



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Prevalencia de lesiones en cavidad oral en pacientes con VIH /Sida en HERES Salud E.U. de la ciudad de Santa Marta en el periodo 2006-2007

Adriana Patricia Polo Padilla

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Programa de Maestría en Salud Pública
Bogotá, Colombia
2011

Prevalencia de lesiones en cavidad oral en pacientes con VIH /Sida en HERES Salud E.U. de la ciudad de Santa Marta en el periodo 2006-2007

Adriana Patricia Polo Padilla

Tesis para optar el título de
Magíster en Salud Pública

Director
MSc DrPH María Victoria Valero

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Programa de Maestría en Salud Pública
Bogotá, Colombia
2011

Dedicatoria

A Dios por llevarme de su mano y llenarme de bendiciones para hacer realidad este proyecto de vida.

A mis hijas Lusiana de Jesús y Camila Andrea, por esperar pacientemente el tiempo que no les dedique mientras trabajaba.

A mi esposo Luis Duran por brindarme su apoyo, dedicación, para poder culminar esta meta trazada.

A mi madre Zoila y mi hermano Misael por darme su apoyo incondicional y creer en mí.

A mi familia por acompañarme siempre sin importar cual sea el momento.

Agradecimientos

A mis profesores que me dieron la oportunidad de compartir sus conocimientos y amplia experiencia y que con su ejemplo nos estimulan a ser cada vez mejores profesionales.

A mi tutora Doctora María Victoria Valero, quien me guio, exigió, y ayudó, sobre todo su compromiso y su paciencia hasta concluir este trabajo.

A Sara Helena Carrillo por su orientación, ayuda y preocupación hasta el término de este proyecto.

A la Doctora Marta Paredes quien me impulso y me acompaño con su asesoría.

Resumen

Objetivos: identificar la prevalencia de las lesiones en cavidad oral en pacientes convivientes con VIH/SIDA, a través de la revisión de las historias clínicas de una Unidad de Atención en Salud en el periodo 2006-2007.

Materiales y métodos: Estudio Descriptivo de prevalencia de periodo en una muestra de 224 pacientes, a los cuales se les estudio las historias clínicas, posteriormente fueron analizadas, mediante una base de datos en Excel que luego se envió al paquete estadístico SPSS18 licenciado en la Universidad del Magdalena, se analizaron a través de medidas de frecuencia, luego se codificaron las variables tales como: edad, sexo, grado de escolaridad, estrato socio económico, lugar de residencia de los casos, actividad de desempeño, estado sistema inmunológico, estado civil, patologías clínicas asociadas, patologías cavidad oral, estas variables fueron tabuladas y sus frecuencias expresadas en porcentajes con los respectivos intervalos de confianza, el muestreo se realizó aleatorio sistematizado. El criterio de inclusión que se tuvo en cuenta fue los pacientes que asistían a la consulta médica, pacientes sanos en cavidad oral, pacientes que asistieron en otro periodo de tiempo.

Resultados: La investigación se realizo en una unidad de atención de carácter privado certificada como centro de referencia para la atención a pacientes infectados por VIH-SIDA en donde se analizaron 421 registros clínicos de los cuales se analizaron 224 registros de personas convivientes con el VIH-SIDA de los cuales el promedio de edad fue de 43.73 años, con una (DE de 20.52), y un IC al 95% (43.57). El grupo de edad que predominó fue el de 21 a 25 años con un 19.28%; En cuanto al género, predominó el género femenino con un 57%; la ocupación que arrojó mayor frecuencia fue la del trabajo independiente con un 25%; el estado civil que predominó fue el soltero con 37 %, la escolaridad estuvo representada en un 45% en el ser Bachiller; el 86% pertenece al estrato socioeconómico I. De los 224 diagnósticos, se evidencia el predominio de las Infecciones gastrointestinales como la diarrea en un 8.48% y IC al 95% (-0.070- 0.240); la gingivitis ocupa el primer lugar con un 10.36% y un IC al 95% (0.16-10.132). La procedencia que mayor frecuencia obtuvo fue la ciudad de Santa Marta con una frecuencia de 104 sujetos (46.4%). Es relevante resaltar que estos pacientes asistieron voluntariamente, con consentimiento informado en busca de asistencia médica en cuanto al sistema inmune los pacientes tienen un promedio de CD4 de 274 diluciones por mm^3 de sangre, el valor que con mayor frecuencia se observo fue de 290 diluciones por mm^3 de sangre.

Conclusiones: dentro de las patologías orales que presentaron mayores incidencias están la gingivitis y la candidiasis pseudomembranosas, aun en aquellos casos en los que no hubo alteración del estado inmunitario del paciente.

Palabras claves: VIH-SIDA, incidencia, cavidad oral, patologías asociadas, características socio demográfica.

Abstract

Objectives: To identify the prevalence of oral cavity lesions in patients having lived with HIV / AIDS, through review of medical records of a Health Care Unit in the period 2006-2007.

Materials and methods: Descriptive study period prevalence in a sample of 224 patients, whom they study the medical records were later analyzed by an Excel database which is then sent to the statistical package SPSS18 graduated from the UniversityMagdalena, were analyzed through frequency measurements, and then coded variables such as age, sex, education level, socioeconomic stratum, place of residence of the cases, activity performance, immune status, marital status, associated clinical pathologies, pathologies oral cavity, these variables were tabulated and frequencies expressed in percentages with confidence intervals, random sampling was performed systematized. The inclusion criterion was taken into account was the patients attending a medical consultation, oral cavity healthy patients, patients seen at another time.

Results: The research was conducted in a care unit of a private character which analyzed 421 clinical records were analyzed of which 224 records of people cohabitating with HIV-AIDS of which the average age was 43.73 years, with a (SD of 20.52), and a 95% CI (43.57). The predominant age group was 21 to 25 years with 19.28%, in terms of gender, female gender predominated with 57%, the occupation was the most frequently cast of independent work with a 25% state civil bachelor predominated with 37%, the school was represented by 45% in a bachelor's degree, 86% belong to SES I. Of the 224 diagnoses, are evidence of the prevalence of gastrointestinal infections such as diarrhea in a 8.48% and 95% CI (-0070-0240), the gingivitis is in first place with 10.36% and 95% CI (0.16 10 132). The source which most often got was the city of Santa Marta with a frequency of 104 subjects (46.4%). It is important to note that these patients participated voluntarily with informed consent for medical care in the immune system of patients have a median CD4 of 274 mm³ of blood dilutions, the value most frequently observed was 290 dilutions mm³ of blood.

Conclusions: Within oral diseases are the greatest incidence of gingivitis and pseudomembranous candidiasis, even in those cases where there was no alteration of the immune status of the patient.

Keywords: HIV-AIDS, advocacy, oral cavity, associated diseases, sociodemographic characteristics.

Contenido

	Pág.
Resumen	
Lista de Figuras	
Lista de Tablas	
Lista de abreviaturas	
Introducción	1
1. Capítulo 1 Marco Teórico	5
1.1 Marco Referencial	5
1.2 Conocimiento actual de la enfermedad	8
1.3 Antecedentes científicos	10
1.4 Manifestaciones orales en pacientes con VIH Sida	14
1.5 Marco legal y jurídico	35
2. Capítulo 2 Presentación de la Investigación	37
2.1 Objetivos	37
2.1.1 Objetivo general	37
2.1.2 Objetivos específicos	37
2.2 Planteamiento del Problema	37
2.3 Pregunta de Investigación	46
2.4 justificación	47

3. Capítulo 3 Metodología	51
3.1 Métodos y sujetos	51
3.1.1 Tipo de estudio	51
3.1.2 Criterios de inclusión y exclusión	51
3.1.3 Tipo de muestreo	51
3.1.4 Población, universo y blanco	51
3.1.5 tamaño de la muestra	52
3.1.6 Muestreo	52
3.1.7 Recolección	53
3.1.8 Procesamiento y análisis	53
3.1.9 Variables	53
3.2 Aspectos éticos	55
4. Capítulo 4 Resultados	57
4.1 Resultados	57
4.2 Discusión	66
5. Conclusiones	70
A. Anexo: Formato Historia Clínica	71
B. Anexo: Formato para recolección de datos	77
C. Anexo: Figuras	78
Bibliografía	83

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1: Población viviente con VIH/SIDA según edad de un centro de atención privado de la ciudad de Santa Marta, 2006-2007	74
Figura 2: Población convivientes con el VIH, según sexo de un centro de atención privado de la ciudad de Santa Marta, 2006-2007	75
Figura 3: Usuarios convivientes con el VIH, según actividad laboral de un centro de atención privado de la ciudad de Santa Marta 2006-2007	75
Figura 4: Usuarios convivientes con el VIH, según estado civil de un centro privado de la Santa Marta 2006-2007	76
Figura 5: Escolaridad de los usuarios convivientes con el VIH, en una IPS, privada Santa Marta 2006-2007	76
Figura 6: Estrato socioeconómico de los usuarios convivientes con el VIH, en un centro privado de la ciudad de santa Marta 2006-2007	77
Figura 7: Prevalencia de eventos clínicos asociados de los usuarios convivientes del VIH, en una IPS privada de la ciudad de Santa Marta 2006-2007	77
Figura 8: Prevalencia de eventos clínicos en cavidad oral en usuarios convivientes del VIH, en una IPS privada de la ciudad de Santa Marta 2006-2007	78
Figura 9: Procedencia de los usuarios convivientes del VIH, en una IPS privada de la ciudad de Santa Marta 2006-2007	78
Figura 10: Títulos de CD4 de los usuarios convivientes del VIH, en una IPS privada de la ciudad de Santa Marta 2006-2007	79

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1: Pacientes y costos de tratamientos	41
Tabla 2: Distribución de casos VIH según grupos de edad en Santa Marta 2007	43
Tabla 3: Población usuaria de la Unidad de Atención privada en pacientes convivientes con VIH/SIDA en el periodo 2006-2007/Santa Marta	50
Tabla 4: Procedencia de los usuarios convivientes con VIH -SIDA en un centro de Atención Privada Santa Marta 2006-2007	55
Tabla 5: Usuarios del Centro de Atención a pacientes convivientes con el VIH-SIDA según edad .Santa Marta, 2006-2007	57
Tabla 6: Población convivientes con el VIH, según ocupación, estrato socioeconómico, sexo, estado civil, escolaridad en un centro de atención privado de la ciudad de Santa Marta, 2006-2007	58
Tabla 7: Prevalencia de morbilidad asociada a la convención de VIH en los usuarios de HERES	59
Tabla 8: ANOVA para enfermedades por grupos	60
Tabla 9: ANOVA para enfermedades en cavidad oral	60
Tabla 10: Títulos de CD4 de los usuarios convivientes del VIH-SIDA en un centro de atención privada, Santa Marta 2006-2007	61
Tabla 11: Correlaciones entre variables	63

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Término
AIDS	Acquired Immuned efficiency Syndrome
ARP	Administradoras de Riesgos Profesionales
ARV	Antirretroviral
CEIH	Comités de Ética de Investigación en Humanos
CMV	Citomegalovirus
EIC	Estrategias de Educación, Información, y Comunicación
EPS	Entidad Promotora de Salud
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
HSH	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEN	Plan Estratégico Nacional
POS	Plan Obligatorio de Salud
PVVS	Persona Viviendo con VIH-SIDA
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
SK	Sarcoma de Kaposi
TB	Tuberculosis
UAR	Ulceras Aftosas Recurrentes
VPH	Virus Papiloma Humano

Introducción

De acuerdo a la literatura en 1981 se describieron los primeros casos de SIDA, y posteriormente en 1983 Montagnier identifica, un nuevo retrovirus humano denominado virus de la inmunodeficiencia humana tipo1 (HIV-1) no oncogénico que se ha diseminado rápidamente por todo el mundo durante los últimos años, dando lugar a una pandemia de consecuencias imprevisibles¹.

Actualmente se habla del virus como un problema de salud pública a nivel mundial y como un problema social por el contexto discriminatorio que existe hacia el contagio. A pesar que existe una gran incidencia de casos en muchos lugares, en el mundo se está incrementando la cifra de nuevos casos cada día.

En todo el mundo se infectan 10 personas por minuto. De acuerdo con el último reporte sobre salud mundial elaborado por la Organización Mundial de la Salud OMS, el SIDA ha causado 5.2% de las muertes en el mundo en sus más de dos décadas de aparición. (Magis, 2002)

Se calcula entre 2002 y 2010 se infecten con VIH otras 45 millones de personas, sobre todo en países de ingresos bajos².

El VIH se transmite a través de fluidos como sangre, secreciones vaginales, semen, leche materna. Su rápida diseminación se ha vinculado a grupos marginales como: homosexuales, trabajadoras sexuales, consumidoras de droga, siendo el grupo de los homosexuales donde primero se diagnosticó y aisló el virus, y posteriormente donde se expandió con mayor fuerza³.

¹ FARRERAS, P. y ROSMAN, C. Medicina Interna. 12a. ed. Madrid España: Mosby-Doyma Libros S.A. 1997.

² ONUSIDA. El VIH como un problema de Salud Pública. Ginebra, 2002.

³ Ibid.

Introducción

La propagación del VIH a través de las jeringas compartidas se ha convertido en un problema de países como Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay, México, Puerto Rico. La epidemia se concentra mayoritariamente en sectores marginados que en ocasiones se ven obligados a emigrar en busca de una mejor vida. Las dificultades económicas en algunos países de América probablemente están contribuyendo a favorecer la propagación de esta epidemia⁴.

El diagnóstico de la infección por el VIH se realiza habitualmente mediante la detección de anticuerpos contra el virus: En primer lugar se emplea un test conocido como TEST DE ELISA, y si el resultado es positivo se efectúa un test confirmatorio, generalmente el de WESTERN BLOT⁵.

La infección por el VIH empieza a manifestarse con un síndrome Mononucleósico, que coincide con la aparición de anticuerpos contra el virus, pocas semanas después del contagio. Seguidamente los sujetos infectados quedan completamente asintomáticos durante unos diez años aproximadamente, hasta que la progresiva depleción de linfocitos TCD4 y el deterioro inmunológico que se produce facilitan el desarrollo de las infecciones oportunistas, las neoplasias, y otras enfermedades características del SIDA que finalmente pueden conducir a la muerte⁶.

El recuento de linfocitos correlación con el grado de deterioro inmunológico, los sujetos seronegativos para el VIH y los seropositivos en las primeras fases de la infección poseen un recuento de estas células superiores a $1.000 \times \text{mm}^3$, cuando dicho recuento cae por debajo de $500 \times \text{mm}^3$ pueden comenzar a aparecer las manifestaciones clínicas relacionadas con el VIH, y por debajo de $200 \times \text{mm}^3$ el riesgo es máximo^{7, 8}.

⁴ RODRÍGUEZ, Luisa. Caracterización de conocimientos, actitud y uso del condón masculino en población de riesgo de contraer VIH- SIDA [en línea]. Tesis. Maestría en salud pública. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba. 2005, p. 70. Disponible en Internet: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/luisa_rosina_rodriguez_alonso_tesis.pdf

⁵ ONUSIDA. El VIH como un problema de Salud Pública. Op. cit., p. 20.

⁶ ROCA, Bernardino. Adherencia, efectos secundarios y eficacia de tres estrategias de tratamiento antirretroviral [en línea]. Tesis. Doctorado. Departamento de medicina. Universidad de Barcelona - España. 2001. 41 p. Disponible en Internet: <http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/2147/TD2Dic00.pdf?sequence=1>

⁷ Ibid.

Introducción

La profilaxis de determinadas infecciones oportunistas y el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades asociadas, permiten mejorar la calidad de vida y la supervivencia de los sujetos con infección por el VIH, los medicamentos antirretrovirales activos contra el VIH han hecho que mejore sustancialmente el pronóstico de la infección en los últimos años⁹.

En un primer estudio realizado por Lifson en 1993, dice que las manifestaciones estomatológicas que se presentan en la infección por VIH-SIDA son diversas, manifiesta que la presencia de ciertas lesiones orales sugiere que un individuo puede estar infectado por el VIH y otras lesiones pueden ayudar a indicar el pronóstico para la progresión del SIDA^{10, 11, 12}.

Greenspan Deborah en 1994., menciona que las manifestaciones de la infección por VIH son comunes e incluye lesiones orales nuevas y diferentes presentaciones de enfermedades oportunistas ya conocidas. El reconocimiento Requiere de una cuidadosa historia clínica y revisión de la cavidad oral; este reconocimiento puede cambiar la clasificación del estadio en la infección por VIH¹³.

La presente investigación tiene como propósito describir las características de pacientes convivientes con VIH/SIDA en una unidad de atención en salud de la ciudad de Santa Marta Magdalena en el periodo 2006-2007, el estudio caracterizó los usuarios convivientes con el VIH/SIDA de una unidad de atención en salud: se describe

⁸ LIFSON, Alan R. Oral lesions and epidemiology of HIV. In: GREENSPAN, John and GREENSPAN, Deborah. editores. Oral manifestations of HIV infection: Proceedings of 2nd International workshop on the oral manifestations of HIV. 1995, p. 38.

⁹ ROCA, Bernardino. Op. cit., p. 20.

¹⁰ Ibid.

¹¹ LIFSON, Alan R. Op. cit., p. 38.

¹² TIERNEY, Lawrence M. y De la GARZA, Víctor. Diagnóstico clínico y tratamiento. 41a. ed. Editorial Manual Moderno. 2006, p. 900.

¹³ GREENSPAN, Deborah and GREENSPAN, John. HIV-related oral disease. In: The Lancet. 1996, vol. 348 Issue 9029, p. 729-733.

Introducción

socioeconómica y demográficamente los usuarios con Diagnóstico de VIH/SIDA según, edad, sexo, escolaridad, lugar de residencia del caso, estrato socioeconómico, actividad de desempeño.

Además, se identificó la prevalencia de los eventos clínicos asociados y morbilidad oral que han padecido los usuarios convivientes con VIH/SIDA, y se relaciona la morbilidad oral con los eventos clínicos asociados y las características socio demográficas.

Es importante este estudio por que permite diseñar, implementar, fortalecer, y actualizar los programas de salud pública, en cuanto a salud oral se refiere en el distrito de Santa Marta y en las entidades prestadoras de salud del departamento, porque estas entidades a pesar de tener conocimiento sobre el plan nacional de salud pública, y metas del milenio, no cumplen con los objetivos dispuestos, ni crean estrategias para llevarlos a cabo, es importante resaltar que actualmente en la ciudad de Santa Marta no hay estudios que evidencien la prevalencia de patologías orales en pacientes convivientes con VIH al igual que en la unidad de estudio HERES SALUD E.U.

La prevención y promoción de las enfermedades bucodentales tienen como etapa idónea en la edad infantil, siendo este el momento adecuado para trabajar fuertemente y brindarle a la comunidad los conocimientos sobre hábitos saludables generales, y aplicar medidas preventivas eficaces que mejoren no solo la salud oral, sino salud en general, brindándole a la población las posibilidades de mejorar su calidad de vida.

Capítulo 1 Marco Teórico

1.1 Marco referencial

En 1981, investigadores clínicos de Nueva York y California observaron en hombres homosexuales jóvenes, que habían gozado previamente de buena salud, un inusual conjunto de enfermedades poco frecuentes, en particular Sarcoma de Kaposi (SK) e infecciones oportunistas como la *Pneumocystis carinii*, como también casos de linfadenopatías inexplicables y persistentes. Pronto se hizo evidente que estos hombres tenían un déficit inmunológico común, que se traducía en una disminución del sistema inmunológico celular, con una pérdida significativa de células TCD4¹⁴.

La amplia diseminación del Sarcoma de Kaposi y de la neumonía por *Pneumocystis carinii* en personas jóvenes sin una historia clínica previa de terapia inmunosupresora no tenía precedentes. Es que estas enfermedades se habían detectado, en los Estados Unidos, en forma muy poco frecuente¹⁵.

Antes de desatarse la epidemia del SIDA, la incidencia anual en los Estados Unidos del Sarcoma de Kaposi era del 0.02 al 0.06 por cada 100 mil habitantes. Como agregado, una forma más agresiva del Sarcoma de Kaposi, que por lo general afectaba a individuos jóvenes, podía observarse en algunas regiones del África¹⁶.

La neumonía *Pneumocystis carinii*, una infección pulmonar causada por un agente patógeno al cual están expuestos la mayoría de los individuos sin mayores consecuencias, era extremadamente rara con anterioridad a 1981, salvo en aquellas personas que recibían terapia inmunosupresora, o entre los sujetos crónicamente mal

¹⁴ TIERNEY, Lawrence M. y De la GARZA, Victor. Op. cit., p. 900.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

nutridos, como sucedió con los niños de algunos países de Europa Oriental después de la Segunda Guerra Mundial¹⁷.

El hecho de que hubieran sido hombres homosexuales los primeros en contraer SIDA en los Estados Unidos, llevó a pensar que el estilo de vida homosexual se relacionaba directamente con la enfermedad. Esto fue desechado al observarse que el síndrome era común a distintos grupos: drogadictos endovenosos masculinos y femeninos; hemofílicos y quienes habían recibido transfusiones de sangre; mujeres cuyas parejas sexuales eran hombres bisexuales; quienes recibían productos derivados de la sangre y niños nacidos de madres con SIDA o con historia de drogadicción endovenosa¹⁸.

Varios expertos en salud pública llegaron a la conclusión de que el conjunto de casos de SIDA y el hecho de darse en diversos grupos de riesgo sólo podía explicarse si el SIDA era originado por un agente infeccioso transmisible a la manera del virus de la hepatitis B: por contacto sexual, por inoculación de sangre o de hemoderivados y de la madre infectada a su hijo¹⁹.

Pese, a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii*, como el sarcoma de Kaposi, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses.

Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al SIDA «peste rosa», debido a esto se confundió, y se le atribuyó a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables, los receptores de transfusiones sanguíneas y las mujeres heterosexuales. En 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)²⁰.

¹⁷ KERDPON, D. et al. Oral manifestations of HIV infection in relation to clinical and CD4 immunological status in northern and southern Thai patients. *In: Oral Dis.* 2004, vol. 10 Issue 3, p. 138-144.

¹⁸ KERDPON, D. et al. *Op. cit.*, p. 138.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*

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

En 1984, dos científicos, el Dr. Robert Gallo en los Estados Unidos y el profesor Luc Montagnier en Francia, aislaron de manera independiente el virus que causaba el SIDA luego de una disputa prolongada, accedieron a compartir el crédito por el descubrimiento. En 1986 el virus fue denominado VIH (virus de inmunodeficiencia humana). El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna.

En esos tiempos las víctimas del VIH-SIDA eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia. Los niños que tenían VIH-SIDA no eran aceptados por las escuelas debido a las protestas de los padres de otros niños; éste fue el caso del joven estadounidense Ryan White. La gente temía acercarse a los infectados ya que pensaban que el VIH-SIDA podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios con un infectado²¹.

En un principio la comunidad homosexual fue culpada de la aparición y posterior expansión del VIH-SIDA en Occidente. Incluso, algunos grupos religiosos llegaron a decir que el SIDA era un castigo de Dios a los homosexuales (esta creencia aún es popular entre ciertas minorías de creyentes cristianos y musulmanes). Otros señalan que el estilo de vida «depravado» de los homosexuales era responsable de la enfermedad. Aunque es verdad que en un principio el VIH-SIDA se expandió a través de las comunidades homosexuales y que la mayoría de los que padecían la enfermedad eran homosexuales, esto se debía, en parte, a que en esos tiempos no era común el uso del condón entre homosexuales, por considerarse que éste era sólo un método anticonceptivo^{22, 23}.

El VIH-SIDA pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia^{24, 25}.

²¹ KERDPON, D. et al. Op. cit., p. 140.

²² Ibid.

²³ SCHOOF, Mark. El virus: pasado y futuro [en línea]. En: Sida la agonía de África. Cap. 4. España: El mundo.es. 2000. Disponible en Internet:
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/pulitzer/capitulo4.html>

²⁴ Ibid.

²⁵ SCHOOF, Mark. Op. cit., <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/pulitzer/capitulo4.html>

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

Es importante diseñar e implementar programas de prevención y promoción del VIH/SIDA no solo a nivel mundial ,sino también a nivel nacional y local, dar a conocer a la sociedad cual es el riesgo a el que estamos expuestos hoy en día si no se tienen en cuenta los medios de prevención y no se apliquen en forma adecuada , la lucha contra el VIH /SIDA aun continua ,sea constituido en el problema más grande que a aqueja a la salud pública, es el flagelo del milenio, es importante que se implementen protocolos de atención para estos pacientes en las entidades prestadoras de salud, teniendo en cuenta los objetivos y las metas del milenio nacionales y departamentales, así contribuiremos a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Se puede decir que las manifestaciones orales están ligadas al estudio de inmunosupresión en el que se encuentre el paciente, por lo tanto es de gran importancia que se incluya dentro de los protocolo de atención y las guías de manejo de consulta odontológica, pues esto contribuye a un diagnostico oportuno y poder brindarle un tratamiento oportuno a estos pacientes.

1.2 Conocimiento actual de la enfermedad

La pandemia actual arrancó en África Central, pero pasó inadvertida mientras no empezó a afectar a población de países ricos, en los que la inmunosupresión del SIDA no podía confundirse fácilmente con depauperación debida a otras causas, sobre todo para sistemas médicos y de control de enfermedades muy dotados de recursos. La muestra humana más antigua que se sepa que contiene VIH fue tomada en 1959 a un marino británico, quien aparentemente la contrajo en lo que ahora es la República Democrática del Congo. Otras muestras que contenían el virus fueron encontradas en un hombre estadounidense que murió en 1969 y en un marino noruego en 1976. Se cree que el virus se contagió a través de actividad sexual, posiblemente a través de prostitutas, en las áreas urbanas de África. A medida que los primeros infectados viajaron por el mundo, fueron llevando la enfermedad a varias ciudades de distintos continentes^{26, 27}.

En la actualidad, la manera más común en que se transmite el VIH es a través de actividad sexual desprotegida y al compartir agujas entre usuarios de drogas inyectables.

²⁶ KERDPON, D. et al. Op. cit., p. 141.

²⁷ SCHOOF, Mark. Op. cit., <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/pulitzer/capitulo4.html>

El virus también puede ser transmitido desde una madre embarazada a su hijo (transmisión vertical). En el pasado también se transmitió el sida a través de transfusiones de sangre y el uso de productos derivados de ésta para el tratamiento de la hemofilia o por el uso compartido de material médico sin esterilizar; sin embargo, hoy en día esto ocurre muy raramente, salvo lo último en regiones pobres, debido a los controles realizados sobre estos productos.

No todos los pacientes infectados con el virus VIH tienen SIDA. El criterio para diagnosticar el SIDA puede variar de región en región, pero el diagnóstico típicamente requiere:

Un recuento absoluto de las células T CD4 menor a 200 por milímetro cúbico, o la presencia de alguna de las infecciones oportunistas típicas, causadas por agentes incapaces de producir enfermedad en personas sanas.

La persona infectada por el VIH es denominada «seropositiva» o «VIH positivo» (VIH+) y a los no infectados se les llama «seronegativos» o «VIH negativo» (VIH). La mayoría de las personas seropositivas no saben que lo son.

La infección primaria por VIH es llamada «seroconversión» y puede ser acompañada por una serie de síntomas inespecíficos, parecidos a los de una gripe, por ejemplo, fiebre, dolores musculares y articulares, dolor de garganta y ganglios linfáticos inflamados. En esta etapa el infectado es más transmisor que en cualquier otra etapa de la enfermedad, ya que la cantidad de virus en su organismo es la más alta que alcanzará. Esto se debe a que todavía no se desarrolla por completo la respuesta inmunológica del huésped. No todos los recién infectados con VIH padecen de estos síntomas y finalmente todos los individuos se vuelven asintomáticos.

Durante la etapa asintomática, cada día se producen varios miles de millones de virus VIH, lo cual se acompaña de una disminución de las células T CD4+. El virus no sólo se encuentra en la sangre, sino en todo el cuerpo, particularmente en los ganglios linfáticos, el cerebro y las secreciones genitales^{28, 29}.

El tiempo que demora el diagnóstico de sida desde la infección inicial del virus VIH es variable. Algunos pacientes desarrollan algún síntoma de inmunosupresión muy pocos meses después de haber sido infectados, mientras que otros se mantienen asintomáticos hasta 20 años^{30, 31}.

²⁸ KERDPON, D. et al. Op. cit., p. 141.

²⁹ SCHOOF, Mark. Op. cit., <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/pulitzer/capitulo4.html>

³⁰ KERDPON, D. et al. Op. cit., p. 141.

La razón por la que algunos pacientes no desarrollan la enfermedad y porque hay tanta variabilidad interpersonal en el avance de la enfermedad, todavía es objeto de estudio. El tiempo promedio entre la infección inicial y el desarrollo del sida varía entre ocho a diez años en ausencia de tratamiento.

1.3 Antecedentes científicos

- Prevalencia de candidiasis bucal en pacientes VIH/sida: estudio retrospectivo
Tovar V. y Cols. En este estudio determinaron la prevalencia de la candidiasis oral de 509 pacientes con VIH/SIDA, de los cuales 151 pacientes presentaron lesiones bucales de candidiasis, 119 eran hombres y 32 mujeres con un rango de edades entre 19 y 64 años. Los pacientes fueron agrupados según los factores predisponentes o facilitadores de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en: heterosexuales, homosexuales, uso de drogas por vía parenteral, transfusión sanguínea o por factor desconocido. La prevalencia de candidiasis oral fue de 29.66%³².

- Manifestaciones bucales e infecciones oportunistas más frecuentes encontradas en 208 pacientes con infección por VIH/SIDA.
Tovar Vilma y Cols. Este es un estudio descriptivo, transversal, preliminar y exploratorio que incluye un grupo de 208 pacientes con evidencia serológica de infección por VIH/SIDA, los cuales fueron examinados durante el período comprendido entre los meses de noviembre de 1998 y julio de 2000. Dentro de este grupo de pacientes 108 (66%) presentaron lesiones bucales. Las más comunes fueron las siguientes: Candidiasis (48.7%), Leucoplasia Velloso (12.3%), Herpes labial (11.7%), otras lesiones bucales vistas fueron Leucoplasia (6.5%), Hiperpigmentación melánica (4.5%). Las enfermedades infecciosas oportunistas más frecuentes fueron la hepatitis (14.9%), Neumonía por *Pneumocistis carinii* (11,5%), infección por el Virus del Herpes zoster (8.6%) y Toxoplasmosis (8.6%)³³.

- Manifestaciones estomatológicas en pacientes VIH/SIDA.
Garibay Lorena y Cols. El presente estudio se realizó en 128 pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana, en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, de Lima Perú, con la finalidad de encontrar la frecuencia de lesiones orales y la ubicación de éstas en los pacientes VIH/SIDA de acuerdo a la edad y sexo; además establecer la relación existente entre la cifra de linfocitos CD4 con las lesiones detectadas. La muestra fue tomada de manera probabilística; el método utilizado para la recolección de datos fue la observación y la información obtenida se registro en una ficha previamente diseñada. De la muestra 74 pertenecían al sexo masculino y 57 al femenino y sólo el 57,8% presentaban lesiones estomatológicas.

³¹ SCHOOF, Mark. Op. cit., <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/pulitzer/capitulo4.html>

³² TOVAR, Vilma et al. Manifestaciones bucales e infecciones oportunistas más frecuentes encontradas en 208 pacientes con infección por VIH/SIDA. En: Acta odontol Venez. 2002, vol. 40 no. 3, p. 260-264.

³³ TOVAR, Vilma et al. Op. cit., p. 262.

En relación a la edad, el mayor número de pacientes se encontraba ubicado en el grupo de 26 a 35 años (43,8%). Las lesiones que se presentaron con mayor frecuencia fueron: la candidiasis pseudomembranosa (21,9%) ubicándose principalmente en lengua, paladar duro y carrillo, úlceras aftosas (14,1%) ubicándose principalmente en carrillo, lengua y labio, la candidiasis eritematosa (10,1%) principalmente en paladar blando, queilitis angular (10,1%) y la leucoplasia vellosa (7%). Existe una relación significativa entre la presencia de candidiasis pseudomembranosa y la leucoplasia oral vellosa con niveles de CD4 menores de 200 cel. /mm³ (p< 0,05)³⁴.

- Manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y su relación con valores de linfocitos CD4.

Benito Mariluz y Cols. El presente estudio se analizaron 96 pacientes VIH positivos, atendidos en la consulta del servicio de odontología del hospital universitario de Maracaibo, en el occidente de Venezuela, con el objetivo de identificar las manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y establecer la asociación con el conteo de linfocitos T CD4. De los 96 pacientes estudiados el 87,5% fueron varones y 12,5% mujeres, la edad promedio fue de 29 a 39 años. Las lesiones que se presentaron con mayor frecuencia fueron: La gingivitis asociada a Placa (38.05%), seguida de la candidiasis bucal (22,22%), periodontitis (14.28%), las manifestaciones se presentaron con valores promedio de los CD4 menores a 500 células/mm³.

- Prevalencia de lesiones bucales en pacientes VIH +, relación con conteo de células CD4+ y carga viral en una población Venezolana.

Bravo Inés María y Cols³⁶. En el presente estudio se evaluaron 75 pacientes adultos VIH+, provenientes del Centro para la Atención de Pacientes con Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Cada uno de ellos fue examinado clínicamente para la detección de las lesiones presentes en la mucosa bucal. Igualmente se les determinó el conteo de células CD4+ mediante citometría de flujo, así como la carga viral mediante la técnica TR-RCP (Transcriptasa Reversa-Reacción en Cadena de la Polimerasa) (Amplicor HIV-1-RNA, TM test 1.5, Roche). 85% (64/75) de los pacientes VIH/SIDA presentaron lesiones asociadas a la infección por VIH. Entre ellas, la Candidiasis constituyó la forma más frecuente representando un 61% (39/64), seguida por la Leucoplasia Vellosa con 53% (34/64), Leucoplasia Bucal 34% (22/64), Hiperpigmentación Melánica 38% (18/64). Papiloma 13% (6/64), Eritema Gingival Lineal 8% (5/64), Estomatitis Aftosa Recidivante 5% (4/64), Sarcoma de Kaposi 5% (3/64). Se presentó un solo caso (2%) de cada una de

³⁴ GARIBAY, Lorena et al. Manifestaciones estomatológicas en pacientes VIH/SIDA [en línea]. En: Odontol. Sanmarquina. 2007, vol. 10 no. 1, p. 39. Disponible en Internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2007_n1/pdf/a12.pdf

³⁵ BENITO URDANETA, Mariluz et al. Manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y su relación con valores de Linfocitos CD4. En: Acta odontol. Venez. 2007, vol. 45 no. 2, p. 229-233. ISSN 0001-6365.

³⁶ BRAVO, Inés María et al. Prevalencia de lesiones bucales en pacientes VIH +, relación con conteo de células CD4+ y carga viral en una población Venezolana [en línea]. En: Med. oral patol. oral cir.bucal. Madrid ene.-feb. 2006, vol. 11 no. 1, p. 33-39. Disponible en Internet: <http://scielo.isciii.es/pdf/medicorpa/v11n1/08.pdf>

las lesiones que se enumeran a continuación: Linfoma No Hodgkin, Hiperplasia Epitelial Multifocal, Herpes Labial, Histoplasmosis y Molusco Contagioso. Los pacientes con una carga viral de 30.000 copias/mm³, presentaron lesiones bucales relacionadas con VIH independientemente del conteo de células CD4+, aunque los pacientes con niveles de CD4+ menores a 200 cel./mm³, fueron más susceptibles a desarrollar estas lesiones.

- Tesis doctoral evolución de las lesiones orales asociadas al sida de origen viral. De Berrazueta Fernández Roberto³⁷. El objetivo de este estudio era estudiar el comportamiento de lesiones virales orales asociadas al SIDA, en un periodo de 15 años en una cohorte de pacientes con infección por VIH, conocer la frecuencia y la incidencia de las lesiones virales orales asociada al SIDA, este estudio se realizó en una muestra de 1140 sujetos 781 hombres, 359 mujeres que asistieron a la consulta externa de la unidad de enfermedades infecciosas del departamento de medicina interna del Hospital Regional Carlos Haya de Málaga. Las lesiones orales se presentaron con mayor incidencia en un recuento de leucocitos menor de 200 cel. /mm³, se observaron lesiones como la Leucoplasia Velloso con mayor incidencia en hombres 187 pacientes (23.94%), mientras que en mujeres se observó en un número de 60 pacientes (16.71%), el Herpes Simple se encontró solo en 26 (5.11%/) casos pacientes drogadictos de 306.

- Situación de salud oral de los niños uruguayos portadores del virus de la inmunodeficiencia humana. Álvarez Loureiro Licet y Cols³⁸. realizaron un estudio descriptivo, observacional y transversal con la finalidad de Determinar el estado de salud oral de los niños uruguayos portadores del VIH que concurren al Centro Nacional de Referencia Obstétrico-Pediátrico VIH-SIDA del Centro Hospitalario Pereira Rossell.. En el grupo estudio se registraron un total de 76 niños (n=76), con un rango de edad entre 1 y 17 años.

Se incluyó la totalidad de los niños diagnosticados positivos, dentados previa obtención del consentimiento por parte de sus padres o tutores para el examen clínico. Todo niño que formó parte de la encuesta fue incluido en un programa educativo-preventivo-asistencial, de acuerdo al riesgo y actividad diagnosticados, brindándole una atención integral. Se dejaron fuera del programa asistencial aquellos niños que poseían atención privada o residían en el interior del país y no podían concurrir con la periodicidad necesaria para rehabilitar su boca. Los mismos fueron derivados a centros zonales para su atención. Dentro de Los hallazgos clínicos observados están:

Candidiasis: 13 casos.

Queilitis angular: tres casos.

³⁷ De BERRAZUETA FERNÁNDEZ, Roberto. Evolución de las lesiones orales asociadas al sida de origen viral. Tesis doctoral. Facultad de Odontología. Editorial de la universidad de granada. Granada 2007. 123 p.

³⁸ ÁLVAREZ LOUREIRO, Licet; HERMIDA, Laura y CUITIÑO, Eduardo. Situación de salud oral de los niños uruguayos portadores del virus de la inmunodeficiencia humana. En: Arch. Pediatr. Urug. Montevideo mar. 2007, vol. 78 no.1, p. 23-28.

Candidiasis pseudomembranosa: siete casos.

Candidiasis eritematosa: tres casos.

Dos casos de leucoplasia vellosa.

Siete casos de lesiones herpéticas.

Un caso de GUNA.

Hipertrofia parotídea: 11 casos.

- *Candida* bucal en niños mexicanos con VIH/sida, desnutrición o marginación social. *Gaitán-Cepeda Luis Alberto, y Cols*³⁹. Se realizó un estudio transversal comparando un grupo control de niños aparentemente sanos con tres grupos de niños en riesgo de desarrollar infecciones oportunistas —infectados con VIH/ sida, desnutridos o en condiciones de alta marginación (grupo tarahumara) — entre enero de 2008 y diciembre de 2009. El objetivo principal era *determinar la frecuencia de Candida en cavidad bucal de niños con riesgo de desarrollar infecciones oportunistas y establecer si existe asociación entre la frecuencia de esta colonización bucal y tres tipos de población en riesgo.*

Se estudiaron cuatro grupos de población infantil de México: grupo VIH/sida bajo terapia antirretroviral altamente activa (TAAA) (35 niñas y 25 niños); grupo desnutrición (26 niñas y 29 niños); grupo tarahumara (37 niñas y 20 niños), una de las poblaciones étnicas más pobres del país, y grupo control (8 niñas y 21 niños aparentemente sanos). Los niños con VIH/sida fueron inmunológica y virológicamente clasificados según los criterios de EC-Clearinghouse, mientras que la desnutrición fue determinada a través del índice peso/talla de la Organización Mundial de la Salud.

Los grupos VIH/sida y desnutrición mostraron la frecuencia más alta de Candida spp. (51,7% y 38,2%, respectivamente) mientras que el grupo tarahumara presenta una frecuencia semejante a la del grupo control (17,5% vs 10,3%). Respecto a las especies de Candida, el grupo desnutrición mostró la mayor diversidad: C. albicans, C. tropicalis, C. krusei y C. glabrata.

- Estudio observacional descriptivo de las lesiones orales presentes en pacientes con VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en las fases intermedia / crónica y final / crisis de la enfermedad.

*Estigarríbia, M. y Cols*⁴⁰. *El objetivo de este estudio era Identificar y cuantificar las lesiones orales presentes en pacientes con VIH+ (SIDA) durante las fases intermedia/crónica y final/de crisis de la enfermedad en pacientes ambulatorios e internados, que participan del Programa Nacional de lucha contra el SIDA conocido como PRONASIDA de la República del Paraguay.*

³⁹ GAITÁN CEPEDA, Luis et al. *Candida bucal en niños mexicanos con VIH/sida, desnutrición o marginación social.* En: Rev. Panam. Salud Publica. 2012, vol. 31 no. 1, p. 48–53.

⁴⁰ GONZÁLEZ ESTIGARRIBIA, Mara; PÉREZ DE MONFERRATO, Adriana and VELÁZQUEZ LLAMAS, Alicia. *Observational descriptive study of the oral lesions presents in patients with HIV and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) on intermediate / chronic and final / crisis phase of disease.* In: Rev. Inst. Med. Trop. 2011, vol. 6 no. 1, p. 28-34

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte trasversal, con un total de 30 pacientes con serología positiva para VIH, 23 de sexo masculino y 7 femenino, con una edad promedio de 37 (± 9.22) años. Durante el estudio se registraron las lesiones bucales en una ficha clínica previamente elaborada, dichas lesiones fueron fotografiadas y anexadas a la ficha de cada paciente. Para el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta consideraciones éticas relacionadas a personas con VIH/SIDA según el código de Helsinki. Las lesiones más frecuentes eran las características de Candidiosis pseudomembranosa que están localizadas en mayor frecuencia en la lengua entre las enfermedades producidas por virus encontramos que la más frecuente es el Herpes simple en labio y mucosa; entre las neoplásicas el Sarcoma de Kaposi localizados en mucosa, lengua y paladar. De todas las lesiones encontradas, el 70 % corresponde a la candidiosis, siendo la zona más afectada la lengua, existiendo una moderada diferencia con relación al paladar y mucosa bucal.

- Urgencias estomatológicas en pacientes con VIH/SIDA de la Clínica Estomatológica Docente Yuri Gómez Reinoso.

Quesada Peña Susel, González Sánchez Amílcar. realizaron un estudio observacional descriptivo transversal, en la clínica estomatológica docente "Yuri Gómez Reinoso", del municipio Guanabacoa, La Habana, Cuba, entre el mes de enero de 2008 e igual mes de 2010. El universo quedó constituido por 32 individuos mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de VIH/SIDA, que se presentaron con urgencias estomatológicas en la mencionada institución y que consintieron en participar en la investigación. Se aprecia el predominio del sexo masculino representado por 22 pacientes, para el 68,75 %. Todos los individuos sobrepasaron los 20 años de edad. El grupo más numeroso fue el de 31 a 40 años, con 12 individuos para un 37,5 %, seguido por el de 41 a 50 años con 10 individuos para un 31,25 %. se puede observar que la estomatitis aftosa recurrente (EAR) y el absceso dentoalveolar agudo, constituyeron las patologías más frecuentes entre las personas estudiadas, representadas en un 25,0 % y un 21,8 % de los mismos, seguido en orden de importancia por la pulpitis irreversible aguda y la candidiasis eritematosa con 5 pacientes y un 15,62 % en cada caso y el 37,5 % xerostomía⁴¹.

1.4 Manifestaciones orales en pacientes con VIH/sida

Las enfermedades bucodentales se constituyen en un importante problema de salud, por la alta frecuencia y los efectos de dolor, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida. Todas estas enfermedades pueden complicar la masticación, fonación y deglución, por lo que requieren su inmediata atención. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es el estadio avanzado de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedad emergente, compleja, de mal pronóstico y con manifestaciones en la cavidad bucal en el 90 % de las personas con esta condición. El VIH es un retrovirus que infecta principalmente los linfocitos T CD-4, esenciales en la respuesta inmunitaria, cuya disminución del número absoluto, causa una inmunodepresión profunda que predispone

⁴¹ QUESADA PENA, Susel y GONZALEZ SANCHEZ, Amílcar. Urgencias estomatológicas en pacientes con VIH/SIDA de la Clínica Estomatológica Docente "Yuri Gómez Reinoso". En: Rev Cubana Estomatol. 2011, vol. 48 no.3, p. 249-256.

al desarrollo de lesiones bucales. Es de gran importancia clínica el estudio de dichas lesiones bucales, por la alta frecuencia, el valor pronóstico en cuanto al progreso de la enfermedad y el monitoreo del estado inmune del paciente, además puede cambiar la clasificación del estado de infección⁴².

Las manifestaciones bucales no son producidas directamente por el virus y pueden aparecer en cualquier estadio evolutivo de la enfermedad. La terapia antirretroviral retrasa la replicación del VIH y disminuye la aparición de enfermedades oportunistas y la enfermedad aguda, pasa a ser crónica transmisible. Este tratamiento ha mejorado notablemente el pronóstico de la enfermedad y ha modificado las manifestaciones en la cavidad bucal, aunque presenta reacciones adversas que pueden afectar los tejidos de esta, lo cual es importante para el manejo clínico del paciente con VIH/SIDA⁴³.

El número de personas que viven con el VIH ha aumentado de manera uniforme. La inmunosupresión favorece a los procesos infecciosos oportunistas bucales y enfermedades estomatológicas de difícil control o curación. La terapia antirretroviral ha logrado que el tiempo de evolución de la infección se haya alargado, por lo que cada vez será más frecuente la atención estomatológica de personas con VIH/SIDA. El hecho de conocer las particulares de los pacientes con VIH/SIDA, que presentan urgencias estomatológicas, podría llegar a ser valioso para futuros profesionales y pacientes⁴⁴.

Desde el inicio de la epidemia por VIH/SIDA, se ha comprobado que es una enfermedad que afecta al sistema inmune; observándose frecuentemente en un 90% de las personas que viven con VIH/SIDA, el compromiso de la boca y manifestaciones orales con diferentes infecciones oportunistas producto de la inmunosupresión derivada de la infección por VIH.

Además de la importancia que existe en detectar un individuo infectado, lo cual se puede realizar por las manifestaciones bucales; también es importante diagnosticar y tratar adecuadamente las lesiones que se presentan en todo el organismo, ya que pueden ser causa de severa morbilidad. Numerosos estudios han demostrado que aproximadamente

⁴² QUESADA PENA, Susel y GONZALEZ SANCHEZ, Amílcar. Urgencias estomatológicas en pacientes con VIH/SIDA de la Clínica Estomatológica Docente "Yuri Gómez Reinoso" [en línea]. En: Rev Cubana Estomatol. 2011, vol. 48 no. 3 [citado 2012-05-25], p. 249-256. Disponible en Internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0034-7507.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Ibid.

del 40 al 50% de pacientes que viven con VIH/SIDA, han tenido en el inicio de la enfermedad, infecciones virales, bactericidas o fungicidas⁴⁵.

Las manifestaciones orales se han estudiado ampliamente debido a su frecuencia y a que en ocasiones son sugestivas de la enfermedad. Asimismo, ya se vislumbró la importancia de realizar la biopsia de lesiones que aparentemente eran poco expresivas para demostrar infecciones o tumores importantes no sospechados inicialmente.

Con el devenir de la enfermedad y la experiencia de los años hemos podido comprobar estas aseveraciones. Se ha podido demostrar cómo alguna de las lesiones expresivas de la enfermedad no sólo sirve para aproximarnos al diagnóstico de la infección por el VIH sino que, además, tienen valor pronóstico. En la práctica diaria, la presencia de estas lesiones obliga, de entrada, a solicitar estudios serológicos a los pacientes y son un marcador de progresión de enfermedad VIH, indicando que posiblemente el paciente tenga unas cifras de CD4 inferiores a 200 células/mm³ y requiera de la introducción de profilaxis de otras infecciones oportunistas⁴⁶.

La incidencia de estas lesiones ha experimentado un cambio favorable tras el inicio del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA, o HAART: *highly active antiretroviral therapy*) para la infección por el VIH (7-11). Este tratamiento ha provocado grandes variaciones de incidencia no sólo entre entre sexos y razas y distintos colectivos, sino incluso entre diferentes culturas y países. Por ello, en el futuro sería bueno que las consideraciones realizadas según cada zona geográfica sobre las enfermedades mucocutáneas relacionadas se incluyeran en las directrices y clasificaciones de la infección por el VIH/sida. En definitiva, la cavidad oral es muy importante en el abordaje de cualquier paciente, no exclusivamente de los pacientes con VIH/sida. Es un signo de alarma frente a una presunta infección no conocida, sobre todo en lesiones bastante específicas de la infección por VIH/sida. Así, la candidiasis oral es un marcador de la infección por el VIH, además de traducir la presencia de infecciones oportunistas como neumonía por *Pneumocystis jiroveci* o tuberculosis. Otras enfermedades, algunas de ellas de diagnóstico visual y de fácil acercamiento, como la leucoplasia vellosa oral, el sarcoma de Kaposi el eritema gingival lineal, la gingivitis ulcerosa necrotizante, la periodontitis ulcerosa necrotizante y el linfoma no Hodgkin, también son características de la infección que nos ocupa⁴⁷.

⁴⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Programa de Publicaciones. PENEUELA, Marta et al. Strengthening the prevention of HIV/AIDS - related oral disease: A global approach. In: Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2004, vol. 32, p. 399-401.

⁴⁶ CALABUIG MUÑOZ, Eva et al. Manifestaciones de la cavidad oral. Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario La Fe, Valencia [en línea]. Disponible en Internet: http://ww2.ttmed.com/sinsecc.cfm?http://ww2.ttmed.com/arg_sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1728&ComeCover=Y&ID_dis=212&ID_cou=20

⁴⁷ Ibid.

Más del 90% de los pacientes con infección por el VIH tendrá una manifestación bucal en el curso de su enfermedad. Actualmente, las lesiones orales tienen un importante valor pronóstico tanto en el adulto como en el niño VIH+/sida. Se considera que las manifestaciones orales de la infección por el VIH son un indicador de inmunosupresión temprana, así como de la progresión de la enfermedad. Según señala Greenspan (1986), corroborado por Genco unos años más tarde, la inmunosupresión y susceptibilidad a infecciones oportunistas alteran la respuesta de los tejidos blandos bucales, periodonto o encía y periodonto de inserción, así como la flora bucal. Según ellos, es la primera expresión clínica de la infección por el VIH y pueden encontrarse lesiones orales por expertos en el 33% de los pacientes infectados asintomáticos. Además, la candidiasis y la leucoplasia vellosa constituyen marcadores clínicos de la enfermedad muy valiosos en países pobres donde no existen pruebas de laboratorio muy fiables para la identificación de la infección⁴⁸.

El tipo y la frecuencia de las lesiones bucales varían con el estadio evolutivo de la enfermedad y el grado de inmunosupresión. En algunos estudios se han identificado las lesiones bucales como marcadores del deterioro de la respuesta inmunológica, independientemente del recuento de linfocitos CD4 y del progreso del sida en los pacientes infectados. Un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³, una carga viral mayor de 30.000 copias/ml, la presencia de xerostomía, una mala higiene oral y el hábito de fumar son factores que predisponen a la expresión de lesiones en la cavidad oral en estos pacientes. Los adultos VIH+/sida tratados con TARGA han mostrado una disminución de la morbimortalidad asociada al sida, así como de la prevalencia de las lesiones orales relacionadas con la infección por el VIH, e infecciones oportunistas⁴⁹.

La prevalencia global de las manifestaciones orales de la enfermedad por el VIH ha cambiado desde que se utiliza el TARGA. Con este tratamiento se ha observado una reducción significativa de algunas lesiones como la leucoplasia vellosa oral y la periodontitis ulcerosa necrotizante o gingivitis ulcerosa necrotizante aguda, entre otras, sin observarse una reducción de la incidencia de candidiasis oral, de úlceras orales o del sarcoma de Kaposi, e incluso hubo un incremento de las enfermedades de las glándulas salivales. Otros estudios muestran un acusado incremento de la incidencia de verrugas orales (papilomas) en pacientes tratados con inhibidores de las proteasas y de papilomas, condilomas e hiperplasia epitelial focal por virus del papiloma humano en pacientes tratados con TARGA. En los niños con VIH que han recibido TARGA no se han observado cambios relevantes en el número de lesiones orales⁵⁰.

Las manifestaciones orales de esta enfermedad son comunes e incluyen nuevas

⁴⁸ CALABUIG MUÑOZ, Eva et al. Op. cit., http://ww2.ttmed.com/sinsecc.cfm?http://ww2.ttmed.com/arg_sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1728&ComeCover=Y&ID_dis=212&ID_cou=20

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Ibid.

presentaciones de enfermedades oportunistas conocidas previamente. La historia tomada cuidadosamente y el examen detallado de la cavidad oral son partes importantes del examen físico y el diagnóstico requiere una observación adecuada⁵¹.

El reconocimiento temprano, el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones orales asociadas a la infección por VIH pueden reducir la morbilidad.

La presencia de estas lesiones puede ser un indicador para el diagnóstico temprano de inmunodeficiencia e infección por VIH. Puede cambiar la clasificación del estado de infección y es un predictor de la progresión de la enfermedad.

La probabilidad de adquirir la infección del VIH a través de prácticas orales es poca, ya que la cavidad oral ofrece una protección natural que evita la transmisión de virus, porque cuenta con proteínas muy potentes contra él. Una boca sana es una barrera excelente contra el VIH, si no hay ingestión de fluidos vaginales o seminales el sexo oral no es una vía de transmisión⁵².

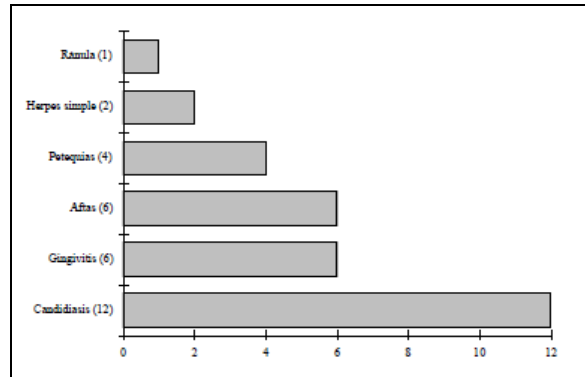
La cavidad bucal es susceptible a infecciones por la gran cantidad de microorganismos que la habitan normalmente, esto incluye una amenaza para aquellos pacientes que están inmunosuprimidos, por esto podemos esperar una amplia gama de manifestaciones bucales bacterianas, micóticas, virales y neoplásicas.

Las lesiones bucales pueden estar dentro de los primeros síntomas de la infección por VIH y pudieran utilizarse para el diagnóstico precoz de esta infección, también por medio de ellas podemos predecir el estado inmunológico y el progreso de la enfermedad.

La inmunopatogénesis específica de las lesiones bucales permite establecer una correlación con el avance de la enfermedad. La disfunción de las células T se relaciona con la presencia de infecciones oportunistas como la candidiasis bucofaringea, los pacientes con defectos en las células tienden a sufrir más infecciones como candidiasis bucal, herpes simple y úlceras recurrentes, mientras que los que presentan trastornos fagocitarios sufren más enfermedades periodontales y parotiditis. Ver Figura.

⁵¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Programa de Publicaciones. PENUELA, Marta et al. Op. cit., p. 399-401.

⁵² ESTRADA MONTOYA, John. Atención odontológica integral a personas que viven con VIH/sida (pvvs) en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá. En: Acta odontológica Colombiana. Enero - Junio, 2011, vol. 1 no. 1, p. 99.



Fuente: Patologías bucales en niños VIH (+) Universidad Central de Venezuela Facultad de Odontología Servicio de Atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas "Dra. Elsa La Corte" 1998-2001. Fuente: SAPEI/UCV 2001.

- **Micóticas**
Candidiasis pseudomembranosa y eritematosa, queilitis angular, histoplasmosis, criptococosis⁵³.

- **Virales**
Herpes simple, herpes zoster, papiloma virus humano, citomegalovirus, leucoplasia vellosa⁵⁴.

- **Bacteriana**
Eritema gingival lineal, periodontitis ulcerativa necrotizante⁵⁵

- **Neoplásicas**
Sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin⁵⁶.

- **Otros**
Aftas recurrentes, púrpura trombocitopénico inmune, enfermedad de la glándula salival⁵⁷.

⁵³ MOLINA, María de Jesús. Manifestaciones Orales de Sida [en línea]. En: Dermatología peruana. Versión electrónica. Sept 2000, Edición especial. Disponible en Internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/es_%20set%202000/oral_sidahtm.htm

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Ibid.

▪ Candidiasis

La candidiasis orofaríngea es la infección micótica más común asociada a la infección por el VIH. Se manifiesta en forma de manchas o parches de un color blanco o rojo-rosáceo en la lengua, las encías, las paredes laterales o superior de la boca y la pared posterior de la garganta. Las cuatro formas de candidiasis oral observadas con más frecuencia son: la candidiasis pseudomembranosa, la candidiasis hiperplásica, la candidiasis eritematosa y la queilitis angular⁵⁸.

La candidiasis pseudomembranosa se presenta como placas blancas con aspecto de cuajada o requesón en la mucosa bucal, la lengua y otras superficies mucosas, y cuando se raspan dejan una superficie roja o sangrante. Se localizan en cualquier parte de la mucosa oral. Pueden ser asintomáticas o producir sensación de quemazón y dolor. El microorganismo que está involucrado con más frecuencia en la presentación de la candidiasis es *Candida albicans*; sin embargo, hay cada vez más datos a favor del incremento en la incidencia de especies no-*albicans*⁵⁹.

En pacientes que reciben tratamientos antirretrovirales (TARGA) que contienen inhibidores de la proteasa (IP) se ha observado un descenso de esta infección. Parece ser que se debe a que los IP disminuyen la virulencia de *Candida* sp., tal como sucede con la aspartilproteasa. A pesar de ello, ésta sigue siendo una de las manifestaciones orales más comunes de la enfermedad por VIH. El tratamiento de la candidiasis pseudomembranosa deberá hacerse mediante terapia tópica (nistatina, clotrimazol) en los casos leves a moderados y sistémica (fluconazol) en los casos de moderados a graves. La terapia antimicótica deberá mantenerse al menos durante dos semanas para reducir la formación de colonias al nivel máximo posible y, así, prevenir la recurrencia.

Las lesiones de candidiasis hiperplásica consisten en placas blancas que no se desprenden al raspado y persisten en el tiempo. Se localizan preferentemente en la mucosa yugal, en lengua y en labios, y es característica la localización en la zona retrocomisural. Esta infección puede ser clínicamente indistinguible de una leucoplasia; sólo el tratamiento antifúngico de prueba, la práctica de una biopsia teñida con PAS (ácido peryódico de Schiff) o, en algunos casos, la titulación de anticuerpos confirmarán el diagnóstico. A las formaciones blanquecinas pueden asociarse zonas eritematosas⁶⁰.

La candidiasis eritematosa se presenta como una lesión sutil roja y plana en la cara dorsal de la lengua o en el paladar blando o duro. En la lengua se caracteriza por la

⁵⁸ CALABUIG MUÑOZ, Eva et al. Op. cit., http://ww2.ttmed.com/sinsecc.cfm?http://ww2.ttmed.com/arg_sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1728&ComeCover=Y&ID_dis=212&ID_cou=20

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Ibid.

pérdida de las papilas. Estas lesiones pueden deberse a la eliminación de la pseudomembrana o ser la forma inicial de la infección por *Candida* sp. La candidiasis eritematosa suele ser sintomática, aunque puede presentar sintomatología similar a la de la forma pseudomembranosa, aumentando con el calor. Entonces, los pacientes refieren sensación de ardor o quemazón en la cavidad oral, más cuando ingieren comidas saladas o picantes o cuando toman bebidas ácidas. El diagnóstico clínico se basa, al igual que en la candidiasis pseudomembranosa, en el aspecto de la lesión, teniendo en cuenta la anamnesis y el estatus vírico del paciente. La presencia de hifas del hongo o blastosporas se puede observar mediante una preparación de hidróxido de potasio. Aunque se considera una de las manifestaciones orales más comunes asociadas a la enfermedad por VIH, con frecuencia no se diagnostica. Esta infección es limitada y sólo requiere terapia antimicótica local⁶¹.

La presentación clínica como queilitis angular consiste en la aparición de un eritema o de fisuras de los ángulos de la boca, unilaterales o bilaterales, generalmente dolorosos. La queilitis angular puede presentarse con o sin la presencia de candidiasis eritematosa o pseudomembranosa. Si no se trata, puede persistir durante un largo período de tiempo. El tratamiento se realiza con crema antimicótica tópica sobre las áreas afectadas, cuatro veces al día durante un mínimo de dos semanas.

Cuando progresa la enfermedad por VIH y la inmunosupresión es más grave, la incidencia y severidad de la candidiasis orofaríngea se incrementa. La introducción de azoles orales y, más notablemente, del fluconazol ha dado lugar a una mayor incidencia de *Candida albicans* resistente a los azoles, así como a la aparición de especies no *albicans* tales como *Candida glabrata*, que es intrínsecamente resistente a esta clase de antifúngicos. Esta resistencia se ve incrementada, a su vez, por el bajo recuento de CD4 y la presencia de especies no-*albicans*. Para reducir al mínimo el riesgo de resistencia se debe considerar la terapia local como de primera línea de tratamiento para los casos iniciales o recurrentes de candidiasis orofaríngea. El método más común para tratar la candidiasis oral es la utilización de enjuagues, que se hacen circular dentro de la boca y luego se tragan, o de pastillas que se chupan. Las pastillas que se chupan deben disolverse en la boca antes de tragarlas y no se deben masticar o tragar enteras, ya que pueden causar epigastralgias. Los tres tratamientos más comunes son: clotrimazol, que se presenta en pastillas que se toman cuatro o cinco veces al día, durante una o dos semanas; la nistatina (disponible en formulación líquida o en pastillas para disolver en la boca); la dosis líquida es de 5 ml cuatro veces al día durante una o dos semanas, y debe hacerse circular lentamente dentro de la boca, durante el máximo de tiempo que se pueda (por ejemplo, unos minutos), para después tragarla; las pastillas deben tomarse chupadas, una o dos, cuatro a cinco veces al día durante 7 a 14 días; la amfotericina B, que está disponible en forma líquida para el tratamiento de la candidiasis oral; la dosis normal es de 100 mg, cuatro veces al día, manteniéndolo en la boca durante el máximo

⁶¹ CALABUIG MUÑOZ, Eva et al. Op. cit.,

http://ww2.tmed.com/sinsecc.cfm?http://ww2.tmed.com/arg_sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1728&ComeCover=Y&ID_dis=212&ID_cou=20

de tiempo posible para luego tragarlo⁶²

- Histoplasmosis

Se pueden presentar inicialmente en la cavidad oral y pueden afectar cualquier parte de la mucosa. El diagnóstico requiere biopsia⁶³.

En el curso de la enfermedad por el VIH aparecen infecciones por otros hongos que son patógenos y con una gran tendencia a la diseminación. Entre las referencias más recientes se encuentran las producidas por *Histoplasma capsulatum*, que provoca histoplasmosis. Clínicamente, comienza con síntomas pulmonares que afectan la piel y la mucosa oral. En ésta produce lesiones nodulares con tendencia a la ulceración, que son muy dolorosas. El tratamiento más eficaz es la amfotericina B intravenosa, aunque también se ha ensayado con éxito el uso de fluconazol e itraconazol

- Criptococosis

Es otra micosis sistémica, producida por *Cryptococcus neoformans*, que puede cursar con lesiones ulcerosas de predominio en el paladar. Las lesiones son importantes, ya que pueden llegar a producir una perforación que alcance los cornetes y tabique nasal, provocando incluso la destrucción de los senos maxilares. Se diagnostica por biopsia y detección de antígenos en suero. El tratamiento más apropiado es el de amfotericina B intravenosa junto con fluocitosina en algunos casos⁶⁴.

Puede presentarse como una masa ulcerativa en el paladar duro en un paciente con historia previa de neumonía por *P. carinii*. La biopsia del paladar no dará el diagnóstico⁶⁵.

- Herpes simple

El herpes recurrente oral ocurre a cualquier edad sea intra o extra oral. El tratamiento puede acortar el episodio individual y la dosis óptima es entre 1000 a 1600 mg/día 7 a 10 días, el ácido fólico no es útil⁶⁶.

⁶² CALABUIG MUÑOZ, Eva et al. Op. cit.,
http://ww2.ttmed.com/sinsecc.cfm?http://ww2.ttmed.com/arg_sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1728&ComeCover=Y&ID_dis=212&ID_cou=20

⁶³ MOLINA, María de Jesús. Op. cit.,
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/es_%20set%202000/oral_sidahtm.htm.

⁶⁴ CALABUIG MUÑOZ, Eva et al. Op. cit.,
http://ww2.ttmed.com/sinsecc.cfm?http://ww2.ttmed.com/arg_sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1728&ComeCover=Y&ID_dis=212&ID_cou=20

⁶⁵ MOLINA, María de Jesús. Op. cit.,
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/es_%20set%202000/oral_sidahtm.htm.

⁶⁶ Ibid.

Existen dos tipos de virus del herpes simple: 1 y 2. El tipo 1 está relacionado principalmente con la gingivostomatitis herpética y la faringitis herpética primaria, como formas de primoinfección, y con las lesiones herpéticas recurrentes en el labio y las regiones intraorales y periorales. El tipo 2 se circunscribe habitualmente (aunque no exclusivamente) a infecciones en el área genital. En pacientes VIH+, homosexuales o bisexuales, pueden encontrarse lesiones en las zonas oral y genital y pueden aislarse indistintamente ambos tipos de virus⁶⁷.

Estos virus tienen una gran apetencia por infectar estructuras procedentes del ectodermo (piel, mucosas y sistema nervioso, sobre todo periférico). Una vez establecido el contagio y provocada la infección primaria, alcanzan las terminales de los nervios sensitivos y, por transporte retrógrado, el núcleo de las células ganglionares donde se establece la latencia vírica. Ello posibilita reactivaciones posteriores, que provocan la enfermedad recurrente. Otras entidades patológicas que se han relacionado con títulos altos de anticuerpos anti-VHS han sido algunas parálisis de pares craneales, eritema multiforme, síndrome de Behçet, aftas recurrentes, carcinoma oral y sarcoma de Kaposi.

El herpes simple intraoral recurrente (infección herpética recurrente) comienza como una pequeña aglomeración de vesículas que se rompen para producir pequeñas y dolorosas ulceraciones que pueden coalescer formando placas. Suele presentarse en labios, paladar y encías. Aunque estas ulceraciones herpéticas son a menudo autolimitadas y recurrentes, confieren peor pronóstico al paciente. La aparición de úlceras de larga evolución, aún sin un componente aparentemente herpético, debe hacer pensar en esta causa como origen del proceso⁶⁸.

El diagnóstico es clínico. En formas atípicas debe realizarse el citodiagnóstico de Tzank. Consiste en el estudio microscópico del raspado de las bases de las lesiones teñido con Giemsa; así pueden observarse células multinucleadas que contienen cuerpos de inclusión eosinófilos y fenómenos degenerativos balonizantes que son las lesiones citopáticas que produce el virus. Otras alternativas diagnósticas son el cultivo vírico del contenido vesicular, las pruebas de anticuerpos monoclonales y de fluorescencia, la biopsia y otras técnicas histoquímicas. El tratamiento se basa en la administración, por vía tópica o sistémica, de antivirales derivados de nucleósidos que interfieren en la síntesis de ADN vírico; el más utilizado es el aciclovir⁶⁹.

⁶⁷ CALABUIG MUÑOZ, Eva et al. Op. cit., http://ww2.ttmed.com/sinsecc.cfm?http://ww2.ttmed.com/arg_sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1728&ComeCover=Y&ID_dis=212&ID_cou=20

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Ibid.

- Herpes zoster

La reactivación del virus varicela zoster causa el herpes zoster. Esta enfermedad ocurre en ancianos e inmunodeprimidos. El herpes zoster oral generalmente ocasiona lesiones en la piel. Le sigue a unos pródromos de dolor, múltiples vesículas que aparecen sobre la piel de la cara, labios y mucosa oral. Las lesiones de la cara son generalmente unilaterales y siguen la distribución de la rama maxilar y/o mandibular del nervio trigémino. El tratamiento estándar es con aciclovir a dosis de 800 mg 5 veces por día por 7 a 10 días⁷⁰.

- Papiloma virus humano

Los virus del papiloma humano (VPH) producen infección de células epiteliales cutáneas y de mucosa plana estratificada, e inducen la aparición de tumores benignos autolimitados y de algunas lesiones que pueden evolucionar a carcinomas. Se transmite por contacto directo y uno de los lugares donde se localiza es la cavidad oral. Está presente en el 13,5% de los individuos sanos. Su acción patógena en el grupo de pacientes VIH+ incluye las siguientes lesiones:

Verruga vulgar (VPH-2)

Condiloma acuminado (VPH-6, 11, 16)

Papiloma (VPH-6, 11)

Hiperplasia epitelial focal o enfermedad de Heck (VPH-13, 32)

Las verrugas orales (verrugas vulgares) son consecuencia de la infección por el VPH-2 y se han reducido drásticamente en la era TARGA. Las verrugas orales pueden tener apariencia exofítica, pediculada y con una superficie plana. Un reciente estudio observó que el riesgo de verrugas orales aumentaba en los pacientes VIH con una disminución de logarítmica del ARN vírico en los seis meses anteriores al diagnóstico de VPH, lo cual sugiere que pueden estar, en parte, relacionadas con la reconstitución inmunológica. El tratamiento puede implicar el uso de cirugía, cirugía láser o crioterapia, aunque la erradicación es difícil, ya que estas lesiones tienden a recidivar con mucha frecuencia⁷¹

- Citomegalovirus

Las úlceras orales causadas por citomegalovirus (CMV) pueden aparecer sobre cualquier superficie mucosa y puede ser confundida con úlceras aftosas, periodontitis ulcerativa necrotizante y linfoma. A diferencia de las úlceras aftosas, las cuales tienen usualmente un margen eritematoso, las úlceras de CMV aparecen necróticas con un halo blanco. El

⁷⁰ MOLINA, María de Jesús. Op. cit.,

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/es_%20set%202000/oral_sidahtm.htm

⁷¹ CALABUIG MUÑOZ, Eva et al. Op. cit.,

http://ww2.ttmed.com/sinsecc.cfm?http://ww2.ttmed.com/arg_sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1728&ComeCover=Y&ID_dis=212&ID_cou=20

diagnóstico es con la ayuda de inmunohistoquímica. Las úlceras en la cavidad oral usualmente ocurren en individuos con enfermedad por CMV diseminada⁷².

El citomegalovirus (CMV) es un virus que produce una infección inicial, seguida de un periodo de latencia como en el resto de herpesvirus, durante el cual se acantona en el epitelio bucal, otros epitelios (sobre todo el glandular), así como en macrófagos, endotelio y linfocitos. Dependiendo de los factores inmunitarios, puede sufrir una reactivación. La infección por citomegalovirus es una de las más comunes en los pacientes VIH+. La afectación oral en el paciente VIH+ se produce generalmente en forma de úlceras grandes, mal delimitadas, profundas, dolorosas y de larga evolución, denominada generalmente gingivitis ulcerosa. Una localización menos frecuente es la lingual, ya que la mayoría de los casos se ubica en paladar y encía; también pueden afectarse las glándulas salivales, en concreto la parótida⁷³.

El diagnóstico de las lesiones puede sospecharse por la clínica, al fijarse en la localización y duración. Se debe realizar un cultivo celular; la serología y la detección de anticuerpos tienen escaso valor. La biopsia puede ser patognomónica, si se evidencian células con un gran núcleo oval eosinófilo, con grandes cuerpos de inclusión y un halo citoplasmático periférico (imagen en ojo de búho). El diagnóstico diferencial hay que establecerlo con aftas mayores, úlceras herpéticas, úlceras tuberculosas, micosis profunda, linfoma no Hodgkin y carcinoma espinoso celular.

- Virus Epstein Barr y leucoplasia vellosa

Es menos común en niños que en adultos. No se ha descrito en otras mucosas. Se ha reportado en pacientes no VIH como receptores de médula ósea, trasplantados cardíacos y renales⁷⁴.

La leucoplasia vellosa oral está causada por el virus de Epstein-Barr (VEB) y se presenta como una lesión blanquecina, rugosa y generalmente localizada en los bordes laterales de la lengua. A veces se desarrolla a lo largo del interior de la mejilla o en la parte superior o inferior de la lengua. Su visión a gran aumento muestra pliegues verticales o vellosidades, que al ser estimulados por aire presentan movimiento. También es posible que estas placas no se presenten con vellosidades y no contengan protuberancias o pliegues perceptibles. Esto constituye un signo clínico de situación avanzada de la infección por el VIH, y en ocasiones puede llegar a tener un aspecto parecido a las aftas

⁷² I MOLINA, María de Jesús. Op. cit., http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/es_%20set%202000/oral_sidahtm.htm.

⁷³ CALABUIG MUÑOZ, Eva et al. Op. cit., http://ww2.ttmed.com/sinsecc.cfm?http://ww2.ttmed.com/arg_sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1728&ComeCover=Y&ID_dis=212&ID_cou=20

⁷⁴ Ibid.

o a la candidiasis oral. Sin embargo, a diferencia de Esta última, las lesiones de la leucoplasia vellosa oral no se desprenden con el raspado de la lesión⁷⁵.

La leucoplasia vellosa oral se considera una enfermedad benigna, ya que rara vez provoca problemas físicos importantes y no causa complicaciones graves. Es importante mencionar que la leucoplasia vellosa oral puede afectar a aquellos individuos con un sistema inmunológico sano, incluso a quienes no están infectados por el VIH. La infección latente por el VEB es muy frecuente. Sin embargo, sólo algunas personas, incluidas aquéllas con un sistema inmunológico debilitado, desarrollan esta enfermedad. Más del 25% de las personas VIH positivas desarrolla leucoplasia vellosa oral en algún momento durante el curso de la infección. Es una de las primeras infecciones oportunistas que aparecen en las personas VIH positivas, siendo más común entre los VIH positivos varones fumadores. Puede aparecer con cualquier recuento de linfocitos CD4. Si bien hay personas VIH positivas con más de 500 CD4/ml que desarrollaron leucoplasia vellosa oral, es más frecuente en aquellos con recuentos de linfocitos T-CD4 menores a 200 células/ml⁷⁶.

Los estudios han mostrado una reducción significativa en la incidencia de la leucoplasia vellosa oral en la era TARGA. Esta condición es normalmente asintomática y no requiere tratamiento, a menos que haya afectación estética grave. Los pacientes que presentan esta patología durante el tratamiento con TARGA pueden estar experimentando un fracaso terapéutico en su actual régimen antirretroviral. En los casos en que se realiza tratamiento se emplean antivíricos como el aciclovir, en ocasiones combinado con podofilina, aunque la tasa de recidiva es muy alta⁷⁷.

- Enfermedad periodontal

Esta enfermedad es muy común tanto en los pacientes asintomáticos como sintomáticos de infección por VIH hay dos formas: la rápida y severa llamada periodontitis ulcerativa necrotizante y la condición asociadas y posiblemente precursora llamadas eritema gingival lineal. A veces es difícil para distinguir este tipo de la enfermedad periodontal en los pacientes no VIH, sin embargo la queja del dolor severo, rápido inicio y rápida destrucción en una boca a menudo extremadamente limpia son inusuales para pacientes no VIH⁷⁸.

⁷⁵ CALABUIG MUÑOZ, Eva et al. Op. cit., http://ww2.ttmed.com/sinsecc.cfm?http://ww2.ttmed.com/arg_sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1728&ComeCover=Y&ID_dis=212&ID_cou=20

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ MOLINA, María de Jesús. Op. cit., http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/es_%20set%202000/oral_sidahtm.htm

- Sarcoma de Kaposi

Se presenta intraoralmente puede ir solo o en asociación con lesiones dérmicas y diseminadas. Puede ser la primera manifestación de estadio tardío de infección VIH (SIDA). El lugar más común es en paladar duro, pero puede localizarse en cualquier parte de la mucosa oral, incluyendo la gingiva, paladar blando y la orofaringe. El diagnóstico diferencial se hará con hematomas, hemangiomas. Otros tumores vasculares, granulomas piógenos, angiomatosis bacilar, y lesiones pigmentadas. El tratamiento dependerá del número, tamaño y localización de las lesiones (remoción quirúrgica, vinblastina intralesional, radioterapia)⁷⁹.

- Linfoma

El linfoma no Hodgkin indiferenciado difuso es una enfermedad maligna asociada con VIH. La mayoría es de origen en las células B y el virus de Epstein Barr se halla en las células de varios casos. El linfoma puede localizarse en cualquier lugar de la cavidad oral y puede ser un tejido suave que puede comprometer o no tejido óseo. La lesión puede presentarse como una inflamación firme, dolorosa que puede ulcerarse, Se puede confundir con úlceras aftosas⁸⁰.

- Úlceras orales

La causa de las úlceras orales es desconocida, se parecen a as úlceras aftosas recurrentes (UAR), puede incluir estrés y agentes infecciosos no identificados. Generalmente las úlceras son bien circunscritas con márgenes eritematosos las UAR menores pueden ser solitarias de 0,5 a 1 cm el tipo herpetiforme presenta costras y pequeñas úlceras de 1 a 2 cm. Usualmente en paladar blando y orofaringe. Las UAR mayores son úlceras necróticas extremadamente grandes (2 a 4 cm) muy dolorosas y pueden persistir por varias semanas. Usualmente responde a corticoides tópicos, se puede usar dexametasona en elixir como enjuague bucal dos a tres veces por día⁸¹.

Las ulceraciones aftosas recurrentes se presentan en tejidos no queratinizados y no fijados como la mucosa labial y vestibular, el suelo de boca, la superficie ventral de la lengua, la orofaringe posterior y el vestíbulo maxilar y mandibular. Se caracterizan por un halo de inflamación y una cubierta pseudomembranosa de color amarillo grisáceo. Las ulceraciones aftosas recurrentes, que normalmente desaparecen a los 7-14 días en la población general, pueden ser más duraderas y más dolorosas en individuos con afectación inmunológica. El dolor se incrementa notablemente al comer o tomar alimentos salados, picantes o ácidos, así como cuando se consumen alimentos duros o

⁷⁹ MOLINA, María de Jesús. Op. cit.,
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/es_%20set%202000/oral_sidahm.htm

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ Ibid.

ásperos. Es importante enfatizar que el tratamiento temprano de estas lesiones puede garantizar una mejor respuesta terapéutica y, por lo tanto, una pronta mejoría⁸².

El tratamiento se realiza con corticosteroides tópicos, como el elixir de dexametasona (0,5 mg/5 ml), con el que se realizan enjuagues de 5 ml durante un minuto y luego se desecha; o en presentaciones más graves, con corticosteroides sistémicos como la prednisona. El uso de agentes inmunoactivos contribuye a una reducción en la inflamación y una posterior mejoría de los síntomas, aunque no producen un alivio inmediato del dolor.

El dolor producido por las ulceraciones aftosas recurrentes se trata con anestésicos de uso tópico o analgésicos sistémicos. Los anestésicos locales (enjuagues anestésicos) producen un alivio del dolor, generalmente de corta duración, y en cambio, disminuyen la percepción del sabor de los alimentos⁸³.

- Púrpura trombocitopénica idiopática. Las lesiones orales pueden ser la primera manifestación de esta enfermedad. Se observan petequias, equimosis y hematomas en cualquier lugar de la mucosa oral. Puede ocurrir sangrado espontáneo en la gingival⁸⁴.

- Saliva y VIH

Los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC) han informado que el "VIH ha sido aislado de la sangre, semen, saliva, lágrimas, orina, líquido cerebroespinal, líquido amniótico, leche materna, secreciones del cuello del útero, y del tejido de pacientes infectados y de primates no-humanos infectados experimentalmente... la piel (especialmente cuando hay rasguños, cortes, abrasiones, dermatitis, u otras lesiones), las membranas mucosas del ojo, nariz, boca y posiblemente el tracto respiratorio (tráquea, bronquios y pulmones) deberían ser considerados como una vía potencial para la entrada del virus⁸⁵.

Es necesario mencionar aquí otro hallazgo referente a la saliva: "Los fluidos del cuerpo (saliva u otros) que contienen los virus del SIDA, cuando están en contacto

⁸² CALABUIG MUÑOZ, Eva et al. Op. cit., http://ww2.ttmed.com/sinsecc.cfm?http://ww2.ttmed.com/arg_sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1728&ComeCover=Y&ID_dis=212&ID_cou=20

⁸³ Ibid.

⁸⁴ MOLINA, María de Jesús. Op. cit., http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/es_%20set%202000/oral_sidahtm.htm

⁸⁵ LISEC, Antun. Saliva y SIDA [en línea]. 2011, agosto 29. En: Página Web. Vida humana internacional. Disponible en Internet: <http://www.vidahumana.org/component/k2/item/791-saliva-y-sida>

con linfocitos u otras células susceptibles... pueden dar lugar a la transmisión del virus al huésped susceptible"⁸⁶

Cualquier persona asocia la sangre como un medio de difusión del SIDA. Naturalmente, donde hay sangre infectada, hay HIV también. Reconocemos que algo es sangre por el color rojo que procede de las células rojas o eritrocitos. Sin embargo, la transmisión del SIDA es llevada a cabo principalmente por medio de las células blancas que están presentes incluso donde las células rojas no pueden ser vistas, como la saliva por ejemplo.

No conocemos todavía cuál es la dosis infecciosa (el número de virus suficientes para producir la infección), y esto significa que tenemos que evitar la entrada en el cuerpo incluso de las más pequeñas cantidades de virus. Realmente, se ha probado en el caso del tifus, que sólo una bacteria es suficiente para causar la infección⁸⁷.

Es bien conocido que la tuberculosis, la hepatitis infecciosa, la mononucleosis y muchas otras enfermedades contagiosas son propagadas por la saliva. No hay por tanto que sorprenderse que con un beso el SIDA pueda ser fácilmente transmitido.

"Después de la sangre, la saliva fue el segundo fluido del cuerpo donde el VIH se aisló. El origen del VIH salivar son los linfocitos infectados de las encías (gingiva). Estas células emigran dentro de la saliva en una tasa de un millón por minuto. Esta migración puede aumentar hasta 10 veces (diez millones de células por minuto) en enfermedades de la mucosa oral, las cuales son frecuentes en un huésped inmunodeficiente (tal como un individuo con infección por VIH). Estudios inmunocitoquímicos recientes muestran que

⁸⁶ LISEC, Antun. Saliva y SIDA. Op. cit., <http://www.vidahumana.org/component/k2/item/791-saliva-y-sida>

⁸⁷ Ibid.

en los pacientes con SIDA hay una concentración más alta de VIH en los linfocitos salivares que en los linfocitos de la sangre periférica. Esto sugiere que los linfocitos infectados reciben una estimulación antigénica por la flora oral (bacterias en la boca) lo que da lugar a una mayor expresión del virus⁸⁸.

Una fotografía de linfocitos contaminados de la sangre, realizada con microscopio electrónico, estas células aparece como un manojito de uvas debido a los numerosos VIH que protruyen en su membrana. En etapas muy tempranas, una persona infectada desarrolla varias lesiones en la mucosa de la boca, ya sean úlceras, aftas, leucoplaquias, encías sangrantes y gingivitis atípica incluso si él o ella no muestran todavía síntomas manifiestos de SIDA⁸⁹.

Junto a estas lesiones, las nuevas bacterias dan lugar a un desequilibrio en la flora de la boca, causando, por tanto, la migración de más células blancas, incluyendo las que transportan VIH. El VIH se ha encontrado no sólo en los linfocitos de la saliva, sino también en las placas de las encías, en las células endoteliales de las encías lesionadas, en las células del epitelio y en las células de las glándulas salivares.

Todas las personas, estén infectadas o no, muy a menudo tienen heridas superficiales del algún tipo; el daño del epitelio de la mucosa bucal se puede producir fácilmente mientras se cepillan los dientes o se mastica un alimento duro, o si se cae un diente⁹⁰.

La revista de medicina "The Lancet" del 20 de septiembre de 1986 en un artículo título "Transmisión horizontal de VIH. Infección entre hermanos", llama la atención sobre los pequeños cortes de la piel y el peligro de la saliva. Cita el caso de un chico que había contraído SIDA vía transfusión-sanguínea. Poco después de su muerte, se detectó que su hermano mayor estaba infectado aunque nunca recibió ninguna transfusión. Una de las posibles vías de transmisión pudo ser el mordisco que su hermano más joven le produjo durante un juego seis meses antes de su muerte. Su madre recordó que aunque le mordió no le produjo sangrado ni hematoma⁹¹.

Aquí convendría añadir que un hombre tiene heridas superficiales después de afeitarse, y si es besado en la mejilla por una persona infectada, el virus puede pasar directamente al

⁸⁸ LISEC, Antun. Saliva y SIDA. Op. cit., <http://www.vidahumana.org/component/k2/item/791-saliva-y-sida>

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Ibid.

torrente sanguíneo⁹²

La saliva tiene actividad antiviral específica, para este microorganismo y por lo tanto este fluido no se comporta como una vía de transmisión del VIH⁹³.

▪ Xerostomía

La enfermedad de glándulas salivales asociada con VIH puede presentarse con xerostomía o con agrandamiento de las glándulas, afecta tanto a niños como adultos y compromete usualmente la glándula parótida que es suave pero no fluctuante. La etiología es aún desconocida.

La xerostomía puede estar en asociación con ciertos medicamentos como antidepresivos, antihistamínicos y ansiolíticos⁹⁴.

La biopsia de parótidas sospechosamente agrandadas revela un incremento del infiltrado linfocítico, fundamentalmente de los linfocitos CD8. Además del aumento bilateral de las glándulas parótidas, existen a menudo síntomas de boca seca. Se ha notificado un incremento en la presentación de esta enfermedad en la era TARGA, lo cual puede estar relacionado con el síndrome de reconstitución inmunológica.

La xerostomía o boca seca es la queja más frecuente en el grupo de personas que padecen la enfermedad por el VIH. Uno de los factores que más influye en el deterioro de la dentadura en los pacientes VIH+ son los cambios en la cantidad y en la calidad de la saliva, incluida la disminución de sus propiedades antimicrobianas. Aproximadamente el 29% de quienes participaron en el estudio de cohortes *Análisis de Costos de Atención del VIH/SIDA en México* comunicó síntomas de xerostomía. Los factores que se asocian con más frecuencia a la disminución de la secreción de saliva son la enfermedad de glándulas salivales previamente referidas, el uso de fármacos antirretrovirales y otras situaciones como el tabaquismo y una carga viral superior a 100.000 copias/mm³⁹⁵.

⁹² LISEC, Antun. Saliva y SIDA. Op. cit., <http://www.vidahumana.org/component/k2/item/791-saliva-y-sida>.

⁹³ LOPEZ JORNET, Pía. Alteraciones de las glándulas salivales. Murcia: Editorial Universidad de Murcia. 2002, p. 105.

⁹⁴ MOLINA, María de Jesús. Op. cit., http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/es_%20set%202000/oral_sidahtm.htm

⁹⁵ CALABUIG MUÑOZ, Eva et al. Op. cit., http://ww2.tmed.com/sinsecc.cfm?http://ww2.tmed.com/arg_sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1728&ComeCover=Y&ID_dis=212&ID_cou=20

Santana Garay, en su libro Infección por el VIH en el complejo bucal plantea que en agosto de 1991 se reunió en Amsterdam un grupo de expertos en patología bucal, del Centro de Colaboración en Manifestaciones Bucales del VIH, perteneciente a la OMS, donde se redactó un documento sobre actualización de la clasificación y criterio diagnóstico de las lesiones bucales en la infección por VIH. Con la experiencia acumulada sobre la materia se propusieron 3 grupos de lesiones, que son:

Grupo 1: lesiones fuertemente asociadas con la infección por el VIH.

Grupo 2: lesiones menos comúnmente asociadas con la infección por el VIH.

Grupo 3: lesiones con cierta posibilidad de asociación con la infección por el VIH.

Existe un cuarto grupo en el que se consideran ciertas lesiones asociadas con el uso de las drogas, pero no ha sido totalmente aceptado⁹⁶.

Grupo 1: Lesiones fuertemente asociadas con la infección por VIH-SIDA.

- Candidiasis
Candidiasis Pseudomembranosa
Candidiasis eritematosa
Hiperplásica

- Leucoplasia pilosa

- Gingivitis por VIH

- Periodontitis por VIH

- Gingivitis necrotizante por VIH

- Sarcoma de Kaposi

- Linfomas no hodgkinianos

Grupo 2: lesiones menos comúnmente asociadas con la infección por VIH

⁹⁶ MOLINA, María de Jesús. Op. cit.,
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/es_%20set%202000/oral_sidahtm.htm.

- Ulceraciones atípicas

- Enfermedad de glándulas salivales
Enfermedad bucal por la disminución del flujo salival
Inflamación unilateral o bilateral de las glándulas salivales mayores

- Púrpura trombocitopénica.

- Infecciones virales (otras que no sean asociadas con el virus del Epstein Barr)

- Infección por virus del herpes simple
Infección por virus del papiloma humano
Infección por citomegalovirus
Infección por virus de la varicela zóster
Condiloma acuminado
Hiperplasia epitelial foca.

Grupo 3: Lesiones probablemente asociadas con la infección por VIH-SIDA

- Infecciones bacterianas (se excluyen la gingivitis y la periodontitis)
Enterobacter cloacae
Escherichia coli
Klebsiella pneumoniae
Mycobacterium tuberculosis
Actinomyces israeli

- Enfermedad arañazo de gato

- Reacciones a las drogas (ulceración eritema multiforme lesión liquenoide)

- Exacerbación de la periodontitis apical

- Infecciones por hongos (que no sean candidiasis).
Cryptococcus neoformans
Geotrichium candidum
Histoplasma capsulatum
Mucoraceae (mucormicosis)
Aspergillus flavus

- Hiperpigmentación melanocítica

- Disturbios neurológicos
Neuralgia trigémina
Parálisis facial

- Osteomielitis

- Sinusitis

- Celulitis submandibular

- Carcinoma epidermoide

- Epidermofitosis

Evolución de las lesiones con la terapia antirretroviral

La presencia o complicación de lesiones orales asociadas a la infección, una vez que ha comenzado la terapia puede ser un indicador que la misma es inadecuada dado por la dosis, el tipo de droga utilizada, o el tiempo que lleva el paciente consumiéndola, esto puede traducirse como una resistencia viral o una incorrecta adherencia terapéutica. Investigación realizada en otros países como Brasil apoya esta hipótesis, con la presencia de candidiasis oral recurrente o rebelde a tratamiento como predictor no solo de avance de la enfermedad sino como fallo de la terapia y aumento de la carga viral de paciente⁹⁷.

El tratamiento específico de las enfermedades orales asociadas a la enfermedad por el VIH se ha utilizado muy poco. El *AIDS Cost and Utilization Study* (Estudio de Utilización y Costes en Sida), con 1424 adultos, reveló que solamente un 9,1% del tratamiento empleado tenía como objetivo la curación o mejoría de estas manifestaciones orales, dato que contrasta con la gran prevalencia de dichas lesiones. También en este estudio, y tras ajustar el recuento de CD4 y otras variables, se observó que los afroamericanos e hispanos tuvieron menos oportunidad de recibir tratamiento. La oportunidad de recibir

⁹⁷ MIZIARA, ID and WEBER, R. Oral candidosis and oral hairy leukoplakia as predictors of HAART failure in Brazilian HIV-infected patients. *In: Oral Dis.* 2006, vol. 12 Issue 4, p. 402–7.

tratamiento de las enfermedades orales dependencia del nivel educativo, la realización de pruebas clínicas y la utilización de los servicios de salud⁹⁸.

Acciones directas de la terapia antirretroviral en cavidad oral. Producen lesiones en la mucosa oral que compromete la nutrición, la comunicación y que incluye los signos y síntomas de las lesiones agudas. Dentro de las cuales podemos mencionar: Úlceras orales, aftas ocasionales, aftas agudas, aftas recurrentes, herpes.

Las lesiones dejan siempre cicatrices al curar (signo diagnóstico) que resultan fibrosas y con bandas, que pueden llegar a la mutilación de regiones de la boca, ya que algunas úlceras miden hasta 3 cm. de diámetro. El paciente típico alterna lesiones curadas (demostrables por las bandas cicatrizales) con lesiones activas en distintas etapas de evolución⁹⁹.

1.5 Marco legal y jurídico

Colombia participó activamente en la elaboración del Manifiesto de Montreal, en 1989, para defender los derechos de las personas afectadas por esta enfermedad y, en 1997, legisló al respecto. Con base en la Constitución de 1991 y en la Ley 100 de 1993, se estableció el Decreto 1543 de 1997, que continúa vigente, por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el VIH/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Casi simultáneamente fue creado el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y se expidieron las Guías de Atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y para la atención de enfermedades de interés en salud pública, como lo es el VIH/SIDA.

En el Decreto 1543 se define la terminología y se regulan las actividades diagnósticas, de atención integral, de promoción y prevención, de vigilancia epidemiológica y las medidas de bioseguridad respecto de los pacientes con VIH/SIDA; se establece la normatividad de investigación en concordancia con la Resolución 8430 de 1993; se fijan los mecanismos de organización y coordinación del Programa Nacional de Prevención y Control de ETS y SIDA, y se crea el Consejo Nacional del SIDA y sus dependencias. Igualmente, se estipulan los derechos y deberes de pacientes y de los prestadores de los servicios de salud; además, el decreto brinda el marco de referencia frente a las posibles sanciones por incumplimiento de la legislación, tanto de parte de los pacientes como del personal de salud.

⁹⁸ CALABUIG MUÑOZ, Eva et al. Op. cit., http://ww2.ttmed.com/sinsecc.cfm?http://ww2.ttmed.com/arg_sida/texto_art_long.cfm?ID_dis=212&ID_Cou=20&ID_Art=1728&ComeCover=Y&ID_dis=212&ID_cou=20

⁹⁹ MIZIARA, ID and WEBER, R. Op. cit., p. 402.

Es importante destacar la obligatoriedad de dar atención a los pacientes VIH/SIDA, según asignación de responsabilidad, por nivel de atención y grado de complejidad. También, la prohibición de solicitar pruebas de VIH para que el paciente acceda a los servicios de salud y el deber de impartir promoción, prevención y educación en salud al personal a su cargo, además de a paciente y familiar del paciente con el fin de que puedan disfrutar una comunicación plena y clara con el equipo de salud. En concordancia con lo estipulado en los Capítulos II y III del Código de Ética del Odontólogo Colombiano -Ley 35 de 1989, en el Código de Ética Médica-, Ley 23 de 1981 y dentro del marco del protocolo de atención integral, emanado del Ministerio de la Protección Social.

Así como existe la obligación de brindar atención al paciente VIH/SIDA, éste también tiene una serie de obligaciones, tanto con el odontólogo como con el equipo de salud: informar su condición de salud de manera oportuna cuando solicite algún servicio asistencial; no infectar, es decir, abstenerse de donar sangre y órganos, así como de realizar actividades que conlleven riesgo de infectar a otras personas, cuando conozca su situación de portador del VIH.

Capítulo 2. Presentación de la investigación

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

Identificar la prevalencia de las lesiones en cavidad oral en pacientes convivientes con VIH/SIDA, a través de la revisión de las historias clínicas en HERES SALUD E.U. de la ciudad de Santa Marta en el periodo 2006-2007 y caracterizar estos pacientes.

2.1.2 Objetivos específicos

Caracterizar las variables socioeconómica y demográficamente en una población de usuarios de HERES SALUD E.U. con diagnóstico de VIH /SIDA según, edad, sexo, escolaridad, lugar de residencia del caso, estrato socioeconómico, actividad de desempeño.

Identificar la prevalencia de los eventos clínicos Inmunológicos asociados que han padecido los usuarios convivientes con VIH/SIDA de una unidad de atención en salud a pacientes convivientes con VIH/SIDA.

Establecer la prevalencia de la morbilidad oral que han padecido los pacientes convivientes con el VIH/ SIDA en el examen clínico odontológico.

Identificar la varianza entre los grupos, ANOVA de la morbilidad oral con los eventos clínicos identificados y realizar un análisis estratificado por nivel socio demográfico.

2.2 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud, a partir de la clasificación propuesta por el Banco Mundial, establece que la epidemia de VIH es concentrada, cuando la prevalencia en grupos de riesgo [hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales] supera el 5% y en mujeres gestantes, no es

superior a 1%. Dentro de esta clasificación se ha ubicado a Colombia, y en general a Latinoamérica¹⁰⁰.

Para las personas entre 15 y 49 años la prevalencia estimada es de 0.22%, de acuerdo con los datos del VII Estudio Centinela de 2009. Es importante aclarar que dadas las condiciones de la epidemia en el país, la participación de los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad tiene un valor superior. El grupo que ha sido más afectado es el de Hombres que tienen Sexo con Hombres - HSH, que mediante los estudios de cero prevalencia realizados, se han encontrado tasas de que fluctúan entre el 10,18% y el 19,5% lo cual evidencia que la epidemia está aún concentrada en HSH. Se disponen de los datos de notificación obligatoria de casos través del Sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA. Este sistema tiene ciertas limitaciones de cobertura y calidad de datos, debido al diagnóstico tardío, el sub-registro, las fallas de digitación, validación de datos y el retraso en la notificación. Esta afectación es común a todos los sistemas de registro de casos, sin embargo se han venido haciendo actualizaciones anuales y un gran esfuerzo de asistencia técnica desde el año 2007, los cuales ofrecen mayor consistencia de los datos presentados. Se han reportado un total de 71.509 casos notificados de infección por VIH, casos en estadio de sida y fallecidos. Esta cifra corresponde a los casos acumulados desde 1983 con corte al 31 de diciembre de 2009. Se han realizado la adecuación de los datos del software de estimaciones que arrojan un valor de prevalencia 0.59% con un cálculo de 140.125 personas con VIH o sida en el país. La meta planteada en los objetivos del milenio para el 2015 es haber mantenido la prevalencia de la epidemia por debajo de 1.2% en población entre 15 y 49 años. Esta meta se encuentra aún cumplida considerando los resultados del VII Estudio nacional centinela, que reportó 0.22%. En el acumulado de la epidemia el 75.3% de los casos reportados son hombres, el 24.0% son mujeres y el 0.7% no tienen registro de sexo. Para el año 2009 se reportaron 6.780 personas con VIH/sida o muerte por el SIVIGILA, de los cuales 4.664 fueron hombres [68,8%] y 2.116 mujeres [31,2%].

Los primeros casos de personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fueron reportados en Colombia a partir de 1983. En un hecho aparentemente aislado en ese momento, pero a la vez irónico, el primer caso fue registrado en Cartagena de Indias: Una mujer joven con antecedentes de prostitución internacional itinerante, quien había regresado al país procedente de los Estados Unidos, en un estado terminal de la enfermedad por la destrucción que había experimentado su sistema inmunológico, y murió poco después, posiblemente sin haber logrado contagiar a otras personas^{101, 102, 103}.

¹⁰⁰ SANTANA, Garay. Op. cit., p. 354.

¹⁰¹ CONDE GUTIÉRREZ, Fernando. Escenarios de futuro del VIH-Sida: de la enfermedad «acontecimiento» a la cronicidad difusa. Del estigma moral a las zonas más centrales de la vulnerabilidad social [en línea]. En: Rev. Esp. Salud Pública. 1997, vol. 71 no. 1, p. 1-7.

¹⁰² Ibid.

¹⁰³ ONUSIDA. Marco Estratégico Mundial sobre el VIH-SIDA. 2001.

El Marco Estratégico Mundial está orientado por una visión de la epidemia en su totalidad, que está impulsada por un círculo vicioso de riesgo, vulnerabilidad y creciente impacto. Para sustituir esta dinámica por un círculo beneficioso de reducción del riesgo, de disminución de la vulnerabilidad y de mitigación del impacto, se requiere una acción social amplia contra el SIDA. Se necesita centrar igualmente la atención en prevenir el avance de la propagación de la epidemia, en apoyar una atención mejor para los que están infectados y afectados por el VIH, y en reforzar los medios de acción y la resistencia contra el impacto del SIDA¹⁰⁴.

A finales de los años ochenta, las estimaciones indicaban que el VIH había infectado a unos 10 millones de personas, de las cuales unos 1,5 millones habían fallecido. Durante el decenio de los noventa en todo el mundo se produjeron más de 40 millones de nuevas infecciones por el VIH, con una cifra de fallecimientos por el VIH/SIDA superior a los 15 millones de personas¹⁰⁵.

La pandemia de VIH/SIDA comprende actualmente múltiples epidemias concomitantes. A finales de 2000 había 36,1 millones de varones, mujeres y niños en todo el mundo que vivían con el VIH o con SIDA. 25,3 millones de ellos sólo en África subsahariana¹⁰⁶.

Hay 11 países de América Latina y el Caribe donde la prevalencia en la población adulta es superior al 1%. En ciertas partes de Europa oriental se produjeron más infecciones en 2000 que en todos los años previos sumados, mientras que en determinadas zonas de África meridional el número de personas que viven con el VIH/SIDA ha aumentado un 50% en los últimos tres años. En Asia hay 5,8 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, y el número de nuevas infecciones sigue creciendo¹⁰⁷.

En tan sólo 20 años, el VIH ha infectado a casi 58 millones de personas. Y un número incontable se ha empobrecido como consecuencia de la epidemia: los niños han perdido a sus padres; las familias han perdido sus propiedades; las comunidades han perdido a sus maestros, agentes de salud, empresas y líderes Gubernamentales; los países han perdido las inversiones realizadas durante décadas en desarrollo de recursos humanos, y las sociedades han perdido contribuciones potenciales inestimables a la vida social, económica, cultural, y espiritual¹⁰⁸.

¹⁰⁴ ONUSIDA. Marco Estratégico Mundial sobre el VIH-SIDA. 2001.

¹⁰⁵ RODRÍGUEZ, Luisa. Op. cit., p. 75.

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Guía para el manejo del VIH-SIDA basada en la evidencia. Bogotá: El ministerio. 2005, p. 36.

¹⁰⁸ Ibid.

Con cada año de convivencia con la epidemia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH/SIDA se operan cambios sociales que exigen reflexionar sobre los posibles escenarios en los que se desarrollará el futuro de la enfermedad, para poder poner en marcha planes de prevención apropiados. Más que proyecciones estadísticas, se trata de comprender las transformaciones cualitativas que afectan al comportamiento de las nuevas generaciones frente a la epidemia¹⁰⁹.

Fernando Conde Gutiérrez, en su reciente editorial de la Revista Española de Salud Pública, contrasta la "enfermedad acontecimiento" de los años ochenta y su fuerte carga simbólica y metafórica con la "enfermedad crónica" actual y su contexto de desigualdad social.

Frente a esta situación, y no solo sobre la base de implicaciones económicas, sino frente a la calidad de vida y de la atención en servicios de salud, en diferentes ámbitos se ha venido planteando la necesidad de implementar programas de prevención primaria y secundaria, para fortalecer el diagnóstico temprano, definir y aplicar protocolos de tratamiento, frenar la transición del VIH al SIDA y disminuir por lo tanto los costos de hospitalización y complicaciones, la incapacidad y la mortalidad.

Durante los últimos años, la movilización política creciente enfocada al SIDA se ha traducido en respuestas más amplias. Los gobiernos de los países más afectados están gastando más dinero en el SIDA, y lo mismo ocurre con los organismos bilaterales y multilaterales de desarrollo, los sectores comercial y fundacional y las iniciativas de alivio de la deuda¹¹⁰.

El VIH/SIDA se ha convertido en un tema destacado en los foros políticos subregionales, regionales y mundiales incluido el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas lo que ha contribuido a reforzar el compromiso político y la solidaridad entre los líderes nacionales. La experiencia compartida está sustituyendo cada vez más a las diferencias ideológicas que habían obstaculizado con frecuencia esfuerzos anteriores¹¹¹.

Para hablar del VIH/SIDA es necesario recurrir a estos dos conceptos: *país Desarrollado/país en desarrollo*. Pertenecer a un grupo o al otro tiene mucho que ver con la realidad económica del país que, a su vez, está determinada por las relaciones internacionales y el reparto de la riqueza¹¹².

¹⁰⁹ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Guía para el manejo del VIH-SIDA basada en la evidencia. Op. cit., p. 36.

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Ibid.

La riqueza mundial se reparte de forma desigual, concentrándose en unos pocos países mientras en el resto, las personas se enfrentan día a día a situaciones que amenazan su vida o su dignidad humana. Tres de cada cuatro países del mundo son países en desarrollo y en ellos, millones de personas viven en la 'pobreza extrema', lo que quiere decir que se mantienen con menos de 1 dólar al día¹¹³.

La economía de un país es un indicador crucial de su desarrollo. De hecho, a veces se habla indistintamente de 'países ricos' o 'países desarrollados' y de 'países pobres' o 'países en desarrollo' aunque, es una forma de simplificar una realidad mucho más compleja¹¹⁴.

Para hablar de desarrollo, se deben considerar otras variables que también determinan el bienestar de las personas, como el acceso a la educación y a los servicios sanitarios.

Pobreza, salud, educación son algunas de las variables que ayudan a explicar la realidad de los países en desarrollo. Todas ellas, están muy relacionadas entre sí, por ejemplo: si la economía no va bien, la educación y la sanidad empeoran y, si el logro educacional disminuye, se favorece a su vez la pobreza, haciendo que los servicios sanitarios sean peores y que descienda la esperanza de vida¹¹⁵.

Esta realidad de desigualdades económicas y sociales, se refleja también en el número de casos o incidencia del VIH/SIDA. En general, se puede decir que:

En los países desarrollados, la incidencia se ha estabilizado o se controla gracias a: unas condiciones higiénico-sanitarias adecuadas, la prevención, y el acceso a la atención médica, a los tratamientos y a las pruebas de detección del virus.

En los países en desarrollo, la incidencia del VIH/SIDA va en aumento: Las condiciones higiénico-sanitarias no son buenas, la prevención encuentra muchos obstáculos, y no está garantizado el acceso a la atención médica, a los tratamientos, ni a las pruebas de detección del virus¹¹⁶.

La infección por VIH ha contribuido significativamente al incremento de la TB en el mundo a fines del siglo XX y en el nuevo milenio. Las personas VIH positivas tienen 50

¹¹³ ONUSIDA. Marco Estratégico Mundial sobre el VIH-SIDA. 2001. Op. cit., p. 10.

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ ONUSIDA. Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH-SIDA. 2002.

¹¹⁶ Ibid.

veces más probabilidad de desarrollar TB activa que los VIH negativos, en razón al compromiso inmunológico resultante de la afinidad del virus por la molécula CD4+ de los linfocitos T ayudadores. Se estima que hay alrededor de 14 millones de personas coinfectadas con TB y VIH, un 70% de las cuales están concentrados en el Sub-Sahara africano¹¹⁷.

Para el 2002 se reportó en los países de América un porcentaje de concurrencia TB-VIH de 5 a 5.5% en Argentina, República Dominicana, El Salvador y Honduras; del 10 al 12% en Guyana, Panamá y Belice y del 14% en Uruguay y Guatemala, y alcanzan porcentajes mayores al 30% en las islas de Trinidad y Tobago, Jamaica, Bahamas y Santa Lucía¹¹⁸.

La convergencia de la infección por VIH y la TB constituye una amenaza que incrementa la probabilidad de muerte prematura para los habitantes de países en desarrollo.

Esta situación es más dramática en los países del Tercer Mundo, toda vez que la TB está asociada a condiciones relacionadas con la pobreza, que prevalecen en estas áreas. Es por ello que la coinfección aparece entre los factores que amenazan el control de la TB y, en consecuencia, las nuevas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) están dirigidas a enfrentar las dos infecciones de manera integral y no de forma aislada como ha venido ocurriendo. Si se mejora el tratamiento de la TB, los pacientes infectados por VIH obtendrían un promedio de 2 años adicionales de vida y dejarían de ser una fuente de contagio para la gente que los rodea¹¹⁹.

El costo indirecto, o de oportunidad, representado en la cantidad de años de vida e ingresos potenciales perdidos es aún mayor. El país gasta cerca de un dólar per cápita en prevención y atención al VIH/sida.

Hacia finales de 2004, en Colombia se habían reportado 34.949 casos de personas viviendo con VIH/sida (PVVS), de los cuales 27% corresponden a casos clínicos de sida y los demás a infecciones no sintomáticas. Se estima que aproximadamente 60% de las PVVS notificadas, requieren tratamiento antirretroviral cuando son diagnosticadas. Las 11.000 personas que en la actualidad reciben tratamiento ARV corresponden a 52,3% de las 21.000 PVVS diagnosticadas que lo requerirían. El costo actual del tratamiento se acerca a los 40 millones de dólares anuales¹²⁰.

¹¹⁷ LYNN, Jonathan. Malaria, sida y tuberculosis están en retroceso: Fondo Mundial. Bogotá, 2010.

¹¹⁸ LYNN, Jonathan. Op. cit., p. 15.

¹¹⁹ Ibid.

¹²⁰ ONUSIDA. Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH-SIDA. 2002. Op. cit., p. 12.

La Tabla 1 muestra los datos de los pacientes y costos de tratamiento antirretroviral, los cuales se estimaron a partir de las anteriores premisas, y asumiendo una meta de prevalencia de 1% para 2015, mejorando la cobertura a 80% de los PVVS que requieran tratamiento y manteniendo un nivel de subregistro del 80%¹²¹.

Tabla 1. Pacientes y costos de tratamientos

AÑO	No. estimado de PVVS	No. de PVVS diagnosticadas 20%	PVVS que requieren tratamiento ARV 60%	Cobertura Tratamiento ARV del 80%	Costo anual tratamiento en millones de Dólares
2010	267.499	53.400	32.040	25.632	30.758
2015	339.192	67.800	40.680	32.544	39.053

Fuente: Estimaciones efectuadas por el MPS y Onusida, utilizando los modelos de proyección de spectrum y asumiendo un diagnóstico relativamente tardío, con el cual 60% de los casos notificados requieren tratamiento ARV en el momento del diagnóstico.

La respuesta nacional a la epidemia del sida se ha enmarcado dentro de los planes a mediano plazo formulados con periodicidad variable desde 1990.

La evaluación del plan más reciente, Plan estratégico nacional (PEN), 2000-2003, mostró una ejecución del 38% de las actividades programadas, y solo se consiguió movilizar 35% de los recursos financieros requeridos. Los mejores resultados obtenidos y la mayor movilización de recursos financieros correspondieron a la estrategia dirigida a poblaciones de mayor vulnerabilidad y a la promoción de la participación social¹²².

Entre las principales acciones contempladas en el Conpes No. 091 “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio” se encuentran:

- El desarrollo de la vigilancia en salud pública en los aspectos epidemiológicos, demográficos, y de prestación de los servicios de salud (notificación de casos, prevalencias, tamizajes de bancos de sangre, estudios de comportamientos de riesgo)
- La coordinación interinstitucional en los ámbitos nacional y subnacional en acciones de promoción, Prevención y orientación y seguimiento de casos.

¹²¹ ONUSIDA. Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH-SIDA. 2002. Op. cit., p. 12.

¹²² ACOSTA, Blanca. Atención al paciente VIH-SIDA: Legislación y bioseguridad odontológica en Colombia [en línea]. En: Acta bioeth. 2006, vol. 12 no. 1, p. 23-28. Disponible en Internet: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/554/Resumenes/55412103_Resumen_1.pdf

- La capacitación de docentes en los niveles de educación básica y media para la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual, incluido VIH/sida
- La implementación de programas de promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva, con énfasis en VIH/sida, entre adolescentes y jóvenes, con participación intersectorial y comunitaria.
- La aplicación de encuestas sobre comportamientos sexuales entre la población general, jóvenes escolarizados y no escolarizados y grupos de riesgo.
- La implementación de estrategias de educación, información y comunicación (EIC) dirigidas a los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad; la capacitación de los funcionarios de salud en cuanto a estrategias y prácticas para la reducción de la transmisión madre– hijo.
- La actualización y divulgación de guías de prevención y atención integral en infecciones de transmisión sexual, incluido VIH/sida.
- La consolidación del fondo de medicamentos de bajo costo que posibilite el acceso efectivo a medicamentos antirretrovirales e insumos de laboratorio para el seguimiento de los tratamientos.

Luego de dimensionar las graves consecuencias que está teniendo para la humanidad la aparición del VIH/SIDA, hace ver la obligación de involucrar en la medida de las posibilidades, el diagnóstico precoz de la infección por VIH/SIDA, al reconocer las lesiones orales asociadas y aplicar el tratamiento adecuado. En busca de poder contribuir a una mejora en la calidad de salud bucal que indudablemente redundara en una mejor calidad de vida de esta población.

Habiendo observado que no se ha realizado estudios alguno sobre la prevalencia de lesiones en cavidad oral en pacientes con VIH/SIDA en la ciudad de Santa Marta, se decidió realizar esta investigación.

Situación local

En Santa Marta, la morbilidad por el VIH/SIDA ha pasado de 71 casos confirmados en el año 2002 a 132 en el 2005 y 183 en 2006. En el año 2007 se notificó un total de 83 casos (tabla 2) de los cuales el 63% son de sexo masculino, el 34% de sexo femenino, lo que determina una razón de 2:1, es decir que por cada 2 hombres infectados 1 mujer se infecta. La vulnerabilidad de la enfermedad es igual para todos los grupos de personas.

El grupo de edad más afectado es el 15-44 años y la letalidad se ha reducido con respecto al 2005, ya que en este año se registro una tasa de letalidad de 13%, mientras que en el año 2007, la letalidad es de 3%, situación que indica la oportunidad del tratamiento en los casos diagnosticados y la supervivencia de los mismos.

Tabla 2. Distribución de casos VIH según grupos de edad en Santa Marta 2007

GRUPOS DE EDAD	Nº	% CASOS
Menores de 19 años	3	3.6
20-25	13	15.7
26-35	33	42.2
36-45	17	20.5
46-54	13	15.7
Mayores de 55	2	2.4
Total	83	100%

Fuente: Perfil Epidemiológico 2006-2007. Grupo de Epidemiología de la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta

La infección por VIH/SIDA se caracteriza por una amplia variabilidad de enfermedades oportunistas entre ellas: hepatitis B, tuberculosis, herpes zoster, herpes simple, citomegalovirus y mononucleosis, entre otras.

Las manifestaciones orales aparecen como primer signo clínico de la infección por VIH, estas son indicadores importantes del estadio VIH y del estado de inmunosupresión. Las lesiones orales pueden causar en los pacientes dolor e incomodidad, pérdida del gusto y xerostomía, llevando a una disminución de la calidad de vida, La aparición de las manifestaciones orales de la infección por VIH depende del estado de inmunosupresión, la vía de contagio y algunos factores étnicos, geográficos, sociales y demográficos en regiones concretas¹²³.

En un estudio piloto sobre políticas de salud bucal y VIH (Tamí-Maury et al 2009) relata que la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se ha convertido en un desastre social que afecta particularmente a los países en desarrollo de América Latina y el Caribe, África y el sureste asiático. El último informe del Programa Conjunto de las naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) estimó que hacia fines de 2007 unas 33,2 millones de personas estaban infectadas con este virus. En las Américas esa cifra alcanzaba a 2,6 millones de personas, de las cuales 1,6 millones correspondían a América Latina, 1,3 millones a América del Norte y cerca de 230 000 al Caribe. En este continente, cada año alrededor de 163 000 personas contraen infección por VIH,

¹²³ ACOSTA, Blanca. Op. cit., p. 23-28.

mientras que otras 90 000 fallecen a causa de Sida, en la mayoría de los casos debido a falta de acceso a servicios de prevención y tratamiento adecuados¹²⁴.

Dentro de esta carencia de servicios destaca el problema de los pacientes seropositivos al virus que requieren de atención odontológica.

Es lógico pensar entonces que tanto los servicios públicos de salud bucal como los profesionales odontológicos pueden contribuir significativamente al control de la epidemia de VIH/Sida a través de programas que incluyan educación sobre promoción sanitaria, cuidados del paciente, control efectivo de la infección y vigilancia epidemiológica.

En 1995 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó *La salud bucodental: repercusión del VIH/Sida en la práctica odontológica*, dirigida principalmente a los profesionales de servicios dentales, donde se incluyen valiosas recomendaciones para complementar los modelos propuestos por el sector profesional y gubernamental de cada país. No obstante, hasta hoy en muchos países tales modelos de atención o no existen o siguen siendo insuficientes para encarar las consecuencias del VIH/Sida en la salud odontológica de la Región. En países donde la investigación sobre la epidemia de VIH/Sida ha sido pionera a nivel mundial, como es el caso de Estados Unidos, muchos de los pacientes VIH positivos no reciben los cuidados odontológicos necesarios.

En 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el *Informe sobre la salud bucodental en el mundo*, donde se enfatiza la importancia de promocionar la salud bucal, considerada como una parte integral de la salud general y un componente esencial para una buena calidad de vida. Se ha observado, por ejemplo, que entre 40 y 50% de personas VIH positivas desarrolla algún tipo de lesión bacteriana, micótica o viral en la boca durante el curso de la infección por VIH. De hecho, las manifestaciones bucales asociadas al VIH/Sida son consideradas un desafío importante para mejorar la salud en el futuro, particularmente en los países en desarrollo. Sin embargo, en América Latina y el Caribe los esfuerzos tanto de los gobiernos nacionales como de los organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil han sido débiles y dispersos en sus objetivos y cobertura con respecto a la salud bucal y dental de los pacientes VIH/Sida.

2.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia que tienen las lesiones en cavidad oral en pacientes con VIH/SIDA en la Institución HERES Salud E.U en la ciudad de Santa Marta (Magdalena) en el periodo 2006-2007 y cuáles son las características desde el punto de vista social y demográficas de estos pacientes.

¹²⁴ ACOSTA, Blanca. Op. cit., p. 23-28.

2.4 Justificación

Con frecuencia las iniciativas para proveer atención odontológica al paciente con VIH en la región provienen de Instituciones académicas, gremiales u organizaciones no gubernamentales, pero estos esfuerzos, sin duda loables, también son intermitentes y llevados a cabo sin una clara coordinación con los programas y estrategias nacionales.

Esta falta de articulación en los esfuerzos, aunada a los problemas de discriminación, inequidad socioeconómica y escasa disponibilidad de servicios que afectan al país, se traducen solamente en serias dificultades que debe enfrentar el paciente VIH positivo para acceder a la consulta odontológica.

Al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública. El Plan Nacional de Salud Pública incluye:

1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.
2. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

De acuerdo con lo establecido en las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007, corresponde a las entidades nacionales, a las entidades adscritas al Ministerio de la Protección Social, a las direcciones territoriales de salud, a las entidades promotoras de salud - EPS, a las entidades de los regímenes especiales y de excepción, a las administradoras de riesgos profesionales - ARP, a los prestadores de servicios de salud – IPS, a los resguardos indígenas, y a la sociedad civil en general, adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública.

Para ello se formulará y aprobará el Plan de Salud Territorial a cargo de las direcciones territoriales de salud, comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el plan obligatorio de salud – POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales. Los anteriores planes se formularán en coherencia con los perfiles de salud territorial. Además, se adoptará el sistema de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes y así cumplir con las metas definidas para el cuatrienio.

Por tanto, el Ministerio de la Protección Social previa consulta a expertos y concertación con los actores del sector salud, formula el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, cuyo propósito es definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

Los principios que guían el Plan Nacional de Salud Pública son los siguientes:

- **Universalidad**

Es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

- **Equidad**

La equidad en salud se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y por lo tanto, ninguna persona sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables.

- **Calidad**

Es la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

- **Eficiencia**

Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud, con oportunidad, calidad y suficiencia.

- **Responsabilidad**

Es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad.

La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.

- Respeto por la diversidad cultural y étnica

Es la garantía del respeto, del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud y la Ley 691 del 2001.

- Participación social

Es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión y control social y evaluación del Plan, se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales, y que éstas se concreten en los planes de salud territoriales.

- Intersectorialidad

Es la interrelación y articulación de los distintos actores intra y extra sectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud.

Lo mejor de la respuesta mundial al SIDA formulada hasta la fecha nos ha puesto de manifiesto la absoluta necesidad del liderazgo y el trabajo en equipo. El *Marco Estratégico Mundial sobre el VIH/SIDA* proporciona orientación para la próxima fase. Se basa en enseñanzas adquiridas del pasado para trazar el camino hacia el futuro. Por encima de todo, insta a todos los sectores de la sociedad a liderar el impulso de la respuesta al VIH/SIDA: en las ciudades y aldeas, entre los jóvenes y los que ya no son tan jóvenes, en las empresas y las organizaciones comunitarias, y en los países y continentes. Solamente cuando todas esas fuerzas se sumen en un esfuerzo común, seremos capaces de ampliar nuestro combate contra la epidemia para reducir el riesgo, la vulnerabilidad y el impacto. Del mismo modo que las personas deben cambiar su comportamiento individual para frenar la propagación del VIH/SIDA, el *Marco Estratégico Mundial* insta también a realizar un profundo cambio en la forma de manejar los asuntos comunitarios, nacionales e internacionales. Este reto requiere un nuevo tipo de compromiso extraordinario. Por el futuro de la humanidad, tenemos que estar dispuestos a asumir ese compromiso¹²⁵.

La única manera como puede contenerse la epidemia es por medio de una movilización social a todos los niveles. Son imprescindibles un liderazgo enérgico y creativo desde el nivel superior y un liderazgo desde la base, reunidos en un programa coordinado de acción social sostenida.

¹²⁵ ACOSTA, Blanca. Op. cit., p. 23-28.

El Plan Nacional de Salud Pública, en su tercer objetivo para mejorar la Salud Oral, requiere de la ejecución de acciones en cada línea de política planteada, teniendo presentes las siguientes consideraciones para su gestión, desarrollo y continuidad:

- Las acciones para el mejoramiento de la salud bucal, hacen parte de la obligatoriedad de garantizar el derecho a la salud.
- La garantía del derecho a la salud es una responsabilidad del Estado, pero en su ejercicio existe corresponsabilidad de todos los actores sociales para hacer efectivo ese derecho. Ello implica la integración, articulación, complementariedad y concurrencia de los actores sociales para la gestión de la salud.
- En desarrollo del enfoque poblacional, las acciones para el logro de la salud bucal deben pensarse para ser aplicadas con conocimiento científico y tecnológico, acorde con las especificidades y particularidades de las poblaciones, es decir que el componente de salud bucal debe insertarse de forma transversal a toda la población en el continuo de la vida e independientemente de sus condiciones particulares de género, etnia, raza, condición social, cultural, condición sistémica, etc.
- El mejoramiento de las condiciones de salud implica el mejoramiento de la gestión del sector y de las instituciones, a partir de modificar el paradigma de la atención para la enfermedad hacia el paradigma de acción para la salud.
- Todas las acciones que se propongan o puedan proponerse en la construcción continua, siempre estarán sujetas a ser mejoradas en la medida en que se desarrollen las habilidades y capacidades de la comunidad, de los profesionales y de los organismos e instituciones y se logren resultados en la salud de las personas. Por lo tanto, debe proveerse de espacios y mecanismos para la participación efectiva en la construcción, implementación, evaluación y control social de las políticas públicas de forma continua.
- Finalmente con los presentes lineamientos se asume un compromiso con la consecución de resultados, en términos de alcanzar en un mediano y largo plazo impactos en la salud bucal de la población y por ello las acciones si bien deberán ser monitoreadas en términos de indicadores de proceso y de gestión, deberán evaluarse en términos del cumplimiento de resultados y de impacto¹²⁶.

¹²⁶ TOVAR VALENCIA, Sandra. Plan Nacional de Salud Pública – PNSP (Decreto 3039 de 2007) Componente de Salud Bucal y Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB (Resolución 3577 de 2006). Bogotá D. C. Dic de 2008, p. 9-10. (www.minproteccionsocial.gov.co)

Capítulo 3. Metodología

3.1 Métodos y sujetos

El estudio se realizó en una Institución Prestadora de Servicios de Salud certificada para la atención de personas que conviven con el VIH con una cobertura de 600 pacientes perteneciente al régimen subsidiado y vinculado, sólo el 10% eran de carácter contributivo.

3.1.1 Tipo de estudio

Descriptivo de prevalencia de periodo, durante el periodo de los años 2006 y 2007.

3.1.2 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterio de Inclusión. Usuarios del sistema general de seguridad social en salud convivientes con el virus de VIH-SIDA, que asisten al programa integral de atención en HERES SALUD EU. En Santa Marta, durante el período 2006-2007.

Pacientes que en el momento del estudio eran usuarios del programa promoción y prevención de salud oral.

- Criterios de exclusión. Pacientes que asistían a la consulta médica, pacientes sanos en cavidad oral, pacientes que asistieron en otro período de tiempo

3.1.3 Tipo de muestreo

Probabilística, sistematizada estratificada por años.

3.1.4 Población universo y blanco

- Población Universo. La Unidad de atención durante el período de atención contaba con 670 pacientes, remitidos de las diferentes Entidades prestadoras del servicio de salud.
- Población Blanco. 421 Usuarios del programa de promoción de salud oral en el centro de atención durante el período 2006, 2007.
- Muestra. 224 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión

3.1.5 Tamaño de la muestra

La muestra se calculó estimándose una proporción, con una $p=Q= 0,5$, en donde $N = 421$ historias clínicas, con un error del 5% y un nivel de confianza del 95%,

$$n > \frac{N \cdot p \cdot (1-p)}{\left(\frac{(N-1) \cdot E^2}{Z_{\alpha/2}^2} + p \cdot (1-p) \right)} = 202 \text{ pacientes}$$

- n: Igual Tamaño de muestra
 p: Igual probabilidad de éxito
 Q: Igual a probabilidad de fracaso
 Z: Nivel de confianza al 95% IGUAL 1.96
 E: Igual al error máximo permitido igual 0,05.

3.1.6 Muestreo

La selección de las historias se realizó luego de estratificar por año pacientes 2006, pacientes 2007.

Tabla 3. Población usuaria de la Unidad de Atención privada en pacientes convivientes con VIH/SIDA en el periodo 2006-2007/Santa Marta

Años del estudio	Población (Historias clínicas)	Proceso	Muestra estratificada
2006	173	=173/421*224	92
2007	248	=248/421*224	132
Total	421		224

La selección de la unidad muestra se realizó con el método aleatorio sistematizado utilizando la tabla de números aleatorios. Para las historias del 2006 y el mismo proceso se realizó para el año 2007, Controlando así el sesgo, en donde todos tenían la oportunidad de ser seleccionados. Además, solo se incluyo los pacientes de primera vez de los años en estudio.

3.1.7 Recolección de la información

- Se socializa el proyecto al representante legal de la institución, se hace consulta jurídica, y posteriormente. El representante legal autoriza utilizar los registros clínicos médicos y de odontológica, haciendo la salvedad de no utilizar nombres, y confidencialidad.
- La revisión de historias se realizó en un plan de trabajo concertado con la oficina de estadística y archivo de la institución.
- Para consolidar la información se diseñó una planilla

Se analizaron las historias clínicas ver Anexo A, esta información fue reportada manuscritamente en un elemento de recolección; un formato físico elaborado por el investigador con todas las variables a estudiar. La información fue procesada en Microsoft Excel 2007 en un computador personal. Se diseñó una base de datos Ver anexo B con la información recolectada en el formato anteriormente mencionado, para identificar las lesiones orales y características que presentaron estos pacientes según los registros de historias clínicas. Ver Anexo A.

3.1.8 Procesamiento y análisis

Se realizó una base de datos en Excel 2007, que luego se envió al paquete estadístico SPSS 18 licenciado en la Universidad del Magdalena 33640-001S18CDL-0709WMV18.0. Y EPIINFO versión 3.5.1. Se analizaron a través de medidas de frecuencias, la varianza entre los grupos, se identificó a través de la ANOVA.

3.1.9 Variables

Las variables tenidas en cuenta para la recolección de datos fueron:

Edad. Numérica

Sexo. Binaria

Actividad de desempeño, describe las diferentes actividades realizadas por los pacientes.

Estrato socioeconómico. Describe el estrato socioeconómico según sistema de clasificación socioeconómica SISBEN: I, II, III, IV

Otras Patologías evidenciadas en las historias clínicas

Lugar de residencia del caso

Lesiones en cavidad oral
Estado civil
Escolaridad.

Plan de Análisis

La variable cuantitativa como la edad fue tabulada y sus frecuencias por grupo de edad expresadas en porcentajes con los respectivos intervalos de confianza, si esta no correspondía se aplicaron pruebas no paramétricas.

MACRO VARIABLE	MICRO VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL MEDICIÓN	CATEGORIAS
Socio demográfico	Edad	Número de años cumplidos desde su nacimiento hasta el momento que se recolectó los datos	Cuantitativa	Razón	0.,1,2,3,4,5
	Genero	Condición genotípica	Cualitativa	Nominal	Masculino, Femenino
	Estrato socioeconómico	Estrato según encuesta del SISBEN	Cualitativa	Ordinal	Estrato I; II, III, IV
	Actividad	Actividad diaria desempeñada por el usuario en el momento del estudio	Cualitativa	Nominal	Ama de casa. Estudiante, Independiente,
	Escolaridad				
	Estado civil				
Patologías evidenciadas en las historias clínicas		Enfermedades que presentaron los usuarios en el momento de la consulta	Cualitativa	Nominal	Infecciones gastrointestinales, infecciones respiratorias, enfermedades de la piel
Morbilidad Oral		Enfermedades que presentaron los usuarios en el momento del examen clínico odontológico			Gingivitis Herpes Candidiasis Periodontitis
Titulación de CD4		Células responsables de la respuesta inmunitaria	cuantitativa	ordinal	>600/ul normal <200/ul síntomas VIH

La calidad e información se dio por la revisión sistemática de la información, y aleatoriamente al 10% de las historias clínicas se le hizo control de calidad **auditoria de**

historia clínica se examinaron pacientes. Los pacientes que requerías pruebas de laboratorios se remitieron al especialista.

3.2 Aspectos éticos

Los Comités de Ética de Investigación en Humanos (CEIH) que apliquen los estándares Internacionales en la evaluación ética de proyectos de investigación son un recurso indispensable para garantizar la integridad ética de la investigación en humanos y son esenciales para el desarrollo de la capacidad de respuesta de un país a la necesidad de generar conocimiento. De acuerdo a lo observado en otros países latinoamericanos, se tiene la impresión de que la velocidad de los avances científicos en el campo de las ciencias biomédicas no ha ocurrido paralela con avances semejantes en el campo de la bioética y de la ética de la investigación.

En diciembre del año 2000, The Washington Post publicó una serie de artículos bajo el título de “The Body Hunters” donde denunciaba investigaciones no éticas llevadas a cabo en países pobres por las mayores compañías de medicamentos, por pequeñas firmas de Biotecnología, y por las universidades y el gobierno de los Estados Unidos. El crecimiento de las investigaciones en países periféricos había sido progresivamente desbordante a partir de la década de los noventa.

El interés por desarrollar investigaciones en estos países era asociado al menor costo de las mismas, la mayor rapidez con que podían ser realizadas, la menor oposición por parte de los pacientes que necesitados de medicamentos firmaban el consentimiento con mayor facilidad, y hacía énfasis en los sistemas de regulación y de evaluación ética más débiles. De esta forma los participantes en investigaciones biomédicas quedaban desprotegidos por la debilidad de los sistemas de regulación y de evaluación ética.

Los países periféricos han tenido que hacer un rápido desarrollo de sus cuerpos de ética de investigación, ya sea nacional como institucional.

Casi todos los países latinoamericanos en la década del 90 han formulado normativas de distinto carácter tendientes a regular la investigación clínico farmacológica, aunque en pocos con un desarrollo detenido de los aspectos éticos de la investigación en la que Participen seres humanos y especialmente aquellos que involucren sus condiciones de vulnerabilidad como país pobre. Fue importante el impulso que introdujo la normativa del **Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS)** que promovió la creación de Comités de Ética locales para aprobar investigación Internacional. Ya había sido propuesta por la Asociación Médica Mundial (Helsinki, 1973, Tokio), la necesidad de que se realice una evaluación independiente de los investigadores, en donde se dio un paso más para lograr calidad e independencia en la evaluación de la investigación con seres humanos.

En Colombia al igual que en otros países latinoamericanos en 1993, se publicaron las normas técnicas y administrativas para la investigación en salud, Resolución 008430 del entonces Ministerio de Salud, en la cual se enuncian algunos principios éticos basados en la Declaración de Helsinki, pero no contempla la creación, ni funcionamiento, ni la regulación de los comités de ética de investigación en salud, aunque si exige que deben existir en toda institución que realice investigación biomédica. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Maestría en Salud Pública, y la investigación es clasificada en Categoría B según MPS, por no presentar riesgos para el paciente, solo el de la toma de muestra para las pruebas del laboratorio.

Capítulo 4. Resultados

4.1 Resultados

La investigación se realizó en la Unidad de Atención de carácter privada, certificada como centro de referencia para la atención de pacientes infectados con VIH-SIDA, en donde se analizaron 421 registros clínicos de los cuales se analizó una muestra de 224 historias de personas convivientes con el virus del VIH/SIDA, quienes cumplieron los criterios de inclusión y que fueron atendidos durante los años 2006 y 2007.

La procedencia que mayor frecuencia obtuvo fue la ciudad de Santa Marta con una frecuencia de 104 casos (46.4%), en segundo lugar Ciénaga con una frecuencia de 29 casos (12.9%), en tercer lugar está zona bananera con 18 casos (8%), seguido de plato con 12 casos (5.4%). Ver Tabla 4.

Tabla 4. Procedencia de los usuarios convivientes con VIH -SIDA en un centro de Atención Privada Santa Marta 2006-2007

Municipios procedencia	Recuento	valor de p	Prevalencia
Santa Marta	104	0,464	46,43
Ciénaga	29	0,129	12,95
Zona bananera	18	0,080	8,04
Plato	12	0,054	5,36
El Banco	8	0,036	3,57
Barranquilla	6	0,027	2,68
Fundación	6	0,027	2,68
Aracataca	5	0,022	2,23
El Piñón	5	0,022	2,23
Pueblo Viejo	5	0,022	2,23
Tenerife	3	0,013	1,34
Cerro San Antonio	2	0,009	0,89
El copey	2	0,009	0,89
Riohacha	2	0,009	0,89
Sabanalarga	2	0,009	0,89

Tabla 4. (Continuación)

Santa Ana	2	0,009	0,89
Sitio nuevo	2	0,009	0,89
Villanueva	1	0,004	0,45
Algarrobo	1	0,004	0,45
Dibulla	1	0,004	0,45
El Carmen de Bolívar	1	0,004	0,45
El retén	1	0,004	0,45
Fonseca	1	0,004	0,45
La paz	1	0,004	0,45
Palermo	1	0,004	0,45
Regidor	1	0,004	0,45
Rio frío	1	0,004	0,45
Santa Ana	1	0,004	0,45
Total	224	1	100

De los cuales el promedio de edad fue de 43.73 años, con una (DE de 20.52), y un coeficiente de variación de un 0.46 es decir de un 46%, es una población heterogénea, en donde la edad mínima fue de 0 años y la máxima de 70 años, IC al 95% (43; 57). El grupo de edad que predominó fue el de 2 a 25 años con un 19.28%, seguido de 31 a 35 años con un 16,59%, y en tercer lugar el grupo de 36 a 40 años ver Tabla 5.

Sociodemográficamente se observó que predominó el género femenino con un 57%(129), en su actividad laboral, oficios varios con un 25%(57), seguida de ama de casa con un 20%¹²⁷(46); el estrato socioeconómico uno con el 86%(193); el estado civil soltero con un 37%(83), y unión libre con un 38%(85) Ver Tabla 6.

Tabla 6. Población convivientes con el VIH, según ocupación, estrato socioeconómico, sexo, estado civil, escolaridad en un centro de atención privado de la ciudad de Santa Marta, 2006-2007.

Variables	Categorías	Recuento n=224	P	%
Ocupación	Ama de casa	46	0,2054	20,54
	Trabajadora sexual	28	0,1250	12,50
	Independiente	6	0,0268	2,68
	Oficios varios	57	0,2545	25,45
	Desempleado	2	0,0089	0,89
	Otro	42	0,1875	18,75
	Estudiante	39	0,1741	17,41
	no responde	4	0,0179	1,79
Estrato socioeconómico	Uno	193	0,8616	86,16
	Dos	20	0,0893	8,93
	Tres	11	0,0491	4,91
Sexo	Masculino	95	0,4241	42,41
	Femenino	129	0,5759	57,59
Estado civil	Separado	10	0,0446	4,46
	Divorciado	2	0,0089	0,89
	no responde	21	0,0938	9,38
	Casado	10	0,0446	4,46
	Soltero	83	0,3705	37,05
	Unión libre	85	0,3795	37,95
	Viudo	13	0,0580	5,80
Escolaridad	Primaria	25	0,1116	11,16
	Bachiller	101	0,4509	45,09
	Profesional	15	0,0670	6,70
	Técnico	66	0,2946	29,46
	Analfabeta	7	0,0313	3,13
	no responde	10	0,0446	4,46

La Tabla 7 muestra la prevalencia de los eventos asociados al diagnóstico asociado al VIH, de los 224 registros evaluados, se observó una morbilidad general de un 71%(163) , se evidencia el predominio de las Infecciones gastrointestinales como la diarrea el 8.48%(19) IC 95% (-0,070; 0,240) y diarreas asociadas a otros eventos con 8.04%(18) IC 95% (-0,026 ;0,187), en segundo lugar afecciones de vías respiratorias en un 14%: de éstos Neumonía en un 9%, IC 95% (-0,078; 0,100) neumonías asociadas con un 3%, IC

¹²⁷ LYNN, Jonathan. Op. cit., p. 15.

95% (-0,020; 0,082), y las infecciones de vías respiratorias con un 2%. IC 95% (-0,017; 0,53). Las infecciones de piel prevalece con 11.22% IC 95% (-0,008; 0,026) entre estas observamos la dermatitis, escabiosis, entre otras. Las infecciones de transmisión sexual el 11% de la prevalencia total. Ver Anexo 4.

Tabla 7. Prevalencia de morbilidad asociada a la convivencia de VIH en los usuarios de HERES

Morbilidad	Recuento	%	IC 95 %
Neumonía	20	8,93	(-0,078; 0,100)
Diarrea	19	8,48	(-0,070; 0,240)
Diarrea, asociada a: anemia, cervicitis, hipoacusia, infección urinaria, neuropatía, escabiosis, piodermia, rinofaringitis, Tuberculosis, toxoplasmosis, varicela, dermatitis, otitis, gastroenteritis, gastritis, pérdida de peso, bronquitis cataratas herpes conjuntivitis	18	8,04	(-0,026 ;0,187)
Dermatitis	9	4,02	(-0,037; 0,117)
Otra	9	4,02	(-0,028; 0,108)
Neumonía, dermatitis, gastritis, lumbalgia, diarrea, mialgia, neuropatía toxoplasma, anemia, artritis, fisura perianal	7	3,13	(-0,020; 0,082)
Toxoplasmosis	5	2,23	(-0,021; 0,066)
Toxoplasmosis, Mas Hta.,Herpes genital, rinitis, sinusitis, varicocele	5	2,23	(-0,016; 0,061)
Infección respiratoria aguda	4	1,79	(-0,017; 0,53)
Escabiosis	4	1,79	(-0,017; 0,53)
Dermatitis, diarrea, Hepatitis B, gastritis	4	1,79	(-0,017; 0,53)
Infección respiratoria aguda ,milosis cutánea, parasitosis intestinal, neumonía, dermatitis, gastritis lumbalgia, Epilepsia, herpes genital	4	1,79	(-0,012; 0,048)
Verruga	3	1,34	(-0,013; 0,013)
Citomegalovirus, síndrome de emaciación, toxoplasmosis, infección urinaria	3	1,34	(-0,008; 0,035)
Citomegalovirus	2	0,89	(-0,008; 0,026)
Gonorrea	2	0,89	(-0,008; 0,026)
Varicela	2	0,89	(-0,008; 0,026)
Escabiosis, Citomegalovirus, diarrea	2	0,89	(-0,008; 0,026)
Anemia	2	0,89	(-0,008; 0,026)
Dermatitis, escabiosis, prurito, tiña corporis, síndrome de desgaste	2	0,89	(-0,008; 0,026)
Gastritis epítasis, infección urinaria, criptococosis meníngea	2	0,89	(-0,008; 0,026)
Diabetes, condilomatosis vaginal, tina palmar , hiperqueratosis	1	0,45	(-0,004; 0,013)
Esquizofrenia	1	0,45	(-0,004; 0,013)
Fibroadenoma, lipoma	1	0,45	(-0,004; 0,013)
Tbc, dermatitis	1	0,45	(-0,004; 0,013)
Verruga, ,neumonía, dermatitis, herpes, verruga venérea	1	0,45	(-0,004; 0,013)
Verruga, diarrea	1	0,45	(-0,004; 0,013)
Absceso uretral	1	0,45	(-0,004; 0,013)

La Tabla ANOVA descompone la varianza de enfermedades en dos componentes: un componente entre-grupos y un componente dentro-de-grupos. La razón-F, que en este caso es igual a 1,19086, es el cociente entre el estimado entre-grupos y el estimado dentro-de-grupos. Puesto que el valor-P de la razón-F es mayor o igual que 0,05, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media de enfermedades y el promedio de la edad de los pacientes.

Tabla 8. ANOVA para enfermedades por grupos

Fuente	Suma de Cuadrados	Gl	Cuadrado Medio	Razón-F	Valor-P
Entre grupos	8963,34	12	746,945	1,19	0,2913
Intra grupos	130464,	208	627,231		
Total (Corr.)	139427,	220			

La prevalencia de las enfermedades en cavidad oral está dada por la gingivitis con un 10.27% (23 casos), IC al 95% (0,16; 10,32), seguido de candidiasis pseudomembranosas con un 7,27% (17casos), IC al 95% (0,886; 7,489) herpes con un 3% (6 casos), IC al 95% (0,031; 2,64), en el 64%(143 casos). Ver Tabla 9

Tabla 9. ANOVA para enfermedades en cavidad oral

Morbilidad	Recuento	%	IC AL 95%
Gingivitis	23	10,36	(0,16; 10,132)
Candidiasis pseudomembranosa	17	7,66	(0,886; 7,489)
Candidiasis eritematoso	9	4,05	(0,046; 3,96)
Leucoplasia vellosa	5	2,25	(0,025; 2,022)
Herpes zoster	6	2,70	(0,031 ; 2,64)
Sarcoma de kaposi	2	0,90	(0,010 ; 0,881)
Candidiasis eritematoso, xerostomía	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Candidiasis pseudo membranosa, gingivitis	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Candidiasis pseudo membranosa, xerostomía	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Candidiasis pseudo membranosas, xerostomía	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Eritema gingival lineal, xerostomía	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Gingivitis, candidiasis pseudomembranosa	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Gingivitis, herpes zoster	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Leucoplasia vellosa, candidiasis pseudomenbranosas, gingivitis.	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Periodontitis ulcerativa necrotizante	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Queilitis o estomatitis angular, candidiasis pseudomembranosas, xerostomía	1	0,45	(0,005 ; 0,440)

Tabla 9. (Continuación)

Morbilidad	Recuento	%	IC AL 95%
Sarcoma de kaposi, candidiasis eritematoso	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Xerostomía, gingivitis, candidiasis pseudomembranosa,	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Xerostomía, Leucoplasia vellosa	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Aftas	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Sífilis	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Úlcera	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
Vesícula	1	0,45	(0,005 ; 0,440)
No hay reporte	143	64,41	
Total	222	100	

Los pacientes tienen un promedio en los títulos de CD4 de 274 diluciones por mm^3 , el valor que con mayor frecuencia se observó fue de 290 diluciones por mm^3 , y el 50% de los pacientes tenían más de 320 diluciones por mm^3 de sangre, un coeficiente de variación del 59%, el valor del sesgo estandarizado se encuentra dentro del rango esperado para datos provenientes una distribución normal. El valor de Curtosis estandarizada se encuentra dentro del rango esperado para datos provenientes de una distribución normal Con 95,0% de confianza. Ver Tabla 10.

Tabla 10. Títulos de CD4 de los usuarios convivientes del VIH-SIDA en un centro de atención privada, Santa Marta 2006-2007.

No de paciente	Límite Inferior	Límite Superior	Punto Medio	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. Acum.
	menor o igual	-30,0		0	0,0000	0	0,0000
1	-30,0	3,33333	-13,3333	0	0,0000	0	0,0000
2	3,33333	36,6667	20,0	16	0,0721	16	0,0721
3	36,6667	70,0	53,3333	16	0,0721	32	0,1441
4	70,0	103,333	86,6667	16	0,0721	48	0,2162
5	103,333	136,667	120,0	12	0,0541	60	0,2703
6	136,667	170,0	153,333	3	0,0135	63	0,2838
7	170,0	203,333	186,667	13	0,0586	76	0,3423
8	203,333	236,667	220,0	18	0,0811	94	0,4234
9	236,667	270,0	253,333	10	0,0450	104	0,4685
10	270,0	303,333	286,667	15	0,0676	119	0,5360
11	303,333	336,667	320,0	28	0,1261	147	0,6622
12	336,667	370,0	353,333	16	0,0721	163	0,7342
13	370,0	403,333	386,667	8	0,0360	171	0,7703
14	403,333	436,667	420,0	16	0,0721	187	0,8423
15	436,667	470,0	453,333	13	0,0586	200	0,9009

Tabla 10. (Continuación)

No de paciente	Límite Inferior	Límite Superior	Punto Medio	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada	Frecuencia Rel. Acum.
16	470,0	503,333	486,667	5	0,0225	205	0,9234
17	503,333	536,667	520,0	1	0,0045	206	0,9279
18	536,667	570,0	553,333	8	0,0360	214	0,9640
19	570,0	603,333	586,667	1	0,0045	215	0,9685
20	603,333	636,667	620,0	1	0,0045	216	0,9730
21	636,667	670,0	653,333	5	0,0225	221	0,9955
22	670,0	703,333	686,667	0	0,0000	221	0,9955
23	703,333	736,667	720,0	1	0,0045	222	1,0000
24	736,667	770,0	753,333	0	0,0000	222	1,0000
	mayor de	770,0		0	0,0000	222	1,0000

Correlaciones

La Tabla 11 muestra que no existe una correlación significativa diferente de cero entre las variables y los niveles de CD4 medida por las correlaciones momento producto de Pearson, entre cada par de variables. El rango de estos coeficientes de correlación va de -1 a +1, y miden la fuerza de la relación lineal entre las variables. También se muestra, entre paréntesis, el número de pares de datos utilizados para calcular cada coeficiente.

Tabla 11. Correlaciones entre variables

	Otros diagnósticos	Enfermedades orales	Escolaridad	Estrato	Ocupación	Sexo	CD4	E civil	Edad
Otros Diagnósticos		0,1528 (222)	-0,0076 (222)	0,0746 (222)	-0,0156 (222)	-0,0853 (222)	-0,0060 (222)	0,0591 (222)	-0,0356 (221)
		0,0228	0,9107	0,2684	0,8167	0,2056	0,9286	0,3812	0,5981
Enfermedades orales	0,1528 (222)		0,0341 (222)	0,0342 (222)	0,2085 (222)	-0,1479 (222)	-0,0408 (222)	0,0700 (222)	-0,0969 (221)
	0,0228		0,6135	0,6124	0,0018	0,0275	0,5451	0,2993	0,1509
Escolaridad	-0,0076 (222)	0,0341 (222)		0,0285 (222)	0,0400 (222)	-0,0155 (222)	-0,0185 (222)	-0,1178 (222)	0,0742 (221)
	0,9107	0,6135		0,6724	0,5528	0,8185	0,7838	0,0798	0,2721
Estrato	0,0746 (222)	0,0342 (222)	0,0285 (222)		-0,0467 (222)	0,0868 (222)	0,1161 (222)	-0,0005 (222)	0,0807 (221)
	0,2684	0,6124	0,6724		0,4883	0,1976	0,0843	0,9936	0,2322
Ocupación	-0,0156 (222)	0,2085 (222)	0,0400 (222)	-0,0467 (222)		0,2216 (222)	0,0876 (222)	-0,2521 (222)	-0,2108 (221)
	0,8167 (222)	0,0018 (222)	0,5528 (222)	0,4883 (222)		0,0009 (222)	0,1937 (222)	0,0001 (222)	0,0016 (221)
	0,0000	0,0228	0,9107	0,2684	0,8167	0,2056	0,9286	0,3812	0,5981
Sexo	-0,0853 (222)	-0,1479 (222)	-0,0155 (222)	0,0868 (222)	0,2216 (222)	1,0000 (222)	-0,0084 (222)	-0,0901 (222)	0,2071 (221)
	0,2056	0,0275	0,8185	0,1976	0,0009	0,0000	0,9010	0,1809	0,0020
Sexo	-0,0853 (222)	-0,1479 (222)	-0,0155 (222)	0,0868 (222)	0,2216 (222)		-0,0084 (222)	-0,0901 (222)	0,2071 (221)
	0,2056	0,0275	0,8185	0,1976	0,0009		0,9010	0,1809	0,0020
CD4	-0,0060 (222)	-0,0408 (222)	-0,0185 (222)	0,1161 (222)	0,0876 (222)	-0,0084 (222)		-0,0717 (222)	-0,0200 (221)
	0,9286	0,5451	0,7838	0,0843	0,1937	0,9010		0,2874	0,7674
E civil	0,0591 (222)	0,0700 (222)	-0,1178 (222)	-0,0005 (222)	-0,2521 (222)	-0,0901 (222)	-0,0717 (222)		0,1999 (221)
	0,3812	0,2993	0,0798	0,9936	0,0001	0,1809	0,2874		0,0028
Edad	-0,0356 (221)	-0,0969 (221)	0,0742 (221)	0,0807 (221)	-0,2108 (221)	0,2071 (221)	-0,0200 (221)	0,1999 (221)	
	0,5981	0,1509	0,2721	0,2322	0,0016	0,0020	0,7674	0,0028	

4.2 Discusión

En los pacientes infectados por VIH- SIDA que se estudiaron, las lesiones en cavidad oral que se presentaron fueron: gingivitis en un 10.27 % de los casos, seguido de la candidiasis pseudomemosa en un 7.27%, candidiasis eritematosa en un 4.05% herpes simple en un 3%, este resultado es similar al de estudios publicados por diferentes autores tales como Tovar V. y Cols quienes estudiaron las manifestaciones bucales e alizaron infecciones oportunistas prevaleciendo lesiones como candidiasis 48.7 %, herpes simple 11.7% ; Garibay Lorena y Cols. Revisaron las manifestaciones estomatológicas en pacientes VIH-SIDA, encontraron la prevalencia de lesiones con mayor frecuencia como la candidiasis pseudomembranosa en un 21.9%, candidiasis eritematosa en un 10.1%; Benito Mariluz y Cols¹²⁸. analizaron las manifestaciones bucales en pacientes VIH positivo y su relación con valores de linfocitos CD4, determinaron que la mayor prevalencia estaba dada por lesiones como gingivitis en un 38.05%, seguida la candidiasis bucal 22.22%; Bravo Ines Maria y Cols¹²⁹. Evaluaron la prevalencia de lesiones bucales en pacientes VIH positivo relacionados con el conteo de células CD4, encontraron lesiones asociadas a la infección del VIH entre ellas la candidiasis constituyéndose la entidad patológica más frecuente representada en un 61% de los casos; De Berrazueta Fernandez Roberto¹³⁰ en su Tesis Doctoral Evolucion de las Lesiones orales asociadas al SIDA de origen viral, determino que dentro de las lesiones orales que se presentaron con mayor frecuencia están: Herpes Simple en un 5.11%, leucoplasia Velloso en un 23.94% de los casos; Alvarez Loureiro Licet y Cols¹³¹ estudiaron la situación de la salud oral de niños uruguayos portadores de VIH, dentro de los hallazgos Clínicos observados están candidiasis pseudomembranosa en 7 casos, Candidiasis Eritematosa en 3 casos, queilitis angular 3 casos ; Estigarribia, M y Cols¹³². Realizaron un estudio para identificar las lesiones orales presentes en VIH positivo durante las fases crónicas y final de la enfermedad, encontraron que las lesiones orales más comunes fueron: la candidiasis pseudomembranosa representada en 70% de los casos, seguida del herpes simple, sarcoma de Kaposi.

Se puede considerar que esta diferencia en nuestros pacientes está relacionada con la baja cultura y pocos conocimientos en relación a hábitos de higiene oral, mala higiene oral, todo esto sumado a la inmunosupresión de estos pacientes.

¹²⁸ BENITO URDANETA, Mariluz et al. Manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y su relación con valores de Linfocitos CD4. Op. cit., p. 229-233.

¹²⁹ BRAVO, Inés María et al. Prevalencia de lesiones bucales en pacientes VIH +, relación con conteo de células CD4+ y carga viral en una población Venezolana [en línea]. Op. cit., p. 33-39.

¹³⁰ De BERRAZUETA FERNÁNDEZ, Roberto. Evolución de las lesiones orales asociadas al sida de origen viral. Op. cit., p. 100.

¹³¹ ÁLVAREZ LOUREIRO, Licet; HERMIDA, Laura y CUITIÑO, Eduardo. Situación de salud oral de los niños uruguayos portadores del virus de la inmunodeficiencia humana. Op. cit., p. 23-28.

¹³² GONZÁLEZ ESTIGARRIBIA, Mara; PÉREZ DE MONFERRATO, Adriana and VELÁZQUEZ LLAMAS, Alicia. Op. cit., p. 28-34.

En relación al género en este estudio se encontró que las mujeres predominaron con un 57% y los hombres en 42.41% lo cual difiere de estudios publicados por Garibay. Lorena. Y Cols. en el cual encontraron que de una muestra de 128 pacientes infectados por VIH 74 pacientes pertenecían al género masculino y 57 al género femenino; igual sucede con el estudio publicado por Tovar. V. Y Cols. Quienes realizaron un estudio sobre la prevalencia de candidiasis oral en pacientes VIH-SIDA en 509 individuos de los cuales 119 eran hombres y 32 mujeres; estudio realizado por Benito Mariluz y Cols¹³³. Donde analizaron las manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y su relación con valores de linfocitos CD4 en una muestra de 96 pacientes de los cuales el 87.5 % fueron varones y el 12.5 % mujeres; De Barrezueta Fernández Roberto realizo un estudio para determinar la evolución de las lesiones asociadas a SIDA de origen viral en una muestra de 1140 sujetos donde 781 fueron hombres y 359 mujeres; en el estudio realizado por Estigarribia, M y Cols¹³⁴. Donde identificaron y cuantificaron las lesiones orales presentes en pacientes VIH-SIDA durante las fases crónicas y final de la enfermedad en un total de 30 pacientes, 23 pertenecían al género masculino y 7 al género femenino.

Quesada Peña Susel, González Sánchez Amilcar publicaron un estudio sobre las urgencias estomatológicas en pacientes VIH – SIDA en la clínica estomatológica Docente Yuri Gómez Reinosos en la Habana Cuba con un universo constituido por 32 pacientes de los cuales el género masculino fue el que más predomino en un numero de 22 pacientes¹³⁵.

En cuanto al rango de edad en la presente investigación se encontró que la edad predominante está entre 21 a 25 años de edad lo cual difiere de estudios publicados por otros autores tales como Tovar V. y Cols. donde se encontró que la edad promedio de los pacientes infectados oscila entre los 26 y 35 años de edad; Garibay Lorena y Cols. Estudiaron 128 pacientes VIH positivo para determinar las manifestaciones estomatológicas en pacientes VIH-SIDA, encontraron que la edad predominante estuvo en el grupo de 26 a 35 años de edad representado en 43.8% de la población estudiada; difiere este estudio también del realizado por Benito Mariluz Y Cols¹³⁶. en el cual analizaron una muestra de 96 pacientes donde el promedio de edad estaba entre 29 y 39 años de edad; Álvarez Loureiro Licet y Cols¹³⁷. Estudiaron la salud oral de niños paraguayos portadores de VIH se tomo una muestra de 76 niños y se determino que el rango de edad oscilaba entre 1 y 17 años; igual sucede con el estudio publicado por

¹³³ BENITO URDANETA, Mariluz et al. Manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y su relación con valores de Linfocitos CD4. Op. cit., p. 229-233.

¹³⁴ GONZÁLEZ ESTIGARRIBIA, Mara; PÉREZ DE MONFERRATO, Adriana and VELÁZQUEZ LLAMAS, Alicia. Op. cit., p. 28-34

¹³⁵ QUESADA PENA, Susel y GONZALEZ SANCHEZ, Amílcar. Op. cit., p. 249-256.

¹³⁶ Ibid.

¹³⁷ ÁLVAREZ LOUREIRO, Licet; HERMIDA, Laura y CUITIÑO, Eduardo. Situación de salud oral de los niños paraguayos portadores del virus de la inmunodeficiencia humana. Op. cit., p. 23-28.

Estigarribia, M. y Cols¹³⁸. Quienes estudiaron las lesiones orales presentes en pacientes con VIH-SIDA en una fase crónica y final de la enfermedad, en un total de 30 pacientes VIH Positivo con una edad predominante de 37 años; Quesada Peña Susel y González Sánchez Amílcar publicaron un estudio sobre las urgencias odontológicas en pacientes con VIH- SIDA de la clínica de estomatología Docente Yuri Gómez Reinoso con una muestra contituida por 32 individuos, presentándose un predominio de edad de 31 a 40 años¹³⁹.

Entre los pacientes observados en este estudio se encontró que no existe una relación significativa entre la presencia de patologías orales con los niveles de CD4. Lo cual difiere del estudio realizado por Estrada, J.H, en donde se tomaron 37 con diagnostico de candidiasis oral, se tomaron muestras de sangre y de la cavidad oral para realizar estudios microbiológicos, detectar la infección y medir la relación de los hallazgos inmunológicos con el numero de linfocitos. En los resultados del estudio se encontró que las personas con candidiasis tenían un recuento de linfocitos CD4 inferiores a 200 células, lo era considerado como marcador de SIDA, mientras que las personas sin candidiasis tenían recuento por encima de este valor ; de igual forma podemos discutir que estudios publicados por otros autores tales como Garibay Lorena y Cols ; Bravo Ines Maria y Cols¹⁴⁰ ;De Berrazueta Fernandez Roberto¹⁴¹, las manifestaciones orales se Npresentaron con valores promedios de leucocitos CD4 de 200 cel/mm³.

La publicación que se asemeja a los resultados de este estudio es la realizada por Benito Mariluz y Cols¹⁴². Quienes determinaron que las manifestaciones orales se presentaron con valores promedios mayor de 200 cel /mm³, en el estudio publicado las manifestaciones se dieron con un valor menor de 500 cel/mm³ y en el presente estudio las el valor que con mayor frecuencia se observo fue de 290 cel/mm³.

La presente investigación describe la prevalencia de lesiones en cavidad oral en pacientes infectados con VIH- SIDA la cual es dada por la gingivitis en 10.36 % estos resultados son semejantes con los encontrados en un estudio realizado por Santana y Cols. Quienes hallaron en su investigación una prevalencia de gingivitis del 15.4 % en pacientes convivientes con VIH- SIDA.¹⁴³

¹³⁸ GONZÁLEZ ESTIGARRIBIA, Mara; PÉREZ DE MONFERRATO, Adriana and VELÁZQUEZ LLAMAS, Alicia. Op. cit., p. 28-34

¹³⁹ QUESADA PENA, Susel y GONZALEZ SANCHEZ, Amílcar. Op. cit., p. 249-256.

¹⁴⁰ BRAVO, Inés María et al. Prevalencia de lesiones bucales en pacientes VIH +, relación con contaje de células CD4+ y carga viral en una población Venezolana [en línea]. Op. cit., p. 33-39.

¹⁴¹ De BERRAZUETA FERNÁNDEZ, Roberto. Evolución de las lesiones orales asociadas al sida de origen viral. Op. cit., p. 100.

¹⁴² BENITO URDANETA, Mariluz et al. Manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y su relación con valores de Linfocitos CD4. Op. cit., p. 229-233. ISSN 0001-6365.

¹⁴³ SORTO, Rocío y BÚ FIGUEROA, Efraín. Perfil clínico-parasitológico de pacientes con VIH/SIDA y diarrea crónica atendidos en el Hospital Escuela del 2003 al 2006 [en línea]. Disponible en Internet: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2006/pdf/Vol74-2-2006-2.pdf>

En cuanto a las patologías asociadas que la más frecuente fue la diarrea en un 8.48% de los 224 registros evaluados, lo cual no está de acuerdo con el estudio realizado por García, Coralith. Y Cols. Donde fueron evaluados 217 pacientes convivientes con VIH-SIDA de los cuales 68.66% presentó diarreas frecuentes.¹⁴⁴

La lucha contra la epidemia requiere el estudio de los determinantes sociales, económicos y culturales que la hacen vulnerable, es necesario hacer un abordaje que integre el tema del VIH-SIDA con la salud sexual y reproductiva.

Esta perspectiva permite conocer las inquietudes de la población, comprender las preferencias sexuales y estimular al cuidado de su salud sexual y reproductiva, esto permite avanzar en el diseño de propuestas solidas y pertinentes.

Extender esta experiencia de realizar estudios a nivel local, regional y departamental para evaluar la prevalencia de lesiones en cavidad oral en pacientes VIH/SIDA e invitar a las IPS del departamento del magdalena al diseño de un protocolo de manejo para la atención medica y odontológica de pacientes convivientes con el VIH/SIDA, ayudaría a mejorar las perspectiva, este protocolo debe ser exigido en el momento de la habilitación de la IPS así como se exigen otros documentos mas.

Prevenir la transmisión del VIH, mejorar la calidad de vida de estos pacientes, evitar que el VIH progrese a sida, reducir los costos de los tratamientos y la muerte por la enfermedad deben ser el objetivo principal del plan de salud pública nacional, departamental y local.

¹⁴⁴ GARCIA, Coralith, RODRIGUEZ, Evelyn, DO, Natalie et al. Parasitosis intestinal en el paciente con infección VIH-SIDA. Rev. gastroenterol. Perú. [online]. ene./mar 2006, vol.26, no.1 [citado 02 Diciembre 2011], p.21-24. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292006000100003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1022-5129

Conclusiones

Después del análisis de los resultados de este estudio se evidencio que la gingivitis se relaciona fuertemente con los pacientes infectados con VIH – SIDA, sin tener en cuenta el estado inmunológico del paciente.

La candidiasis oral tiene un gran valor clínico, ya que hace parte de una de las manifestaciones orales que pueden ser determinantes para el diagnostico del VIH-SIDA, el tipo de candidiasis pseudomembranosa fue la que predomino en los pacientes evaluados.

Es de gran importancia que el odontólogo tenga un amplio conocimiento de las manifestaciones orales del VIH – SIDA en la cavidad oral, ya que puede ser el primer profesional del área de la salud que pueda sospechar de la enfermedad.

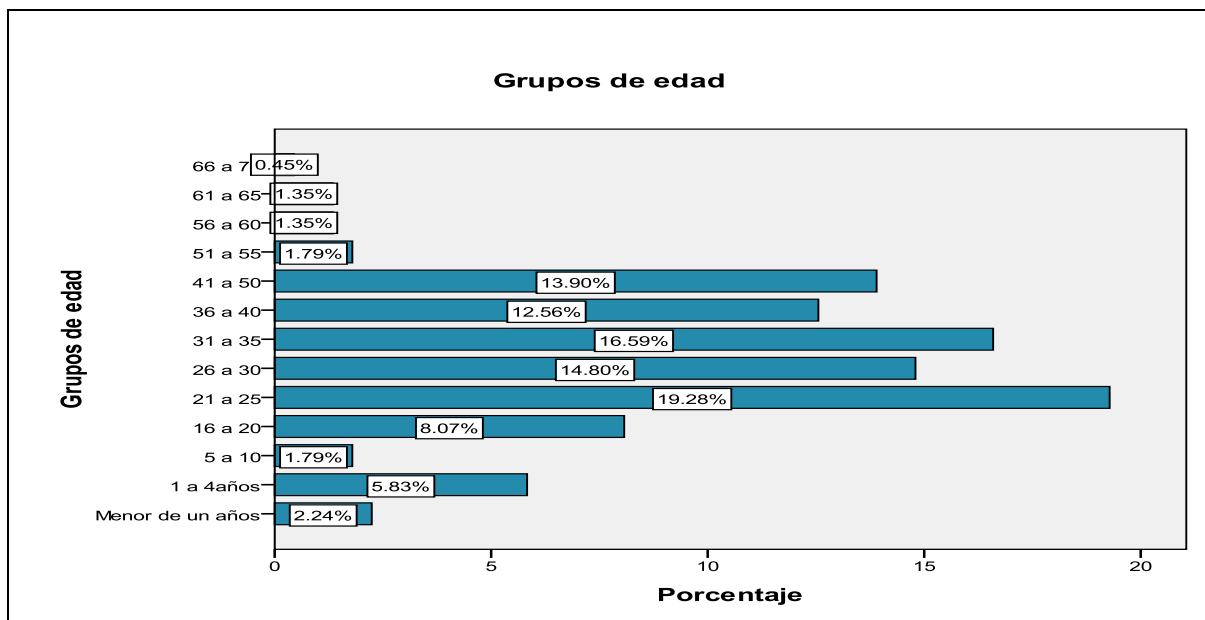
Esta investigación hace un gran aporte a la entidad objeto de estudio, debido a que no existen estudios que evidencien la prevalencia de las lesiones orales en pacientes convivientes con VIH-SIDA, es de gran valor para esta institución que en su equipo de trabajo interdisciplinario se incluya un estomatólogo para la atención en cavidad oral de estos pacientes, ya que es un profesional del área de la odontología capacitado para ejercer esta función.

A. Anexo: Formato historia clínica odontológica

HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA		
DATOS PERSONALES		
APELLIDOS: _____ C.C. _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ DIR. RESIDENCIA: _____ OCUPACION: _____ EMPRESA: _____ NOMBRE DEL PADRE O MADRE: _____ NOMBRE DEL MEDICO: _____ HISTORIA No. _____	NOMBRE: _____ SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL: _____ TEL.: _____ E-MAIL: _____ TEL.: _____ TEL.: _____ FECHA: _____	
ANTECEDENTES MEDICOS		
SISTEMA RESPIRATORIO:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUALES _____
SISTEMA CARDIOVASCULAR:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUALES _____
SISTEMA GASTRICO:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUALES _____
SISTEMA GENITOURINARIO:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUALES _____
SISTEMA NEUROLOGICO:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUALES _____
VIRALES E INFECCIOSAS:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUALES _____
ENFERMEDADES METABOLICAS:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUALES _____
INGESTION DE MEDICAMENTOS:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUALES _____
ALERGIAS:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUALES _____
ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUALES _____
EMBARAZO:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUALES _____
OBSERVACIONES: _____		
MOTIVO DE CONSULTA: _____		
ULTIMA VISITA AL ODONTOLOGO _____		
EXAMEN ESTOMATOLOGICO:		
	NORMAL	PATOLOGICO
LABIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMISURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUSCULOS DE LA CARA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GANGLIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PALADAR DURO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PALADAR BLANDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENCIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRISO DE BOCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LENGUA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GARRILLOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

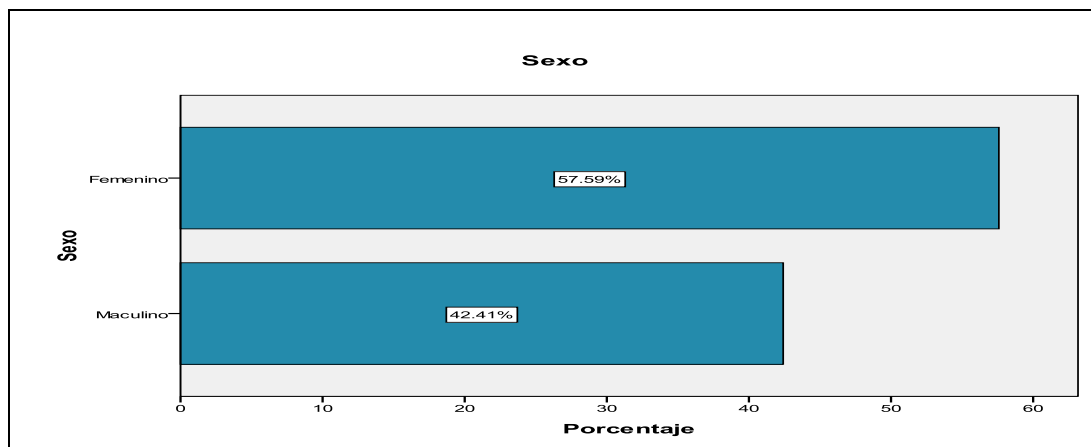
Anexo C: Figuras

Figura 1. Población conviviente con VIH, según la edad, de un centro de atención privado de la ciudad de santa Marta, 2006-2007



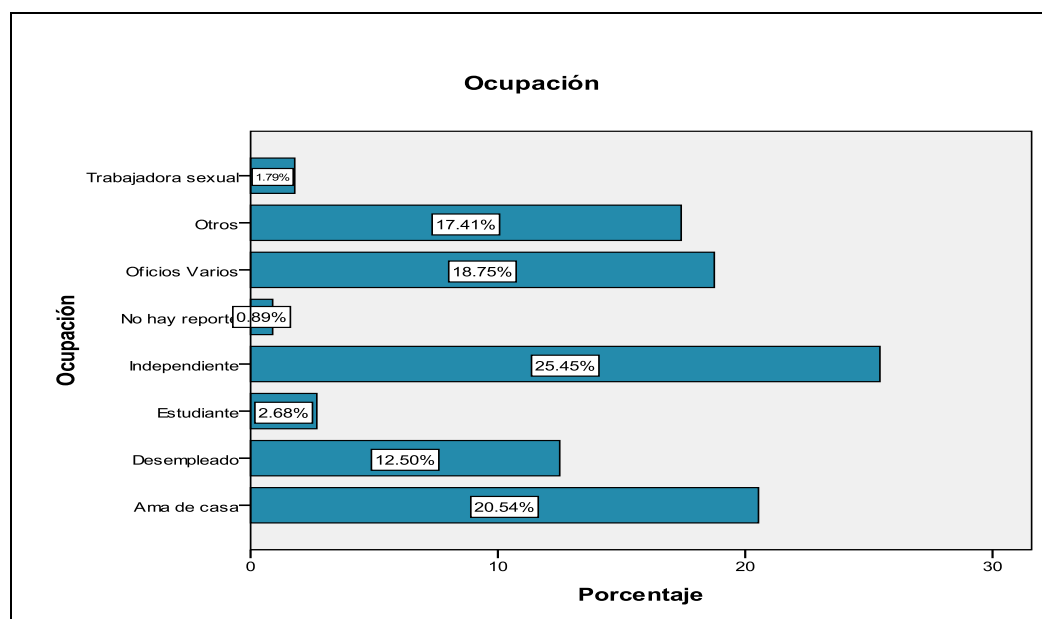
Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de la IPS privada.

Figura 2. Población convivientes con el VIH, según sexo de un centro de atención privado de la ciudad de Santa Marta, 2006-2007



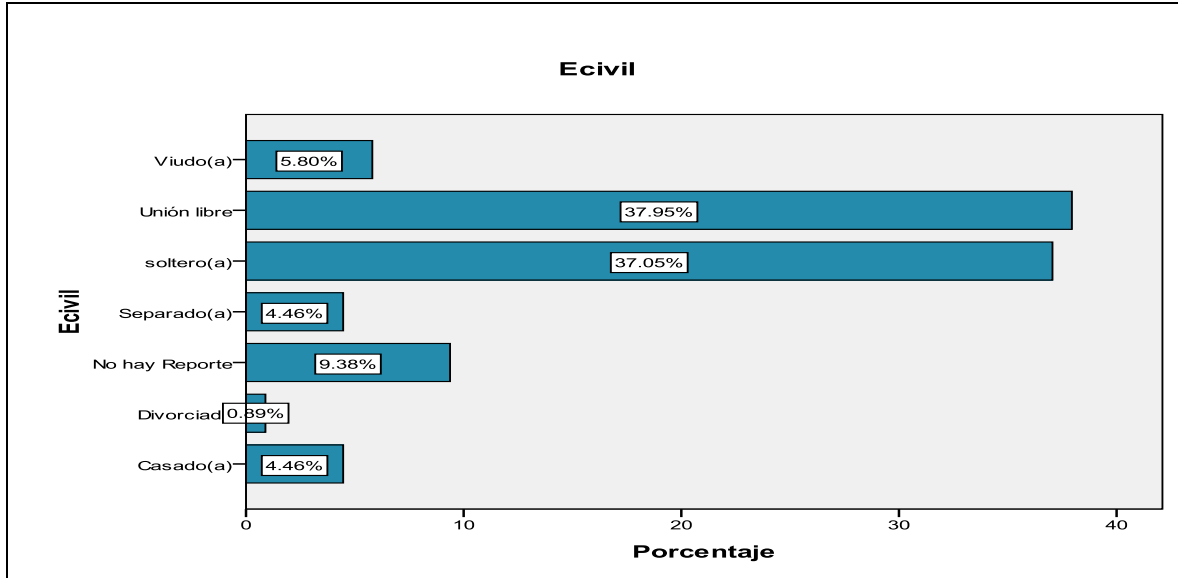
Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de la IPS privada.

Figura 3. Usuarios convivientes con el VIH, según actividad laboral de un centro de atención privado de la ciudad de Santa Marta 2006-2007.



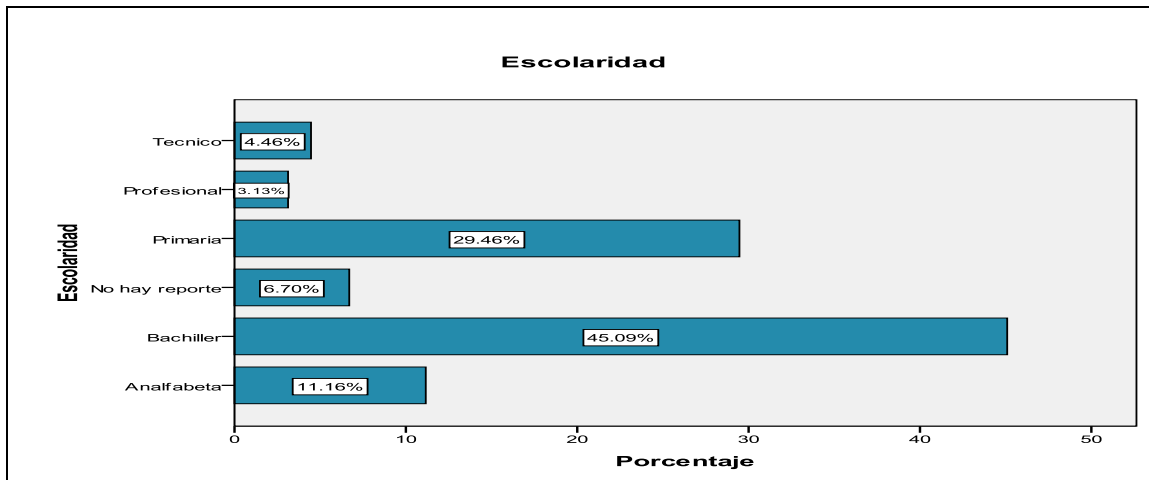
Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de la IPS privada

Figura 4. Usuarios convivientes con el VIH, según estado civil de un centro privado de la Santa Marta 2006-2007.



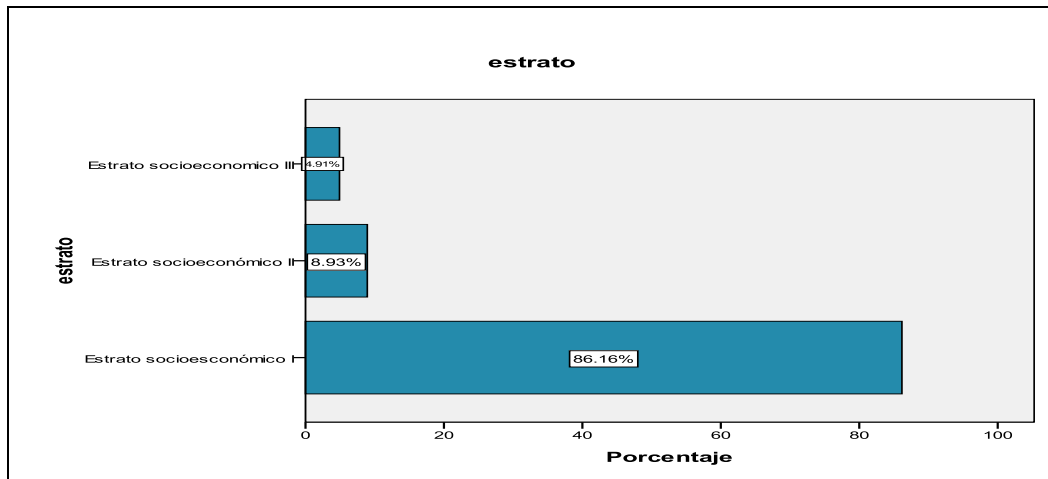
Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de la IPS privada.

Figura 5. Escolaridad de los usuarios convivientes con el VIH, en una IPS, privada Santa Marta 2006-2007



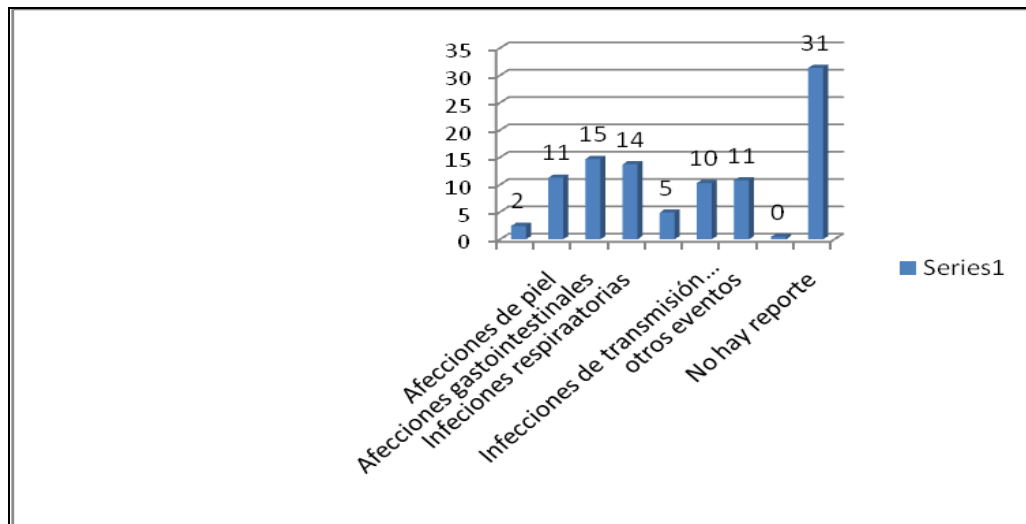
Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de la IPS privada

Figura 6. Estrato socioeconómico de los usuarios convivientes con el VIH, en un centro privado de la ciudad de Santa Marta 2006-2007.



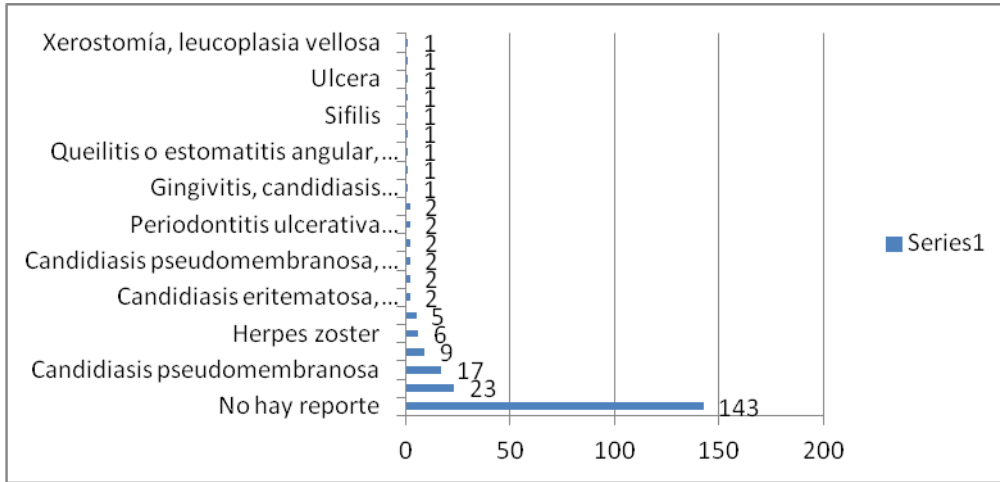
Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de la IPS privada

Figura 7. Prevalencia de eventos clínicos asociados de los usuarios convivientes del VIH, en una IPS privada de la ciudad de Santa Marta 2006-2007.



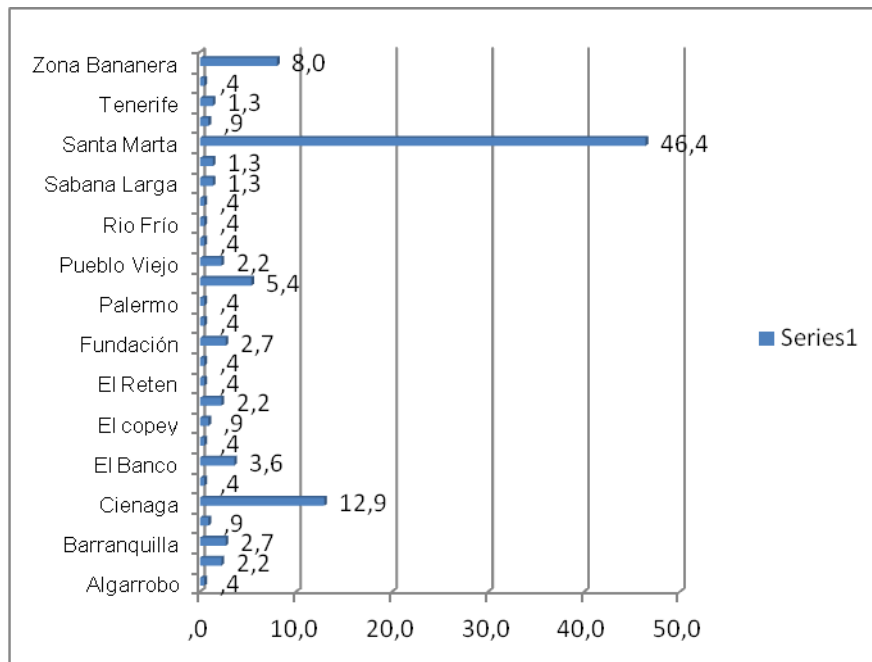
Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de la IPS privada

Figura 8. Prevalencia de eventos clínicos en cavidad oral en usuarios convivientes del VIH, en una IPS privada de la ciudad de Santa Marta 2006-2007



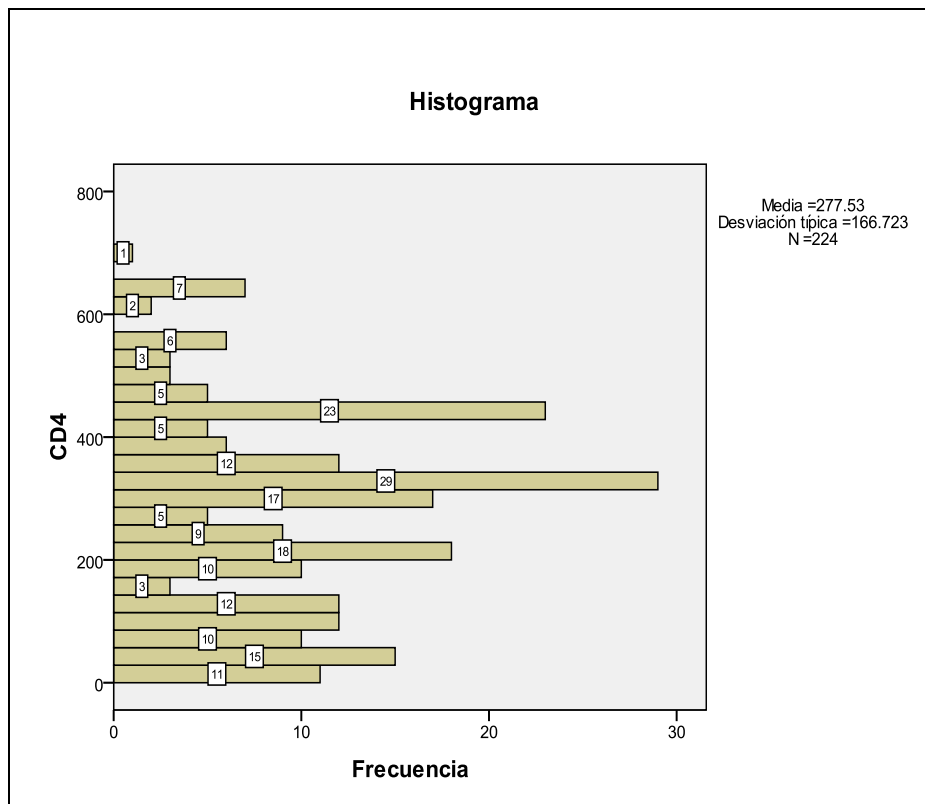
Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de la IPS privada

Figura 9. Procedencia de los usuarios convivientes del VIH, en una IPS privada de la ciudad de Santa Marta 2006-2007



Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de la IPS privada

Figura10. Títulos de CD4 de los usuarios convivientes del VIH, en una IPS privada de la ciudad de Santa Marta 2006-2007



Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de la IPS privada

Bibliografía

ACOSTA, Blanca. Atención al paciente VIH-SIDA: Legislación y bioseguridad odontológica en Colombia [en línea]. En: Acta bioeth. 2006, vol. 12 no. 1, p. 23-28. Disponible en Internet: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/554/Resumenes/55412103_Resumen_1.pdf

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Guía para el manejo del VIH-SIDA basada en la evidencia. Bogotá: El ministerio. 2005, p. 36.

CONDE GUTIÉRREZ, Fernando. Escenarios de futuro del VIH-Sida: de la enfermedad «acontecimiento» a la cronicidad difusa. Del estigma moral a las zonas más centrales de la vulnerabilidad social [en línea]. En: Rev. Esp. Salud Pública. 1997, vol. 71 no. 1, p. 1-7.

ESTRADA MONTOYA, John. Atención odontológica integral a personas que viven con VIH-SIDA (pvvs) en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá. En: Acta odontológica Colombiana. Enero - Junio, 2011, vol. 1 no. 1, p. 99-106.

FARRERAS, P. y ROSMAN, C. Medicina Interna. 12a. ed. Madrid España: Mosby-Doyma Libros S.A. 1997.

GARIBAY, Lorena et al. Manifestaciones estomatológicas en pacientes VIH/SIDA [en línea]. En: Odontol. Sanmarquina. 2007, vol. 10 no. 1, p. 39-40. Disponible en Internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2007_n1/pdf/a12.pdf

GREENSPAN, Deborah and GREENSPAN, John. HIV-related oral disease. In: The Lancet. 1996, vol. 348 Issue 9029, p. 729-733.

KERDPON, D. et al. Oral manifestations of HIV infection in relation to clinical and CD4 immunological status in northern and southern Thai patients. In: Oral Dis. 2004, vol. 10 Issue 3, p. 138-144.

LIFSON, Alan R. Oral lesions and epidemiology of HIV. In: GREENSPAN, John and GREENSPAN, Deborah. editores. Oral manifestations of HIV infection: Proceedings of 2nd International workshop on the oral manifestations of 3. 1995, p. 38.

LOPEZ JORNET, Pía. Alteraciones de las glándulas salivales. Murcia: Editorial Universidad de Murcia. 2002, p. 105.

LYNN, Jonathan. Malaria, sida y tuberculosis están en retroceso: Fondo Mundial. Bogotá, 2010.

MIZIARA, ID and WEBER, R. Oral candidosis and oral hairy leukoplakia as predictors of HAART failure in Brazilian HIV-infected patients. In: Oral Dis. 2006, vol. 12 Issue 4, p. 402-7.

MOLINA, Maria de Jesus. Manifestaciones Orales de Sida [en línea]. En: Dermatología peruana. Versión electrónica. Sept 2000, Edición especial. Disponible en Internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/es_%20set%202000/oral_sida.htm
m

ONUSIDA. El VIH como un problema de Salud Pública. Ginebra, 2002.

ONUSIDA. Marco Estratégico Mundial sobre el VIH-SIDA. 2001.

ONUSIDA. Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH-SIDA. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Programa de Publicaciones. PENUELA, Marta et al. Strengthening the prevention of HIV/AIDS - related oral disease: A global approach. In: Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2004, vol. 32, p. 399-401.

ROCA, Bernardino. Adherencia, efectos secundarios y eficacia de tres estrategias de tratamiento antirretroviral [en línea]. Tesis. Doctorado. Departamento de medicina. Universidad de Barcelona - España. 2001. 41 p. Disponible en Internet: <http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/2147/TD2Dic00.pdf?sequence=1>

RODRÍGUEZ, Luisa. Caracterización de conocimientos, actitud y uso del condón masculino en población de riesgo de contraer VIH- SIDA [en línea]. Tesis. Maestría en salud pública. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba. 2005. 97 p. Disponible en Internet:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/luisa_rosina_rodriguez_alonso_tesis.pdf

SANTANA, Garay. Oral candidiasis high risk patients as the initial manifestation of acquire immunodeficiency síndrome. In: N Engl J Med. 1984, vol. 311 no. 6, p. 354-358.

SCHOOFS, Mark. El virus: pasado y futuro [en línea]. En: Sida la agonía de África. Cap. 4. España: El mundo.es. 2000. Disponible en Internet:

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/pulitzer/capitulo4.html>

TIERNEY, Lawrence M. y De la GARZA, Víctor. Diagnóstico clínico y tratamiento. 41^a edición. Editorial Manual Moderno. 2006. 1627 p.

TOVAR VALENCIA, Sandra. Plan Nacional de Salud Pública – PNSP (Decreto 3039 de 2007) Componente de Salud Bucal y Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB (Resolución 3577 de 2006). Bogotá D. C. c de 2008, p. 9-10. (www.minproteccionsocial.gov.co)

TOVAR, Vilma et al. Manifestaciones bucales e infecciones oportunistas más frecuentes encontradas en 208 pacientes con infección por VIH/SIDA. En: Acta odontol Venez. 2002, vol. 40 no. 3, p. 260-264.

DOCUMENTOS

ABAD GÓMEZ, Héctor. Informe balance social 2009. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia .Medellín. 2009.

AXELL, T. et al. An update of the classification and diagnostic criteria of oral lesions in HIV infection. In: J Oral Pathol Med. 1991, vol. 20 Issue 3, p. 97-100.

BRAVO, Inés María. Lesiones bucales en pacientes VIH/SIDA y su relación con la carga viral y el conteo de la sub población de células CD4. Trabajo de Grado. Magíster Scientiarum en Medicina Bucal. Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela Mayo 2003.

CAMPO, Julian et al. Dental management of patient's immunodeficiency virus. In: Quintessence Int. 2003, vol. 34 no. 7, p. 515-525.

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Decreto No 3039 de agosto del 2007, por el cual se adopta el plan de salud publica 2007-2010. Bogotá. 2007.

COLOMBIA. Secretaria de Salud Departamental. Metas Departamentales del Milenio. Santa Marta.

COLOMBIA. Secretaría de Salud Distrital. Grupo de Epidemiológica. Perfil Epidemiológico VIH/SIDA 2006-2007.

GREENSPAN, Deborah. Opportunistic Infections of themouth. The AIDS Knowledge Base Jan; 1994.

GUEVARA SILVA, Sucel. Clínica estomatológica provincial docente Santiago de Cuba, 19 p.

KLEIN, RS. Oral Candidiasis high -risk patients as the initial manifestation of acquire inmunodeficiency síndrome. In: N Engl J Med. 1984, vol. 311, p. 54.

MACHADO, Jorge y MARTÍNEZ, José. Asociación Tuberculosis y VIH en pacientes de Pereira- Colombia. En: Colombia médica. 2005, vol. 36 no. 4, p. 239-243.

MARTÍNEZ, Alexander; CALDERÓN, Tania y CORTES, Jorge. Características clínicas los pacientes positivos para el VIH que consultaron por primera vez al hospital central de Manputo (Mozambique), diferencias entre la situación de África y la de Colombia. In: Infectio. 2007, Vol. 11 no. 3, p. 104-110.

MELNICK, SI, et al. A guide for epidemiological studies of oral manifestations of VIH infections. Geneva: WHO. 1993.

MIGUEL, Laura. Evaluación de calidad de vida en personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH. Tesis maestría. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona- España. 2001.

MIRANDA, María Consuelo. Comités de ética de investigación en humanos: una experiencia colombiana. Universidad del Bosque. En: Revista Colombia de Bioética. Bogotá. 2006, vol. 1 no. 1, p. 142-148.

PORTER, SR. et al. Orofacial manifestations of a group of British patients infected with HIV-1. In: Oral Pathol Med. 1989, vol. 18 no. 1, p.47-48.

RODRÍGUEZ, Lorena Elvira y ZÁRATE, Luis Cisneros. Práctica privada 2. Departamento Académico Medicoquirúrgico. Facultad de Odontología. Odontol. Sanmarquina; 2007.

SAAVEDRA, CH. Epidemiología de la infección por el VIH. In: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). Solus Holos (edición especial). Bogotá; 2001. p. 8-58.

SANTANA, Yrma; NAVAS, Rita; MORÓN, Alexis; CHAPARRO, Neira; GARCÍA, Roberto y SUÁRE, Ivette. Investigadores de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, 2008.

SCHULTEN, Eajm; TENM Cate and VAN DER, Waal I. Oral manifestations of HIV infection in 75 Dutch patients. In: J Oral Pathol Med. 1989, vol. 18 no. 1, p. 42-6.

SCHULTEN, Eajm; TENM Cate and VAN DER, Waal I. Oral manifestations of HIV infection in 75 Dutch patients. In: J Oral Pathol Med. 1989, vol. 18 no. 1, p. 42-6.

SHARMA, G. et al. Oral manifestations in HIV/AIDS infected patients from India. In: Oral Dis. 2006, vol. 12 no. 6, p. 537-42.

SHIBOSKI, CH. Et al. Human immunodeficiency virus-related oral manifestations and gender. A longitudinal analysis. In: Arch Intern Med. 1996, vol. 28 no. 156, p. 2249-54.

SILVERMAN, S. et al. Oral findings in people with or at high risk for AIDS: a study of 375 homosexual males. In: JADA. 1986, vol. 112 no. 2, p. 187-92.

SIMOSA M., María Eugenia. Enfermedad periodontal del paciente con Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA). Post grado de Periodoncia U.C.V. Caracas; 2.001

SONDERGAARD, J. et al. Ethnic and geographic differences and similarities of HIV/AIDS-related mucocutaneous diseases. In: Int J Dermatol. 1995, vol. 34 no. 6, p. 416-9.

STREAM, Carol. HIV infection. Jan 31 st – Feb 3rd 1993. In: Quittesence Publishing. 1995, p. 362-65.

SYRJANEN, S. et al. Oral candidal infection as a sign of HIV infection in homosexual men. In: Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1988, vol. 65 Issue 1, p. 36-40.

TOVAR, Vilma et al. Prevalencia de candidiasis bucal en pacientes VIH/SIDA. Estudio Retrospectivo. En: Acta odontol. Ago. 2004, vol. 42 no. 2, p.16-19.

VINANCCIA, Stefano et al. Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH-SIDA en adolescentes colombianos. In: Terapia psicológica. Cali 2007, vol. 25 no. 1, p. 39-50.