos S. (2011) En su investigación busco determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de las medidas de bioseguridad para reducir el riesgo

de contagio de enfermedades. Este estudio fue descriptivo y de corte transversal, en el cual participaron 95 alumnos de la Escuela Académica Profesional de Odontología de la universidad Nacional Hermilio Valdizan – Huánuco; Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa: del 100% de la población, el 41.1% calificaron en el grado de conocimiento como regular, de los cuales el 21.1% cumplen a veces con dichas medidas; asimismo, el 30.5% calificaron en el grado de conocimiento como malo de los cuales, el 21.1% no cumplen con las medidas y finalmente, el 28.5% calificaron como bueno con respecto al grado de conocimiento de los cuales el 25.3% cumplen siempre las medidas. Según la prueba de Chi cuadrado existe una correlación. (4)

Rever E. (2002). El propósito de esta investigación fue evaluar el grado de conocimiento sobre bioseguridad de los alumnos del tercero, cuarto y quinto año de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el periodo de julio – diciembre del 2002. Los estudios respondieron una encuesta con 20 preguntas en total, divididas en 5 temas: injurias percutáneas, métodos de barrera, esterilización y desinfección, hepatitis B y SIDA y desechos dentales. Cada tema constaba de 4 preguntas, excepto esterilización y desinfección que consto de 3. Se consideró grado de conocimiento de bioseguridad bueno cuando hubo de 16- 19 pregunta correcta, regular de 11 – 15 y mala menor o igual a 10. No hubo relación entre el grado de conocimiento de bioseguridad y año de estudio ($p < 0.05$). (5)

Rivera A. (2002). En una investigación sobre bioseguridad de internos de odontología del Hospital Nacional de Hipólito Unanue. Se evaluó a 42 internos determinando que el nivel de conocimiento sobre bioseguridad fue bueno en un 59,5% y no hubo una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el de aplicación. El 50% de internos incumplió el lavado de manos, el 83% conocía el esquema de vacunación contra el VHB y el 19% no se vacuno contra este. (6)

Ayón-Haro E, Villanelo M, Bedoya L, González R, Pardo K, Picasso M, Díaz T. (2013) En su estudio titulado: conocimientos y actitudes sobre bioseguridad en estudiantes de odontología de una Universidad Peruana, estudio de tipo cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 102 alumnos de Cariología matriculados en el IV ciclo de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres, durante el segundo semestre académico del 2013. Se evaluó los conocimientos y actitudes sobre

bioseguridad de los participantes. No se encontró correlación entre los conocimientos y las actitudes de los estudiantes. (7)

Gaspar J. (2017) En su estudio titulado “Nivel de instrucción y actitudes sobre bioseguridad odontológica en estudiantes del VIII-IX semestre de la escuela profesional de estomatología- UTEA-2017-II; Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal. Los estudiantes demuestran tener conocimientos y actitudes de bioseguridad regular. La población estudiada es mayoritariamente joven con predominio en la edad de 20 a 24 años (75,75), predomina el sexo femenino (60%) sobre el masculino (40%) y en mayor porcentaje son del octavo ciclo de estudios. (8)

2.1.3. LOCALES

Inofuente B. (2016) Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno- Perú. El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, de corte transversal que se realizó convenientemente en pacientes que acuden a la clínica odontológica, de todas las especialidades; y mayores de edad es aleatoria estratificada por edad y sexo de la Escuela Profesional de Odontología de la UNA-PUNO 2016. Se muestra los resultados del nivel de conocimiento sobre normas básicas de bioseguridad de los pacientes según sexo, se tiene que un 52.89% de los pacientes presenta un conocimiento regular; teniendo el sexo femenino el porcentaje mayor 28.10% con conocimiento regular; para el sexo masculino se tiene 24.79% con conocimiento regular no se observa diferencias significativas entre ambos sexos; por otro lado se observó un porcentaje de 0.83% con conocimiento deficiente para ambos sexos. No se observa alguna variación significativa del nivel de conocimiento respecto al sexo de los pacientes. (9)

Torres E, Barra M, Muñoz A. (2014) En su estudio titulado: Conocimientos y actitudes de las medidas de bioseguridad en estudiantes de odontología en Puno; las categorías del grado de conocimiento de bioseguridad obtuvieron: 0%(bueno), 45%(regular) y 55%(malo); mientras que en el de actitud fueron 55,12%(bueno), 31,22%(regular) y 13,66%(malo). Se identificó una relación estadísticamente significativa entre ambas puntuaciones (p-valor <0.05).Las instrucciones académica va acorde a las actitudes que desempeñan los estudiantes. (10)

Cari Edith, Huanca H. (2012) Determinar el nivel de conocimiento y aplicación de medidas

de bioseguridad en estudiantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” de Juliaca -2012. Material y Métodos: El diseño fue transversal-descriptivo; Se ha determinado que el nivel de conocimientos sobre medidas de bioseguridad por los estudiantes fueron: 34,67% muy bueno, el 30,67% bueno, el 20,00 % regular y el 14,67% deficiente; y en cuanto al cumplimiento fue adecuado en un 61.3%; Se ha comprobado que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de las medidas de bioseguridad en estudiantes de Clínica Odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. (11)

Ramos, A. (2006) Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno- Perú. El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal que se realizó en estudiantes del 4to y 5to año de estudios de la Escuela Profesional de Odontología, para la recolección de datos se utilizó un cuestionario de 20 interrogantes que contenían preguntas del conocimiento de VIH-SIDA y del conocimiento sobre la bioseguridad. Los resultados muestran que, un 83% de estudiantes tienen un conocimiento regular sobre VIH-SIDA Y UN 72% tienen un conocimiento regular de bioseguridad en conclusión se sugiere realizar campañas de educación y concientización y sus evaluación respectivas, y la capacitación de los alumnos de Odontología. (12)

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. BIOSEGURIDAD

2.2.1.1. CONCEPTO DE BIOSEGURIDAD

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

Para evitar la propagación de las enfermedades o contagiarnos debemos Interrumpir el proceso de transmisión de las mismas. (1)

Entonces es preciso tomar medidas protectoras tanto para protegernos como para proteger a las personas que están bajo nuestro cuidado. Durante el trabajo es esencial tener en cuenta los principios básicos de bioseguridad.

Los principios de bioseguridad

A) Universalidad: Implica considerar que toda persona puede estar infectada. Asimismo, considerar todo fluido corporal como potencialmente contaminante. Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas sin excepción ni distinción, independientemente de presentar o no patologías. (1)

B) Uso de barreras: Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras (ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente. (4)

C) Medios de eliminación de material contaminado: Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo de contagio por mal manejo de estos. (4)

2.2.2. INJURIAS PERCUTÁNEAS

2.2.2.1. CONCEPTO DE INJURIAS PERCUTÁNEAS

Se considera una injuria percutánea a cualquier herida punzo cortante y abrasiva que produzca sangrado aun en mínimas cantidades es una herida que se produce por pinchazos y cortes con elementos punzo cortantes los cuales incluyen: agujas, hojas de bisturí exploradores, curetas periodontales y para dentina, fresas de diamante y de carburo, instrumentos de endodoncia, tijeras, bandas y alambres de ortodoncia, cinta matriz, piedras montadas y discos de pulido. (6)

La heridas punzo cortante son la segunda mayor fuente de infección de VHB para el personal odontológico. La mayor fuente es producida por salpicadura de sangre y saliva de una persona infectada, que haga contacto con los ojos, boca y piel irritada. (6)

El manejo de los elementos punzo cortantes debe realizarse con mucho cuidado. Las agujas no deben doblarse, romperse ni cortarse antes de desecharlas. Además deben ser depositadas en recipientes irrompibles rotuladas como “material punzocortante”. (9)

Para retirar o colocar una hoja de bisturí se debe emplear siempre una pinza, nunca debe manipularse con las manos, nunca debe taparse con la mano la aguja. (9)

2.2.3. MÉTODOS DE BARRERA, ESTERILIZACIÓN, DESINFECCIÓN, ASEPSIA Y ANTISEPSIA (SISTEMA BEDA)

2.2.3.1. CONCEPTO MÉTODOS DE BARRERA

Las barreras externas protegen al personal de riesgos de contaminación, estas son: guantes, mascarillas, anteojos, pantallas o viseras, batas, gorros, campos, entre otros. Los microorganismos pueden contaminar otras personas a través de las manos, instrumentos, aerosoles y otros, dentro del área clínica es necesario establecer barreras que impidan el ciclo de contaminación. (14)

2.2.3.2. CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS DE BARRERA

GUANTES

Se recomienda para el examen clínico guantes descartables no esterilizados. Para procedimientos quirúrgicos se recomienda los descartables esterilizados. Los guantes reusables deben ser gruesos y se emplean solo para el lavado de instrumentos.

Los guantes contaminados con sangre u otros fluidos deber ser descartados

El lavado de guantes con agentes antisépticos altera la naturaleza del látex y no asegura el arrastre de microorganismos de su superficie.

Para ver el gráfico seleccione la opción "Descargar" del menú superior

Se debe evitar realizar acciones ajenas a la atención del paciente mientras lleva los guantes puestos. Si el tratamiento no es quirúrgico y debe ser momentáneamente interrumpido para luego continuar con el mismo procedimiento (tomar un frasco, abrir una puerta, contestar el teléfono, hacer una anotación, etc.) son muy útiles las manoplas o las bolsitas descartables de polietileno superpuestas al guante de látex.

Retirar los guantes:

- Luego del uso.
- Antes de tocar áreas no contaminadas o superficies ambientales.
- Antes de atender a otro paciente.

Las manos deben ser lavadas inmediatamente después de retirados los guantes para eliminar la contaminación de las mismas que sucede aún con el uso de guantes. (10)

MASCARILLAS

La mascarilla protege principalmente la mucosa nasal y evita su contaminación por aerosoles originados por el instrumental rotatorio del consultorio. Aunque la mascarilla protege la vía nasal y oral, esta última es menos peligrosa pues es la más difícil de transmitir gérmenes patógenos.

Entre las mascarillas descartables, el material de elección es la fibra de vidrio o la mezcla de fibras sintéticas que filtran mejor los microbios que las de papel.

Debe encajar cómoda y adecuadamente sobre el puente de la nariz para evitar el empañamiento de los protectores oculares. (10)

En los procedimientos quirúrgicos la superficie de la mascarilla debe ser considerada material contaminado por lo que debe evitarse su contacto aún con las manos enguantadas. (10)

PROTECTORES OCULARES

Evitan las lesiones oculares causadas por partículas proyectadas hacia el rostro del operador, a la vez que protege contra infecciones considerando que muchos gérmenes de la flora oral normal son patógenos oportunistas.

Debido a la dificultad para su esterilización hay que lavarlos entre paciente y paciente con agua, jabón germicida o soluciones antisépticas. Luego de ser enjuagados deben ser secados

con toallas o servilletas de papel. El procedimiento no debe dañar la superficie del protector.
(11)

VESTIMENTA DEL PROFESIONAL

Comprende mandil, pechera y gorro. Tiene por finalidad evitar la introducción de microorganismos en el área de trabajo. Asimismo, evita la contaminación de la ropa normal durante la atención en el consultorio.

Los mandiles deben tener manga larga, cuello alto y cerrado. (11)

2.2.4. CONCEPTO ESTERILIZACIÓN

2.2.4.1. TIPOS DE ESTERILIZACIÓN

Esterilización por Medios Físicos: Puede conseguirse por calor o por radiación (lámparas de rayos ultravioleta comúnmente han resultado no ser efectivas contra VIH). El sistema de elección en Estomatología es la esterilización por calor húmedo ó seco. (11)

Calor Húmedo:

Emplea la esterilización por vapor saturado a presión en AUTOCLAVE. Es el método más efectivo y de menor costo para esterilizar la mayoría de los objetos ó materiales, si se realiza correctamente. Requiere una temperatura de 121 C a 1,5 atmósferas (15 PSI) por 15 minutos

Calor Seco:

Se logra por conducción del calor, desde la superficie externa del artículo hacia las capas internas. Los microorganismos mueren por quemadura lenta de sus proteínas. Demora más que la esterilización a vapor, el calentamiento es más lento sin humedad Usar este método sólo para artículos que puedan soportar una temperatura mayor de 160° C en un tiempo no menor de 60'. Las agujas y los instrumentos con bordes cortantes como: limas para endodoncia, agujas de sutura, deben esterilizarse a temperaturas no mayores a los 160° C. Mayores temperaturas disminuyen el filo de los bordes cortantes. Se recomienda contar el tiempo recién a partir del momento que se alcanza la temperatura deseada. Se recomienda las siguientes relaciones de temperatura / tiempo:

minutos	0°
0 minutos	0°

Después del enfriamiento, sacar los instrumentos sueltos con pinzas o tenazas estériles y almacenarlos en recipientes cubiertos, igualmente estéril. (11)

MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN

MÉTODOS MEDIO OPCIONES

Físicos calor húmedo -autoclave a vapor saturado

Calor seco - horno

Líquido - inmersión en glutaraldehído 2%

- Inmersión en ácido paracético

Químicos Gas -gas de oxido de etileno (ETO)

- gas de formaldehído

- vapor de peróxido de hidrógeno

Plasma - plasma de peroxido de hidrógeno

- plasma de ácido paracético

Nota: La esterilización por autoclave es un método económico y eficaz. Pueden estar al alcance como opciones, el pupinel (horno), el glutaraldehído y el formaldehído. Todos los demás son costosos. (11)

2.2.5. CONCEPTO DESINFECCIÓN

Es la destrucción de los gérmenes patógenos en estado vegetativo o no esporulante. En ocasiones la desinfección representa la lucha contra los gérmenes con procedimientos quirúrgicos. (13)

2.2.5.1. CLASIFICACIÓN DE DESINFECCIÓN

Desinfección química.- Para conseguir un DAN (Desinfección de Alto Nivel) remojar los artículos en un desinfectante químico de alto nivel por 20 minutos y después enjuagarlos bien con agua estéril ó hervida.

Desinfectantes Químicos: (13)

- Soluciones de cloruro.- Inactivan todas las bacterias, virus, parásitos y algunas esporas.

Son poco costosas, de fácil disponibilidad y actúan con rapidez. Son muy

Eficaces contra el virus de Hepatitis B y el VIH (virus del SIDA)

Puede descontaminar grandes superficies como mesas de exámenes

Procedimiento:

Usar solución de cloro al 0.1% en agua potable

Las superficies (mesas, camillas, sillones dentales, etc.), frótelas prolijamente con un trapo embebido en la solución, dejar actuar unos 10 minutos y luego volver a limpiar

Reemplace la solución diariamente ó con mayor frecuencia, porque pierde su potencia con el tiempo y exposición solar.

Formaldehído al 8%.- Puede utilizarlo en sus formas líquida ó gaseosa, tanto para DAN como para esterilización química.

No es inactivado con facilidad por los materiales orgánicos

Un remojo de 24 horas en formaldehído mata todos los microorganismos, incluidas las endosporas bacterianas.

Puede utilizarlo hasta por 14 días. Reemplácelo antes si se enturbia

Glutaraldehído.- Se encuentra en forma alcalina, neutra ó ácida. Los neutros ó alcalinos tienen mayor poder de aniquilación y propiedades anticorrosivas que los ácidos

Se usa más comúnmente, el glutaraldehído al 2%, que debe usarse a temperaturas de 25° C (77° F)

Para una DAN eficaz, remojar los instrumentos y demás artículos por 20 minutos

Para su preparación debe seguir las indicaciones del fabricante

El formaldehído y el glutaraldehído son tóxicos, siendo el formaldehído de mayor toxicidad.

Debe manejarlos con cuidado.

Sus vapores son irritantes para la piel, ojos y el tracto respiratorio

Úselos solo en una zona ventilada, utilice guantes y limite el tiempo de exposición

Todos los equipos ó instrumentos remojados debe enjuagarlos concienzudamente después con agua hervida o estéril. (16)

Nunca mezcle formaldehído con cloro pues al combinarse forman un gas tóxico (eter bisclorometílico) (13)

Desinfectantes de uso común:

DESINFECTANTE	CARACTERÍSTICAS	OBSERVACIONES
CLORO (Lejía)	económico, fácil uso ideal para grandes superficies	Corrosivo para metales Cambiar cada día
FORMALDEHÍDO (para formaldehído, formol)	ideal para DAN y esterilización química	Corrosivo activo temperatura menor a 20°C Cambiar cada 14 días
GLUTARALDEHIDO (Glutal, Aldehídex, Crocobix, Glutarex)	recomendable para esterilización química y DAN	Corrosivo Cambiar cada 14 días (antes si se enturbia)

2.2.4. CONCEPTO ASEPSIA Y ANTISEPSIA

2.2.4.1. LAVADO DE MANOS:

Su finalidad es eliminar la flora bacteriana transitoria, reducir la residente y evitar su transporte.

Por ello es imprescindible el lavado de manos antes y después de la colocación de los guantes. La medida tiene como fundamento la posible existencia de lesiones y abrasiones que no puedan ser advertidas a simple vista, la presencia de sangre impactada debajo de las uñas del profesional y la posibilidad de perforaciones no visibles sobre la superficie de los guantes. (13)

Además deberá incluir a la limpieza adecuada del lecho subungueal. Para hacerla efectiva deberá siempre retirarse de las manos todas las alhajas, incluyendo el reloj.

Se recomienda soluciones jabonosas que contengan un 4% de Gluconato de Clorhexidina como ingrediente activo debido a su acción residual. Los jabones en barra pueden convertirse en focos de infección cruzada. (13)

El enjuague debe realizarse con agua fría para cerrar los poros, el secado debe realizarse con servilletas o toallas de papel. Las toallas de felpa pueden convertirse en focos de infección cruzada.

Lavarse las manos inmediatamente después de contactar sangre, saliva ó instrumental de operatoria.

TÉCNICA DEL LAVADO DE MANOS

La técnica de lavarse las manos tiene la siguiente secuencia:

1. subirse las mangas hasta el codo
2. retirar alhajas y reloj
3. mojarse las manos con agua corriente
4. aplicar 3 a 5 ml de jabón líquido
5. friccionar las superficies de la palma de la mano y puño durante 10 o 15 segundos
6. enjuagar en agua corriente de arrastre
7. secar con toalla de papel
8. cerrar la canilla con la toalla.

2.2.4. BASURA O DESECHO DENTAL

2.2.4.1. DEFINICIÓN DE BASURA Y DESECHO DENTAL

Se define a la basura o desechos dentales a todo material de desecho contaminado con sangre o saliva. Entre estos podemos incluir a dientes y tejidos extraídos, sarro, gasa, o algodón con sangre y/o saliva, copas y escobillas de profilaxis, cintas y discos de pulir, puntas de papel, guantes, mascarillas, succionador, dique de goma, cinta matriz de celuloide o metal, cuñas, hojas de bisturí, aguja dental y envoltura de rayos x.(14)

2.2.4.2. CLASIFICACIÓN DE BASURA Y DESECHO DENTAL

ELIMINACIÓN DEL MATERIAL DESCARTABLE:

Los materiales sucios o descartables deberán ser eliminados en forma segura. A tales efectos los objetos o materiales cortos punzantes deberán ser depositados en descartadores apropiados tal cual fue señalado en estas normas.

Se recomienda que dichos recipientes sean de paredes rígidas, boca ancha y de amplia capacidad y de material compatible con la incineración y no afectación del medio ambiente. A los efectos de su descarte, luego de alcanzada las tres cuartas partes de su capacidad, se obturará la boca mismo y se procederá a su eliminación.

Las gasas y algodones sucios así como las piezas dentarias eliminadas de la boca, deberán ser colocados en bolsas de nylon gruesas adecuadamente cerradas.

El tratamiento final de descartadores y bolsas de material sucio debería asimilarse a las disposiciones establecidas en cuanto a residuos hospitalarios, es decir incineración directa o posterior a su recolección. (13)

- **CRÍTICOS.**- Los materiales o instrumentos expuestos a áreas estériles del cuerpo deben esterilizarse. Ej. Instrumental quirúrgico y/o de curación.
- **SEMI CRÍTICO.**- Los materiales o instrumentos que entran en contacto con membranas mucosas pueden esterilizarse o desinfectarse con desinfectantes de alto nivel (glutaraldehído). Ej. Equipo de terapia ventilatoria, Endoscopios, Cánulas endotraqueales, Espéculos vaginales de metal.
- **NO CRÍTICO.**- Los materiales o instrumentos que entran en contacto con la piel íntegra, deben limpiarse con agua y jabón y desinfectarse con un desinfectante de nivel intermedio o de bajo nivel.

Ej. Esfignomanómetros, Vajilla, Chatas y violines, Muebles, Ropas.

Los artículos críticos, semicríticos y no críticos deben ser limpiados mediante acción mecánica utilizando agua y un detergente neutro o enzimático.

Todos los materiales, luego de ser usados deberán ser colocados en inmersión en un detergente enzimático o neutro durante un mínimo de 5 minutos, posteriormente cepillados y enjuagados en agua potable corriente a los efectos de retirar todo resto de materia orgánica presente. Luego secados y de acuerdo a la categorización del material deben ser esterilizados o desinfectados.

Los críticos deben ser esterilizados, los semicríticos pueden ser procesados con desinfectantes de alto nivel (ej. glutaraldehído al 2% en un tiempo mínimo de 20 minutos) y los no críticos mediante desinfección de nivel intermedio o de bajo nivel. (13)

MECANISMOS DE INFECCIÓN:

- La infección en la práctica estomatológica puede producirse por los siguientes mecanismos:
 - Contacto directo con la sustancia infectada (lesión, sangre, saliva)
 - Contacto directo con objetos contaminados
 - Salpicaduras de sangre ó saliva, secreciones nasofaríngeas sobre la piel ó mucosa sana ó erosionada
 - Contaminación por aerosoles infectados

2.2.5. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

2.2.5.1. CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Durante la práctica odontológica, el personal dental y sus pacientes se hallan expuestos a una amplia variedad de microorganismos capaces de causar enfermedad. Este es un hecho conocido desde hace tiempo que en la actualidad ha despertado un renovado interés con la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. (18)

En nuestro medio, estos microorganismos se transmiten vía sangre o secreciones orales o respiratorias e incluyen entre otros: citomegalovirus (HCMV), virus de la hepatitis B (HBV) y C (HCV), virus del herpes simple (HSV-1 y HSV-2), virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), *mycobacterium tuberculosis* y otros virus y bacterias. (18)

Estos microorganismos pueden transmitirse a través de diversas rutas que incluyen:

Transmisión directa

Es el traspaso directo o inmediato de un agente infeccioso a una puerta de entrada receptiva como la piel, mucosa oral, nasal, conjuntiva o genitales. Puede ocurrir por contacto directo (tocar, morder, besar); proyección de gotitas de sangre, saliva o secreciones y exposición al polvo contaminado proveniente de ropa de vestir de cama o suelos (18).

Transmisión indirecta

Es la transferencia de un agente infeccioso a través de vehículos de transmisión como objetos, materiales, o instrumentos con sangre, secreciones o restos de tejidos contaminados; por intermedio de un vector y por aerosoles microbianos. (18).

La infección por estos patógenos, independientemente de la ruta de transmisión que sigan, requiere la presencia de una serie de condiciones comúnmente conocidas como "cadena de infección". En primer lugar debe existir un huésped susceptible que es el que va a ser infectado; el microorganismo patógeno ha de estar en cantidad y virulencia suficientes para poder causar la infección; y en último lugar debe haber una puerta de entrada que permita a este microorganismo ponerse en contacto con el huésped susceptible. (18)

El virus de la hepatitis B (HBV) puede encontrarse en sangre y en saliva de pacientes infectados o de portadores crónicos. La probabilidad de infectarse por contacto de saliva, aunque está descrita es baja. Existen casos documentados de transmisión del HBV de dentistas infectados a pacientes, alguno de ellos con consecuencias mortales. La transmisión se produce, en la mayoría de casos, en ausencia de medidas de control de infección, presencia de lesiones cutáneas en las manos del profesional y de personal dental positivo para el antígeno de superficie (Hbs Ag) y el antígeno "e" (Hbe Ag) (la presencia de este marcador sérico es un signo de infectividad). En presencia de medidas sencillas de control de infección el riesgo de transmisión se reduce: es significativo el caso de un dentista que infectó a más de 50 pacientes durante un periodo de 3 años en el que no utilizaba guantes y que trató durante el cuarto año a más de 8000 sin transmitir la infección, a pesar de que seguía siendo potencialmente contagioso, únicamente por el hecho de usar guantes. (18)

La incidencia de hepatitis B en ciertos trabajadores sanitarios, entre los que se encuentran dentistas y auxiliares, es mayor que en la población general. Analizando la presencia de marcadores séricos en estos grupos profesionales se ha constatado que tienen entre 3 y 5 veces más probabilidades de adquirir esta enfermedad que el resto de la población. Sin embargo, en estos últimos años, este riesgo tiende a disminuir por el aumento de las medidas de control de infección, en especial la vacunación y por la disminución de la prevalencia de la enfermedad en la población general producida especialmente por la vacunación universal de todos los adolescentes de 12 años, medida en la que nuestra comunidad autónoma es pionera. (18)

El virus de la hepatitis C (HCV) ha sido identificado en saliva y sangre de pacientes con hepatitis aguda y crónica por el HCV. La transmisión cruzada de este virus de pacientes a profesionales y viceversa está documentada. Parece ser, sin embargo, que el riesgo de infección es bastante menor que en el caso de la hepatitis B.

En contraste con lo que ocurre con la hepatitis B y C, los trabajadores sanitarios y entre ellos el personal dental, tiene un riesgo muy pequeño aunque real de adquirir el HIV debido a su actividad profesional. Estudios prospectivos realizados desde hace más de 10 años en Europa y Estados Unidos han cuantificado este riesgo de seroconversión en aproximadamente 0,33% después de una exposición percutánea. El riesgo de seroconversión tras una exposición mucocutánea es aún menor (aproximadamente 0,04%).

Hay también casos documentados de transmisión en sentido contrario, es decir de dentista infectado a paciente, aunque el riesgo es mucho menor.

PRECAUCIONES EN LA CONSULTA DEL PACIENTE:

Considerar los siguientes aspectos en la evaluación del paciente:

En la historia clínica: Referencias sobre la pérdida de peso, procesos infecciosos por bacterias, virus, hongos (con especial énfasis en infecciones por mycobacterium tuberculosis, virus de Hepatitis B, C, Herpes simple y SIDA).

En el examen clínico: presencia de lesiones en piel ó mucosa; linfadenopatías

PRECAUCIONES GENERALES EN EL ÁREA ESPECÍFICO DE TRABAJO ESTOMATOLÓGICO

Evite heridas accidentales con instrumentos punzantes ó cortantes contaminados y el contacto de mucosas ó de lesiones abiertas de piel con material proveniente de los pacientes. Use jeringas y agujas desechables y después deposítelas, junto con las hojas de bisturí y otros materiales con filo, en un recipiente resistente a los cortes ubicado en el mismo lugar donde se realizan los procedimientos.

En procedimientos que impliquen contacto con sangre o fluidos corporales potencialmente infectantes usar batas, mascarillas y anteojos protectores. Si se mancha las manos con sangre, lávelas de inmediato con cuidado, aplicándose luego soluciones desinfectantes para mayor seguridad. (18)

Rotule claramente, con una advertencia especial, las muestras de sangre y de otras secreciones. Desinfecte el exterior del envase con una solución de cloro. Los objetos manchados con sangre, colóquelos en una bolsa rotulada ("Precaución: contiene sangre"), antes de enviarlos para su limpieza y destrucción.

PRECAUCIONES CUANDO SE PRESENTAN LESIONES ACCIDENTALES:

En caso de sufrir lesión accidental con elementos punzocortantes potencialmente infectados, inmediatamente realizar un lavado minucioso con agua y jabón. Previamente presione los

bordes de la herida para favorecer la salida de sangre por la misma. Si es necesario colóquese un apósito. Evite frotar la zona con cepillos debido al riesgo de originar micro lesiones.

En el caso de exposición de los ojos, lávelos de inmediato con agua y después irríguelos con solución salina estéril. Igualmente si se mancha con sangre, secreciones o fluidos, lávese prolijamente la zona con agua y jabón. Si se decide que la lesión es significativa (según resultado de ficha de accidentes), se debe seguir la evaluación del paciente y, previa consejería, se deben realizar las pruebas de VIH y hepatitis B, tanto al paciente como a Ud. Y reportar el accidente al responsable de bioseguridad de su consultorio o clínica.

Si el resultado del paciente es positivo para hepatitis B, es recomendable que reciba el tratamiento con inmunoglobulinas de inmediato y la primera dosis de vacuna contra hepatitis B. Lo recomendable es que todo trabajador que está en riesgo de exposición a sangre u otros fluidos, este vacunado contra la hepatitis B. (18)

2.2.6. CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS (CAP)

2.2.6.1. CONCEPTO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

Los conocimientos, actitudes y prácticas son un conjunto de factores a tomar en cuenta cuando se desea aproximar a la diversidad de formas en que las personas se insertan en una realidad concreta y viven así su cotidianidad. El planteamiento de Álvarez propone: que la conducta humana constituye una unidad indivisible conformada por los dominios cognoscitivo, afectivo y psicomotor que se pueden medir a través de los conocimientos, actitudes y prácticas de un individuo en relación con una determinada situación y puede ser modificada mediante la adquisición de conocimientos, el desarrollo de actitudes nuevas y fundamentalmente a través de la práctica. (21)

El conocimiento funciona como un instrumento de cambio solamente si el individuo está listo para llevarlo a cabo; de manera que los conocimientos representan un incremento en la conciencia que surge ante un estímulo producido por la interacción con los demás y con el medio, además de aquellos productos de la instrucción formal.(21)

Diversos estudios indican que son múltiples los factores que intervienen para producir una

conducta determinada, a saber: fisiológicos, psicológicos, económicos, tecnológicos y socioculturales; por ejemplo, el acto que el personal de salud realiza cuando atiende a un niño víctima de abuso forma parte de una conducta humana, en la cual interactúan motivaciones, intereses, expectativas y percepciones, todas ellas se entrelazan y configuran el acto de prestar un servicio de salud a este tipo pacientes.(22)

El autor Allport citado por Dawis Robin refiere que la actitud “consiste en un estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. (22) Sin embargo, a pesar de que esta definición es bastante completa, otros autores integran el aspecto socio psicológico; es decir, su dependencia del grupo (o colectividad) y en consecuencia, de las normas y valores, los cuales son expresión de la estructura socioeconómica del régimen social y expresados, así mismo por el grupo; de esta manera, podemos asumir que la actitud constituye también una forma de orientación del proceder de las personas, dependiente de la norma grupal y tiene la propiedad de reflejarse en el comportamiento del individuo, orientarlo, regularlo y guiarlo en determinado sentido, pudiéndose distinguir en toda actitud su objeto, dirección e intensidad.(23)

El autor Hernández indica que “una actitud puede definirse como una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto de un objeto o símbolo”. (23) También, se puede conceptualizar dicho término como “la predisposición a responder abiertamente ante una situación en términos de aceptación o rechazo” y “la práctica es el ejercicio de la facultad”. (25)

En esta misma línea, Martín Baro desarrolla más ampliamente la definición del concepto de actitud, concluyendo que: “las actitudes son predisposiciones a actuar positiva o negativamente frente a los objetos. La actitud constituye un estado hipotético con el que se pretende explicar cierta consistencia en el comportamiento de las personas y cuyo carácter principal sería la evaluación o afecto hacia un determinado objeto”. Interesa destacar en ese sentido lo expuesto por los autores Arroyo y Salmerón quienes indican que “las actitudes se pueden medir a través de escalas; una de las más utilizadas es la de Likert, la cual evalúa la intensidad de la actitud, a través de una serie de respuestas dadas ante una oración claramente favorable o desfavorable”. (28)

Por su parte, Shijiriev describe “tres componentes estructurales de la actitud:

- a. Componente cognitivo: Es el componente informativo de las actitudes. Son las ideas o información que se tiene acerca del objeto de actitud, lo que se conoce del objeto de actitud, es el aspecto perceptivo.
- b. Componente afectivo: Se refiere a los sentimientos y emociones que el objeto de actitud despierta en nosotros, lo que se siente acerca del objeto de actitud.
- c. Componente conductual: Indica el comportamiento del individuo respecto al objeto de actitud. Es el sistema de acciones exteriormente observable, mediante el que se expresa la actitud por lo cual se posibilita evaluar su existencia. Este componente se puede conocer mediante el análisis de la conducta, la actividad y expresiones verbales indicativas de conducta”. (29)

En cuanto a la práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de conocimientos, son aquellas acciones y eventos que realizamos a lo largo de nuestra vida; son resultado del contexto familiar, de los hábitos y las costumbres. Es el nivel más complejo porque implica conocer, tener voluntad y recursos para ejercitar ese conocimiento. Las prácticas o los comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto. (30)

CAPITULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO

3.1.1. GENERAL

El presente estudio se realizara en la ciudad de Puno en la Universidad Nacional del Altiplano, Escuela Profesional de Odontología.

Presenta los siguientes límites geográficos

- Por el sur con región Tacna

- Por el norte con la región de Madre de Dios
- Por el este con la república de Bolivia
- Por el oeste con las regiones de Cusco, Arequipa, Moquegua

Latitud: 15°50'31"S

Longitud: 70°01'11"O

Altitud sobre el nivel del mar: 3825 m

Población: 2015 141,064



3.1.2. ESPECIFICO

El presente estudio se realizará en la Av. Sesquicentenario N° 1150 Universidad Nacional del Altiplano, Escuela Profesional de Odontología, y los datos serán analizados en la misma casa de estudios.



3.2. PERIODO DE DURACIÓN DEL ESTUDIO

ACTIVIDADES	2018				2019
	SEP	OCT	NOV	DIC	MAY
Inicio de la asesoría de trabajo de investigación	X				
Selección de información	X	X			
Sistematización de la información		X			
Probación de proyecto de investigación		X			
Ejecución de la investigación			X	X	
Recopilación y sistematización de datos				X	
Publicación de resultados				X	X

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO

3.3.1. POBLACIÓN

La población estará constituida por todos los alumnos de la clínica y los docentes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano, de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Altiplano durante el año 2018 comprendidos entre el 7mo, 8vo, 9no y 10mo semestre que comprende un total de 166 matriculados y 32 docentes.

3.3.1.1. CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Alumnos y docentes de la escuela profesional de odontología de la Universidad Nacional del Altiplano.
- Los que desean participar

3.3.1.2. CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Alumnos de pre-clínica y docentes de áreas básicas de la escuela profesional de odontología de la Universidad Nacional del Altiplano.
- Los que no desean participar

3.3.2. MUESTRA

Para la determinación de número de muestras se usa el cálculo de tamaño de muestra para escalas nominales a fin de establecer la presencia o ausencia de fenómeno a estudiar, en este caso la relación entre el conocimiento y actitud frente a las normas de bioseguridad, por lo tanto, aplicamos la siguiente fórmula en base a una población de 198 matriculados. Comprendidos entre el 7mo semestre, 8vo semestre, 9no semestre y 10mo semestre y 32 docentes, con un error estándar de 1.5 a un 90% de confiabilidad.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Muestra: 131 entre estudiantes y docentes.

3.4. DISEÑO ESTADÍSTICO

Tipo de investigación cuantitativo, nivel relacional, según la intervención del investigador es observacional además según periodo y secuencia de estudio es transversal, también según tiempo de ocurrencia de los hechos es prospectivo y según análisis y alcance de los resultados es descriptivo.

3.5. PROCEDIMIENTO

Técnicas y procedimientos

- Entrevista
- Observación

Instrumentos

- Test de bioseguridad
- Test de actitud frente a las medidas de Bioseguridad

PROCEDIMIENTO

En la presente investigación se entrevistó a los docentes durante las horas de las diferentes clínicas; se les entregó el test de bioseguridad la cual desarrollaron en aproximadamente 30 a 40 min, una vez concluido se calificaron los test. Posteriormente se hizo uso del test de actitud frente a las medidas de bioseguridad en la cual se observó y evaluó a cada docente antes, durante y después de su trabajo clínico de forma anónima.

Asimismo se entrevistó por semestre a los alumnos del 7mo, 8vo, 9no y 10mo semestre, para lo cual, con la venia del docente de turno en una clase teórica correspondiente al semestre, se entregó los test de bioseguridad para lo cual se les dio de 20 a 30 min para desarrollar dicha encuesta.

Finalmente, con la venia del docente encargado de la clínica correspondiente al semestre, se procedió a observar y evaluar a cada alumno antes, durante y después de su trabajo clínico de forma anónima, para lo cual se usó el test de actitud frente a las medidas de bioseguridad.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El test que se utilizó fue validado por Rivera (23), Carrillo, Castañeda (24), Martínez, Fernández (25) los cuales pasaron por juicio de expertos en sus respectivos trabajos de test; al cual se le agregó dos preguntas, obteniéndose así un total de 22, 19 con 4 alternativas de opción múltiple y 3 con dos alternativas. Cada pregunta tiene el valor de 1 punto, el cual se obtiene si conoce la respuesta correcta pudiendo obtenerse como máximo 22 puntos. Los resultados del nivel de conocimiento se clasificó como bueno, regular o malo. Aquellos que obtendrán un puntaje total de 11 o menos se considera como malo, de 12 a 17 regular, y de 18 a 22 bueno.

Se evaluó las actitudes de cada alumno y docentes frente a las medidas de bioseguridad antes, durante y después de su trabajo clínico. Se les observó de forma anónima tanto a docentes como alumnos según los horarios que tengan, se les observó y anotó su comportamiento en un test de actitud el cual consta de 13 ítems a ser evaluados según el cumplimiento o no de las normas de bioseguridad descritas. El test de actitud fue validado por Chávez (13), Según Rivera (23) y Martínez (25) los cuales pasaron por juicio de expertos en sus respectivos

trabajos de tesis. Tiene un puntaje total de 13 puntos, obteniéndose 1 punto si es que cumplen la medida de bioseguridad correctamente y 0 puntos si no la cumplen. Se clasifico en bueno, regular y malo. Aquellos que obtengan un puntaje total de 6 o menos se consideraran como malo, de 7 a 9 regular, y de 10 a 13 bueno. Los datos obtenidos se presentan en los cuadros y tablas. (13, 23,25)

3.6. VARIABLES

3.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Grado de conocimiento sobre medidas de bioseguridad

3.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE

- Actitudes sobre medidas de bioseguridad

3.6.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala	categoría
Variable independiente GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	Bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral.	Test de bioseguridad	Preguntas de bioseguridad	Ordinal	Bueno: 18 a 22 Regular: 12 a 17 Malo: 0 a 11
		Grado de conocimiento sobre injurias percutáneas	Preguntas de injurias percutáneas		
		Grado de conocimiento sobre desinfección	Preguntas de métodos de barrera		

		Grado de conocimiento sobre esterilización	Preguntas de esterilización		
		Grado de conocimiento sobre desechos dentales y desinfección	Preguntas de desechos dentales y desinfección		
		Grado de conocimiento sobre hepatitis B, VIH y Tuberculosis	Preguntas de hepatitis B, VIH y Tuberculosis		
Variable dependiente ACTITUDES FRENTE A LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	Una actitud es una posibilidad de contestación a alguien o a algo aprendida y aunque relativamente permanente, el ser humano es capaz de modificarlas, para cambiar el rumbo de su vida.	Test de actitud frente a las medidas de bioseguridad	Aplicación de las medidas de bioseguridad: Preguntas del 1 al 13	Ordinal	Bueno: 10 a 13 Regular: 7 a 9 Malo: 0 a 6
Covariable SEXO	Carácter fenotípico que diferencia entre varón y mujer.	Características primarias y la secundarias	Se toma los datos del test de bioseguridad.	nominal	Masculino Femenino

3.7. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La presente investigación, se evaluó el grado de conocimiento y su relación con la actitud sobre las medidas de bioseguridad en 112, entre docentes y alumnos de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano, para lo cual se realizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson con el programa SPSS 22.

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA 1: GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, SEGÚN SEXO EN LOS ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO EN EL 2018

		Sexo de los participantes				Total	
		Femenino		Masculino		N	%
participantes		N	%	N	%		
cente	nocimiento ilo	0	0,0%	2	20,0%	2	9,5%
	gular	11	100,0%	8	80,0%	19	90,5%
	tal	11	100,0%	10	100,0%	21	100,0%
imno	nocimiento ilo	18	31,6%	10	29,4%	28	30,8%
	gular	38	66,7%	24	70,6%	62	68,1%
	eno	1	1,8%	0	0,0%	1	1,1%
	tal	57	100,0%	34	100,0%	91	100,0%
tal	nocimiento ilo	18	26,5%	12	27,3%	30	26,8%
	gular	49	72,1%	32	72,7%	81	72,3%
	eno	1	1,5%	0	0,0%	1	0,9%
	tal	68	100,0%	44	100,0%	112	100,0%

INTERPRETACIÓN:

Al comparar el grado de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad, según sexo en los alumnos y docentes de la Escuela Profesional de Odontología, encontramos que el nivel de conocimiento fue regular en ambos grupos de estudio, siendo más frecuente en los docentes (90.5%) que en los alumnos (68.1%), mientras que el nivel de conocimiento malo fue más frecuente en los alumnos (30.8%) en comparación a los docentes (9,5%).

En cuanto al nivel de conocimiento según sexo, se encontró que el nivel regular fue similar en ambos sexos (72.7% del sexo masculino y 72.1% en el femenino). Solo se encontró el 1.5% de nivel de conocimiento bueno que correspondió a los participantes del sexo femenino.

En el grupo de docentes, el 100% de docentes del sexo femenino tuvo un nivel de conocimiento regular mientras que los del sexo masculino lo obtuvieron en el 80% y el resto tuvo un nivel de conocimiento malo (20%)

En cuanto a los alumnos se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente en ambos sexos fue el regular, presentando el sexo masculino ligera diferencia a favor con respecto al sexo femenino (70.6% y 66.7% respectivamente). Solo se encontró el nivel de conocimiento bueno en el 1.8% que correspondió al sexo femenino.

FIGURA 1: GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, SEGÚN SEXO EN ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO EN EL 2018

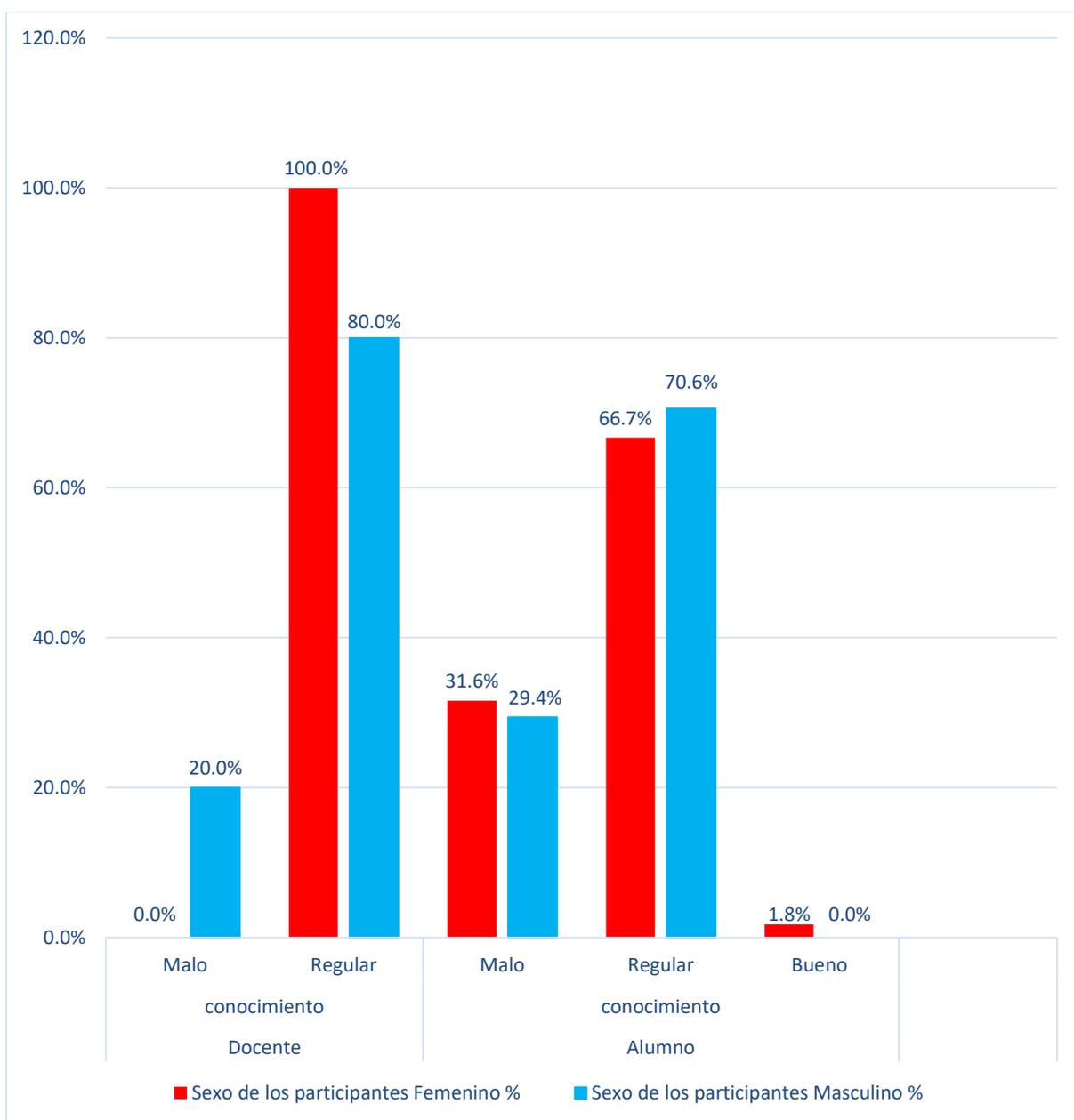


TABLA 2: ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, SEGÚN SEXO EN LOS ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO EN EL 2018

			Sexo de los participantes					
			Femenino		Masculino		Total	
			N	%	N	%	N	%
cente	itud de los ticipantes	ilo	1	9,1%	1	10,0%	2	9,5%
		gular	9	81,8%	9	90,0%	18	85,7%
		eno	1	9,1%	0	0,0%	1	4,8%
	tal	11	100,0%	10	100,0%	21	100,0%	
umno	itud de los ticipantes	ilo	10	17,5%	10	29,4%	20	22,0%
		gular	42	73,7%	22	64,7%	64	70,3%
		eno	5	8,8%	2	5,9%	7	7,7%
	tal	57	100,0%	34	100,0%	91	100,0%	
tal	itud de los ticipantes	ilo	11	16,2%	11	25,0%	22	19,6%
		gular	51	75,0%	31	70,5%	82	73,2%
		eno	6	8,8%	2	4,5%	8	7,1%
	tal	68	100,0%	44	100,0%	112	100,0%	

INTERPRETACIÓN:

Al comparar el grado de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad, según sexo en los alumnos y docentes de la Escuela Profesional de Odontología, encontramos que las actitudes frente a las medidas de bioseguridad fue regular en ambos grupos de estudio, siendo más frecuente en los docentes (85.7%) que en los alumnos (70.3%), mientras que las actitudes calificadas como malo fue más frecuente en los alumnos (22.0%) en comparación a los docentes (9,5%).

En cuanto las actitudes según sexo, se encontró que el nivel regular fue similar en ambos sexos (75.0% del sexo femenino y 70.5% en el masculino). Se encontró que de las actitudes calificadas como bueno fue más frecuente en los docentes (8.8%) en comparación a los alumnos (4.5%)

En el grupo de docentes, el 90.5% de docentes del sexo masculino tuvo una calificación como regular mientras que los del sexo femenino lo obtuvieron en el 81,8%; Solo se encontró el 9.1% de las actitudes calificadas como bueno que correspondió a los participantes del sexo femenino.

En cuanto a los alumnos se encontró que de las actitudes más frecuente en ambos sexos fue el regular, presentando el sexo femenino diferencia a favor con respecto al sexo masculino (73.7% y 64.7% respectivamente). Se encontró que de las actitudes calificadas como bueno fue más frecuente en el sexo femenino (8.8%) en comparación a los del masculino (5.9%)

FIGURA 2: ACTITUD FRENTE A LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, SEGÚN SEXO EN ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO EN EL 2018

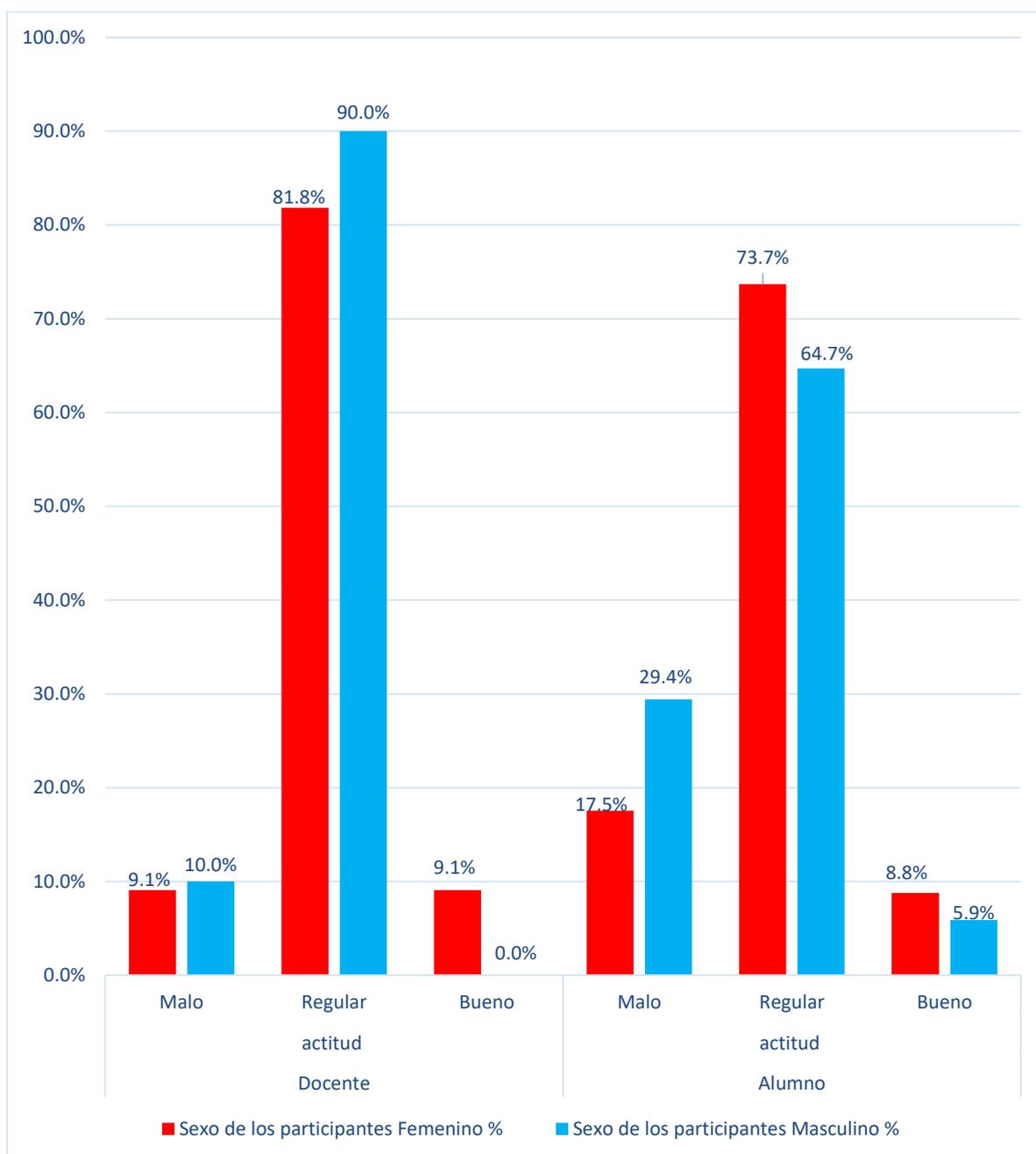


TABLA 3: RELACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO Y LAS ACTITUDES FRENTE A LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO EN EL 2018

participantes		actitud de los participantes							
		Malo		Regular		Bueno		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
cente	nocimiento	1	50,0%	1	5,6%	0	0,0%	2	9,5%
	gular	1	50,0%	17	94,4%	1	100,0%	19	90,5%
	tal	2	100,0%	18	100,0%	1	100,0%	21	100,0%
imno	nocimiento	6	30,0%	20	31,3%	2	28,6%	28	30,8%
	gular	14	70,0%	43	67,2%	5	71,4%	62	68,1%
	eno	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%	1	1,1%
	tal	20	100,0%	64	100,0%	7	100,0%	91	100,0%
tal	nocimiento	7	31,8%	21	25,6%	2	25,0%	30	26,8%
	gular	15	68,2%	60	73,2%	6	75,0%	81	72,3%
	eno	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	1	0,9%
	tal	22	100,0%	82	100,0%	8	100,0%	112	100,0%

INTERPRETACIÓN:

Al comparar el grado de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad, en los alumnos y docentes de la Escuela Profesional de Odontología, encontramos que el nivel de conocimiento fue regular en ambos grupos de estudio, siendo más frecuente en los docentes (90.5%) que en los alumnos (68.1%), De los docentes que obtuvieron un conocimiento regular el 94,4% califica una actitud regular, mientras que la frecuencia de la actitud regular en los alumnos es de 67.2%.

Estos resultados nos muestran que tanto los docentes como en los alumnos conocen y aplican parcialmente las normas de bioseguridad

TABLA 4: PRUEBA ESTADÍSTICA CHI-CUADRADO

	los participantes	Valor	Gl	sig. asintótica (2 caras)
docentes	chi-cuadrado de Pearson	4,237 ^b	2	,120
	función de verosimilitud	2,712	2	,258
	asociación lineal por lineal	3,065	1	,080
	número de casos válidos	21		
alumnos	chi-cuadrado de Pearson	,471 ^c	4	,976
	función de verosimilitud	,753	4	,945
	asociación lineal por lineal	,003	1	,953
	número de casos válidos	91		
total	chi-cuadrado de Pearson	,694 ^a	4	,952
	función de verosimilitud	,941	4	,919
	asociación lineal por lineal	,316	1	,574
	número de casos válidos	112		

4 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado ,07.

5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado ,10.

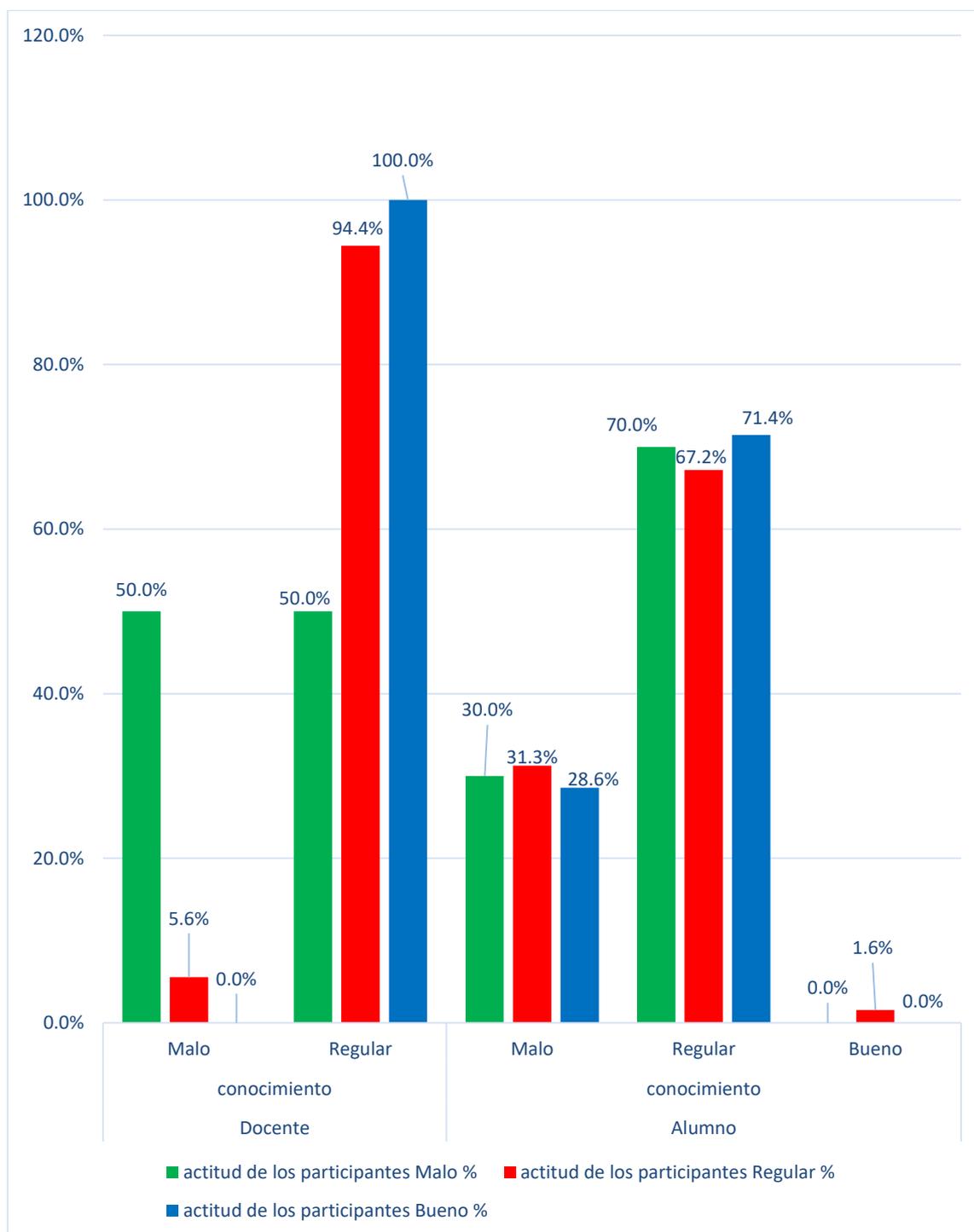
5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado ,08.

INTERPRETACIÓN:

Contrastación de la hipótesis

En el presente estudio se evaluó el grado de conocimiento y su relación con la actitud sobre las medidas de bioseguridad en 112 entre docentes y alumnos de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano, en el cual se encontró que según la prueba Chi-cuadrado de Pearson tanto en docentes como en alumnos ($P=0,120$; $P=0,976$ correspondientemente) no existe una asociación entre ambas variables.

FIGURA 3: RELACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO Y LAS ACTITUDES FRENTE A LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLÓGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO EN EL 2018



4.2. DISCUSIÓN

Bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, éste ambiente debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos. El tipo de investigación cuantitativo, nivel relacional, según la intervención del investigador es observacional además según periodo y secuencia de estudio es transversal, también según tiempo de ocurrencia de los hechos es prospectivo y según análisis y alcance de los resultados es descriptivo.(1)

En este estudio se determinó que de 112 docentes y alumnos de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano, los docentes 90.5% y los alumnos alcanzaron solo el 68.1% del nivel de conocimiento como regular.

Rivera A. (2002) en una investigación sobre bioseguridad de internos de odontología del Hospital Nacional de Hipólito Unanue. Se evaluó a 42 internos determinando que el nivel de conocimiento sobre bioseguridad fue bueno en un 59,5% y no hubo una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el de aplicación. (6)

Ramos, A. (2006) en su investigación observo que los estudiantes tienen un conocimiento regular de bioseguridad. Encontramos una similitud entre ambos estudios, la cual se podría deber a que se relazaron en una población similar y en las mismas instalaciones “universidad”. (12)

Chávez J. (1999) en un estudio en 80 alumnos determinó que el nivel de conocimientos sobre bioseguridad fue entre regular y muy bueno en un 88,75% y 11,25% tenían un nivel malo. Encontramos una similitud entre ambos estudios, y los resultados que califican como muy bueno se podría deber a que en el estudio se realizó realizado por Chávez se encuesta sobre medidas de bioseguridad a los internos que ocupaban los primeros puestos 68 de sus respectivas universidades los cuales tuvieron un mayor conocimiento en esta área. (13)

Martínez en su investigación en el promedio obtenido del conocimiento de las medidas de bioseguridad en los alumnos fue regular; el promedio de la actitud frente a estas medidas también fue regular; existe una similitud podría deberse a que la población fueron estudiantes de pregrado. (25)

Lee Y, Guilarte M, Toranzo O. En su estudio del nivel de conocimiento sobre bioseguridad en Estomatología en el personal técnico y Profesional de la Clínica “Julio A. Mella” de la provincia Guantánamo Nivel de conocimientos sobre bioseguridad en Estomatología. Se mostraron cifras bajas sobre nivel de conocimiento medianamente suficiente, la mayoría mostró insuficiencia de estos. En general estos resultados reflejan la necesidad de profundizar en el plan de estudio de la carrera de Estomatología los temas relacionados con la bioseguridad así como de impartir en el postgrado cursos relacionados con el tema. (3)

Gaspar J. En su estudio los estudiantes demuestran tener conocimientos y actitudes de bioseguridad regular. La población estudiada es mayoritariamente joven con predominio en la edad de 20 a 24 años (75,75), predomina el sexo femenino (60%) sobre el masculino (40%) y en mayor porcentaje son del octavo ciclo de estudios. (8)

Sobre la actitud de las medidas sobre bioseguridad, en nuestro estudio obtuvimos que 85,7% de los docentes y el 70,3% de los alumnos califican como regular.

Al evaluar la actitud tomada por los internos frente a las medidas de bioseguridad, se obtuvo que de 40 internos; 62,5% tuvieron una actitud regular; 37,5% una actitud mala y 0% tuvieron una actitud buena frente a las medidas de bioseguridad. Con estos resultados observamos que la mayoría de los internos aplican las medidas de bioseguridad de forma parcial no en su totalidad; sin embargo el 37,5% no las aplican a diferencia de Chávez J. (1999) que determinó que el 28,75% de alumno aplicó las normas de bioseguridad y un 71,25% no las aplicó. (13)

Al analizar los resultados de este estudio, se puede afirmar que no existe una relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad y la actitud que se toma frente a ellas en los docentes y alumnos de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano, en el cual se encontró que según la prueba Chi-cuadrado de Pearson tanto en docentes como en alumnos ($P=0.120$; $P=0,976$ correspondientemente) no existe una asociación entre ambas variables.

Álvarez F. (2016) en su investigación logró demostrar que el conocimiento es directamente proporcional a la práctica, se encuentra una discrepancia; puede deberse a que los evaluados fueron personas profesionales con experiencia que conocen las medidas de bioseguridad y las aplican. (2)

Rivera A. (2002) en una investigación sobre bioseguridad de internos de odontología del Hospital Nacional de Hipólito Unanue. Se evaluó a 42 internos determinando que el nivel de conocimiento sobre bioseguridad fue bueno en un 59,5% y no hubo una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el de aplicación. (9)

Chávez y Rivera A. en sus respectivos estudios reportaron que no hubo una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad y el de aplicación. Esta semejanza se podría deber a que los docentes y alumnos tienen claros algunos conceptos sobre las medidas de bioseguridad o lo que deben usar o no pero al momento de su labor clínica no los ponen en práctica porque no tienen la conciencia de lo importante que son estas normas y los peligros que corren al no aplicarlas. (13, 14)

Ayón-Haro E, Villanelo M, Bedoya L, González R, Pardo K, Picasso M, Díaz T. En su estudio, conformada por 102 alumnos de Cariología matriculados en el IV ciclo de la Facultad de Odontología; Se evaluó los conocimientos y actitudes sobre bioseguridad de los participantes; se encontró cierta similitud a nuestro estudio, No se encontró correlación entre los conocimientos y las actitudes de los estudiantes. Respecto a las actitudes, ambos grupos pasaron de “regular” a “bueno”, esta mejora fue mayor en el grupo de estudio. (7)

Torres E, Barra M, Muñoz A. En su estudio las categorías del grado de conocimiento de bioseguridad obtuvieron: 0%(bueno), 45%(regular) y 55%(malo); mientras que en el de actitud fueron 55,12%(bueno), 31,22%(regular) y 13,66%(malo). La instrucción académica va acorde a las actitudes que desempeñan los estudiantes. Los resultados fueron similares con respecto al nivel de conocimiento de las medidas de bioseguridad, con la diferencia que se identificó una relación estadísticamente significativa entre ambas puntuaciones (p -valor <0.05) (10)

Cari Edith, Huanca H. determinó que el nivel de conocimientos sobre medidas de bioseguridad por los estudiantes fueron: 34,67% muy bueno, el 30,67% bueno, el 20,00 % regular y el 14,67% deficiente; y en cuanto al cumplimiento fue adecuado en un 61.3%; Se ha comprobado que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicación de las medidas de bioseguridad en estudiantes de Clínica Odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Los resultados se diferencian con el nuestro debido que la mayor parte de estudiantes, de la clínica odontológica ha logrado la capacitación requerida. (11)

CAPITULO V. CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento en docentes y alumnos fue regular, siendo más frecuente en los docentes. En cuanto al sexo no se encontró diferencias, presentándose el nivel de conocimiento regular similar en ambos.
2. La actitud sobre las medidas de bioseguridad en docentes y alumnos fue regular, siendo más frecuente en los docentes. En cuanto al sexo no se encontró diferencias, presentándose la actitud regular similar en ambos.
3. No existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de las medidas de bioseguridad en estudiantes y docentes.
4. El presente estudio determinó que no existe relación entre el grado de conocimiento sobre medidas de bioseguridad y la actitud frente a ellas según sexo en los estudiantes y docentes de la Escuela Profesional de Odontología.

CAPITULO VI. RECOMENDACIONES

Realizar estudios similares en las diferentes universidades para evaluar la condición de los alumnos y docentes de odontología en lo que respecta al conocimiento y aplicación de las normas de bioseguridad.

Realizar estudios similares, comparando las universidades o centros de salud para evaluar la condición de los alumnos, docentes y personal técnico de odontología en lo que respecta al conocimiento y aplicación de las normas de bioseguridad.

Realizar cursos de reforzamiento sobre medidas de bioseguridad a los estudiantes de odontología antes de empezar su labor en clínica.

Observar de manera periódica a los docentes y alumnos en su labor clínica a lo largo de su semestre para poder reforzar los aspectos en los cuales estén fallando.

Tener una población más grande

CAPITULO VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Verrusio A, E Neidle, K Nash, The dentist and infectious diseases: S Silverman, A Horowitz y col and A Natinal Survey of attitudes Behavior. JADA 1989; 118; 553-562.
2. Alvarez F. Conocimiento y manejo de la bioseguridad por los odontólogos de los centros de salud de Latacunga. Tesis para optar título profesional de cirujano dentista. Latacunga. México, 2016.
3. Lee Y, Guilarte M, Toranzo O. Nivel de conocimiento sobre bioseguridad en Estomatología en el personal técnico y Profesional de la Clínica “Julio A. Mella” de la provincia Guantánamo. Cuba. Rev Inf Cient. 2017; 96(2):232-240.
4. Alata G, Ramos S. Nivel de conocimiento de los alumnos de la EAP de Odontología y aplicación de las medidas de bioseguridad para reducir el riesgo de contagio de enfermedades en la clínica dental de la UNEVAL-HUANUCO. Tesis para optar título profesional de cirujano dentista. Perú: EAP De Odontología UNEVAL, HUANUCO; 2011.
5. Rever E. Evaluación del grado de conocimiento sobre medidas de bioseguridad de los alumnos del tercero, cuarto y quinto año de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2002 – tesis para optar el título de cirujano dentista – Lima UPCH, 2007.
6. Ramos, A. Grado de conocimiento del VIH-sida y bioseguridad en los alumnos de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano –Puno 2005.. Tesis para optar título profesional de cirujano dentista. Perú: Escuela Profesional De Odontología Universidad Nacional Del Altiplano Puno, Puno; 2006.
7. Ayón-Haro E, Villanelo M, Bedoya L, González R, Pardo K, Picasso M, Díaz T. Conocimientos y actitudes sobre bioseguridad en estudiantes de odontología de una Universidad Peruana. Lima. 2013. KIRU. 2014 Ene-Jun;11(1):39-45.
8. Gaspar J. En su estudio titulado “Nivel de instrucción y actitudes sobre bioseguridad odontológica en estudiantes del VIII-IX semestre de la escuela profesional de estomatología-UTEA-2017-II -tesis para optar el título de cirujano dentista - ABANCA Y – APURÍMAC– 2017.
9. Inofuente B. Nivel de conocimiento del VIH-sida y de normas de bioseguridad básicas de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano Puno 2016. Tesis para optar título profesional de cirujano

- dentista. Perú: Escuela Profesional De Odontología Universidad Nacional Del Altiplano Puno, Puno; 2016.
10. Torres E, Barra M, Muñoz A. Conocimientos y actitudes de las medidas de bioseguridad en estudiantes de odontología en Puno, 2014. Evidencias en Odontología Clínica Nov. 2015 - Vol. 1 - Núm. 1
 11. Cari Edith, Huanca H. Nivel de conocimiento y aplicación de medidas de bioseguridad en estudiantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” de Juliaca -2012. Rev. “Investigación Andina” Vol. 13 – Nº 1 Enero-Junio 2014
 12. Ramos, A. Grado de conocimiento del VIH-sida y bioseguridad en los alumnos de la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano –Puno 2005. Tesis para optar título profesional de cirujano dentista. Perú: Escuela Profesional De Odontología Universidad Nacional Del Altiplano Puno, Puno; 2006.
 13. Chavez J. Nivel de conocimiento y aplicación de las normas de bioseguridad en alumnos del último año de la facultad de Odontología de “Universidades Nacionales de Lima – tesis para optar el grado de cirujano dentista – Lima: UNMSM, 2009.
 14. Martínez S. Evaluación sobre la ejecución de medidas de bioseguridad por los alumnos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - tesis para optar el título de cirujano dentista – Lima UPCH, 2007.
 15. Otero J. Manual de bioseguridad en odontología. Lima 2002:5-15.
 16. Cecotti A. Clínica estomatológica. Sida, Cáncer y otras afecciones. Buenos Aires: panamericana; 1993.
 17. Maupome C. Actitudes y costumbres para el control de la infección por VIH y Hepatitis B en estudiantes de odontología. Salud Publica de Mexico 1993;35(6): 14 – 21.
 18. Kufoy M. Lesiones percutáneas en los estudiantes de pre y postgrado y asistentes dentales de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia – Tesis para optar el gradode cirujano dentista – Lima: UPCH,1994.
 19. Hudson S,J Jones, D Sarll. Cross infección control in general dental practice dentist behavior compared with their knowledge and opinions. Br Dent J 1995; 178: 365- 369. Zelaya V, 1997.

20. Zelaya. Actitudes, prácticas y conocimientos de las normas de control de infecciones antes y después de una actividad educativa en dos grupos de alumnos del cuarto año de la Facultad de Odontología de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica – Tesis para optar el grado de cirujano dentista –Ica: UNSLG, 1998.
21. Launiala, A. ¿Cuánto puede indicarnos una encuesta CAP acerca de conocimientos, actitudes y prácticas? Observaciones en base a investigaciones de antropología médica sobre la malaria durante el embarazo efectuadas en Malawi). *Anthropology Matters*, Vol 11, N° 1, 2009.
22. Gachito J y S Naidoo. HHV/AHDS: the knowledge, attitudes and behavior dentist in Nairobi Kenya. *SAD J* 2002; 56(12): 587- 591.
23. Rivera A. Bioseguridad en internos del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2002 – Tesis para optar el título de cirujano dentista – Lima: UNMSM, 2002.
24. Carrillo S. Grado de conocimiento sobre medidas de bioseguridad del personal asistencial que labora en la clínica dental de la Facultad de Estomatología de la universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2003 - tesis para optar el título de cirujano dentista – Lima UPCH, 2008.
25. Fernandez A. conocimiento sobre manejo de control de infecciones en el consultorio dental y virus de la hepatitis B, en odontólogos egresados en Facultad de Estomatología de la universidad Peruana Cayetano Heredia - tesis para optar el título de cirujano dentista – Lima UPCH, 2002.
26. ADA Council on Scientific Affairs and ADA Council on Dental Practice: Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. *JADA*, vol. 127, May, 672-80,1996.
27. Accepted Dental Therapeutics: Sterilization or Desinfection of Dental Instruments. 39th ed, 100-14, 1982.
28. Folleto Informativo del Grupo Técnico de Patología Bucal MSAS: Normas para la Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas en la práctica Odontológica, 1994.
29. Torres y Ehrlich: Disease Transmission and Infection Control in Modern Dental Assisting, 5th edition, Philadelphia, WB Saunders, 1995.
30. Del Valle, SC y Guerrero, CA: La Esterilización en Cirugía Buco-Maxilofacial. *Odontol Al Día*, N° 1, 14-19, 1992.
31. Carvajal, A, Núñez, MJ y col: Prevención de Infección por el VIH y Hepatitis viral. *Antibióticos e Infecciones*, vol. 4, N° 2, 45-50, 1996.

32. Hupp, JR: Principles of Asepsis in Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery 3rd ed. St. Louis, Mosby, 69-82, 1998.
33. McCarthy GM, MacDonald JK: A comparison of infection control practices of different groups of oral specialists and general dental practitioners. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 85:47-54, 1998.
34. Miller, CH and Palenik CJ: Surface and equipment asepsis in Infection control and management of hazardous materials for the dental team, St. Louis, Mosby, 175-189, 1998.
35. Cottone JA, Terezhalmay GT, Molinari JA: (2008) Practical infection control in dentistry, 2 ed, Baltimore, Williams & Wilkins.
36. Centers for Disease Control and Prevention: Recommended infection control practices for dentistry, MMWR 41:1-12, 2009.
37. Sequeira Garcia V, Talavera Soza A. conocimiento y aplicación de normas de bioseguridad en el área de odontología de los centros de salud del municipio de Managua en el periodo mayo-octubre. Nicaragua 2014
38. Ministerio de Salud del Perú. Manual de bioseguridad. Sistema de Gestión de la Calidad del PROMAHEBAS [internet]. Lima; 2004 [citado 2 Mayo 2014]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/pronahebas/MANUAL%20DE%20BIOSEGURIDAD.pdf>
39. Emily Cuenca Sala, Pilar Baca García. Odontología preventiva en acción (principios, métodos y aplicaciones). Editorial Masson. 3º edición, Barcelona / 2005. Pág. 226, 236.
40. Tamara Andrea Peña, riesgo de infección asociado a perforaciones en guantes de cirugía. Abril 2010. Disponible en: http://www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ARTICULOS/doc_77320_HTML.html?idDocumento=77320
41. Médicos del Mundo (enero de 2011). (Modelos de encuestas CAP [conocimientos, actitudes y prácticas]) www.medecinsdumonde.org: <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Guides-a-l-usage-desprofessionnels-de-l-humanitaire/Collecte-de-donnees-methodesquantitatives>
42. Delgado W, G Flores y V Vives. Control de las infecciones transmisibles en la práctica odontológica: manual de procedimientos. Lima: UPCH, 1995:8-10, 19-29, 32-39.

43. Leonard R y J Eagle. Desarrollando una política efectiva contra la exposición laboral en el consultorio odontológico. Compendio, 1993. P 13-22.
44. Puccio P. Evaluación en el manejo de desechos sólidos contaminados en la clínica estomatológica central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y clínicas periféricas de pregrado.1996.

ANEXOS

ANEXO A.

“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD”

CONSTANCIA

LA QUE SUSCRIBE COORDINADOR DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO- PUNO.

HACE CONSTAR QUE:

Que, el Bachiller: **LUIS EDUARDO ARIVILCA CACERES**, de la Escuela Profesional de Odontología –Facultad de Ciencias de la Salud, ha ejecutado su Proyecto de Investigación Titulado “**RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO Y LAS ACTITUDES SOBRE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN ESTUDIANTES Y DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO 2018**”, a partir del 03 al 28 de Diciembre del 2018.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que estime por conveniente.

Puno, 30 de Abril del 2019

Mg. Gian Carlo Valdez Velazco
Coordinador de Clínica

ANEXO B.**CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA****FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yoidentificado (a) con DNI
.....de Años de edad; hago reconocimiento e informo que el
estudiante Luis Eduardo Arivilca Cáceres me ha informado de manera clara y precisa la
manera de llenar el test de bioseguridad con el propósito de obtener datos para su
investigación.

Por ello mediante este documento hago constar con el registro de mis datos y mi firma la
aceptación y autorización correspondiente para que proceda con la recolección de datos y
estudios correspondientes que requiera.

Puno,..... del 2018

Firma:.....

DNI:

ANEXO C. TEST: BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD:

NOMBRE:

MARCA CON UNA X O UN CIRCULO LA ALTERNATIVA QUE UD. CONSIDERE CORRECTA SEGÚN EL ENUNCIADO. TENGA EN CUENTA QUE ESTO NO ES UN EXAMEN CADA PREGUNTA TIENE UNA SOLA RESPUESTA CORRECTA.

1.- Cuál de las siguientes opciones contiene SOLO elementos punzocortantes?

- a. Cinta matriz, banda de ortodoncia, explorador.
- b. Hoja de bisturí, aguja dental, porta resina.
- c. Aguja dental, espejo bucal, explorador.
- d. Hoja de bisturí, aguja dental, espejo bucal.

2.- Como se debe limpiar la parte activa de una cureta Mc Call durante una Profilaxis?

- a. Con las manos desprovistas de guantes de látex se escoge una gasa y Se limpia la punta del instrumento.
- b. Con las manos protegidas de guantes de látex se coge una gasa y se limpia la punta del instrumento.
- c. Con las manos protegidas de guantes de látex se coge una gasa con una pinza y se limpia la punta del instrumento.
- d. Con las manos protegidas de guantes quirúrgicos, se coge una gasa y se limpia la punta del instrumental.

3.- La mayoría de injurias percutáneas en dentistas se producen por:

- a. Pinchazos con aguja.
- b. Cortes con hojas de bisturí.
- c. Pinchazos con explorador.
- d. Pinchazos con fresas de diamante.

4.- Se debe utilizar guates para TODO procedimiento Clínico Odontológico?

a. Si

b. No

5.- Para desechar una aguja dental se debe:

a. Doblar, romper y desechar la aguja.

b. Reinsertar la tapa de la aguja con las manos y luego se debe botar en el basurero.

c. Reinsertar la tapa de la aguja con una pinza y luego desechar la aguja en un recipiente rotulado con “material punzocortante”

d. Doblar la guja, reinsertar la tapa con una pinza, y desechar la aguja en un recipiente rotulado con “material punzocortante”

6.- Con respecto a la vestimenta clínica, Ud. Considera que:

a. Debe venir con la vestimenta clínica puesta desde su casa, la utiliza en turno clínico y se la cambia en su casa.

b. Cambiarse de ropa antes de su turno clínico, y luego en su casa se la quita.

c. Debe venir con la vestimenta clínica desde su casa, la utiliza en turno clínico y se cambia de ropa para ir a su hogar.

d. Colocarse la vestimenta clínica antes de iniciar su turno clínico y al concluir el turno se cambia y recién va a su casa.

7.- Con respecto al uso de mascarillas:

a. Deben sustituirse una vez cada hora o entre un paciente y otro siempre.

b. Si la mascarilla se humedece con nuestra saliva podemos seguir utilizándola, la capacidad de filtración no disminuye.

c. Podemos tocar la mascarilla con los guantes colocados.

d. Si se usa una máscara facial no es necesario usar mascarilla.

8.- Con respecto al uso de lentes de protección:

a. Deben de esterilizarse en autoclave siempre después de su uso.

b. Se deben utilizar para todo procedimiento odontológico.

c. Protegen la vista mejor que las máscaras faciales.

d. Si se hace un examen dental no es necesario utilizarlos.

9.- El método más eficaz para esterilizar los instrumentos metálicos utilizados es:

a. Autoclave.

b. Calor seco.

c. Esterilización química.

d. Hervir Instrumental.

10.- Para eliminar los desechos dentales contaminados se debe:

a. Utilizar guantes de látex para examen para manipular el desecho.

b. Separar de los desechos no contaminados.

c. Colocar en hexaclorofeno por 48 horas.

d. Omitir protección adicional además de los guantes.

11.- La temperatura ideal para esterilizar instrumentos en calor seco es de:

a. 170°C por 1 hora.

b. 160°C por 1 hora.

c. 170°C por 30 minutos.

d. 160°C por 30 minutos.

12.- Con respecto a los desinfectantes marcar la respuesta correcta.

a. El alcohol de 70° es un desinfectante de alto nivel.

b. El glutaraldehído al 2% es capaz de matar esporas bacterianas.

c. Los desinfectantes de nivel intermedio no eliminan al M. Tuberculoso.

d. La lejía es el mejor desinfectante.

13.- Con respecto a la probabilidad de riesgo de contagio del VHB O VIH:

- a. El personal odontológico tiene mayor probabilidad de contraer una infección por VHB que por VIH.
- b. El personal odontológico tiene mayor probabilidad de contraer una infección por VIH que por VHB.
- c. El personal odontológico tiene la misma probabilidad de contraer una infección por VIH o VHB.
- d. El VHB no es una enfermedad de riesgo para el personal odontológico.

14.- Con respecto a la vacuna contra la Hepatitis B:

- a. Son 3 dosis: una basal, una a los 6 meses y la otra al año. La vacuna te protege de por vida, por lo que no es necesario vacunarse nuevamente.
- b. Son 3 dosis: una basal, una a los 3 meses y la otra al año. Es necesario vacunarse luego cada 3 años con la misma dosis.
- c. Son 3 dosis: una basal, una a los 6 meses y la otra al año. Es necesario vacunarse luego con una sola dosis cada 5 años.
- d. Son 3 dosis: una basal, una al mes y la otra a los 6 meses. Es necesario vacunarse luego con una sola dosis cada 5 años.

15.- A partir de que semana el odontólogo puede atender a un paciente con diagnóstico de tuberculosis que recibe tratamiento.

- a. A partir de la primera semana de tratamiento.
- b. Después de 3 semanas de haber empezado su tratamiento.
- c. Antes de empezar su tratamiento.
- d. No se debe atender al paciente hasta que culmine su tratamiento.

16.- Se puede contraer tuberculosis de la siguiente forma:

- a. Por salpicadura de sangre sobre piel sana.
- b. Por respirar gotitas de saliva en los lentes de protección.
- c. Por salpicadura de saliva en los lentes de protección.
- d. Por salpicadura de sangre sobre la mascarilla.

17.- Se puede contraer el VHB de la siguiente forma:

- a. Por salpicadura de saliva en los ojos.
- b. Por salpicadura de sangre sobre piel sana.
- c. Por injuria percutánea con instrumental estéril.
- d. Por salpicadura de sangre que caiga sobre la mascarilla dental.

18.- Se puede contraer VIH por salpicadura de saliva en el ojo o en una herida expuesta?

- a. Si
- b. No

19.- Es correcto esterilizar los instrumentos, dentro de una caja metálica cerrada en autoclave?

- a. Si
- b. No

20.- Se considera desecho dental contaminado a los siguientes elementos:

- a. Sarro, caja de guantes, succionador.
- b. Dique de goma, hilo dental y platina de vidrio.
- c. Envoltura de rayos X, escobillas de profilaxis, sarro.
- d. Succionador, botella de alcohol, campo para paciente.

21.- Con respecto al desecho de materiales punzocortantes contaminados:

- a. Se deben de desechar en el basurero común.
- b. Deben de desecharse en una bolsa plástica siempre.
- c. Deben de desecharse en una botella de plástico hermética.
- d. No se desechan para poder ser reutilizados.

22.- Un diente recién extraído debe eliminarse:

- a. En un recipiente que contiene desinfectante y luego ponerlo en el basurero.
- b. Dentro de una bolsa plástica y tirar al basurero.

c. Luego de media hora para asegurarse que el VHB ha sido eliminado con el oxígeno del ambiente. Debe botarse en una bolsa plástica.

ANEXO D. TEST DE ACTITUD

Nombre y Apellidos:

Semestre:

Universidad:

	Cumple	
	Sí	No
1. Utiliza gorro descartable	Sí	No
2. Utiliza 1 mascarilla por paciente o se cambia cada hora	Si	No
3. Utiliza lentes de protección	Si	No
4. Desinfecta los lentes de protección entre pacientes	Si	No
5. Utiliza mandil o chaqueta manga larga	Si	No
6. Se lava las manos antes de colocarse los guantes	Si	No
7. Se cambia los guantes entre paciente y paciente	Si	No
8. Se lava las manos después de quitarse los guantes	Si	No
9. Toca zonas inadecuadas con los guantes puestos	Si	No
10. Colocación correcta de la aguja en su protector	Si	No
11. Desecha la aguja en un recipiente especial	Si	No
12. Usa toalla descartable para secarse las manos	Si	No
13. Coloca los desechos en un recipiente adecuado	Si	No