

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COORDINACION GENERAL DE
PROCESOS DE GRADUACIÓN



TRABAJO DE GRADUACIÓN
PARA OBTENER EL TITULO DE
DOCTOR EN CIRUGÍA DENTAL

“DIAGNÓSTICO CLÍNICO BUCAL DE LOS PACIENTES VIH POSITIVOS,
PERTENECIENTES A LA FUNDACIÓN NACIONAL PARA LA
PREVENCIÓN, EDUCACION Y ACOMPAÑAMIENTO DE LA PERSONA
VIH/SIDA”

AUTORAS:

SANDRA CAROLINA BENÍTEZ
JUANA GUADALUPE ESTRADA ROCHAC DE TOLENTINO
ENA LIZETH MANCÍA RAMÍREZ

DOCENTE DIRECTORA:

DRA. FLORENCE JUANA MARÍA CUADRA ZELAYA

CIUDAD UNIVERSITARIA, JUNIO 2010.

AUTORIDADES

RECTOR

M.Sc. RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ

VICE – RECTOR ACADÉMICO

ARQ. MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS

VICE – RECTOR ADMINISTRATIVO

Mae. OSCAR NOÉ NAVARRETE

DECANO

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO

VICE – DECANO

DR. JOSÉ SAÚL RAMÍREZ PAREDES

SECRETARIA

DRA. ANA GLORIA HERNÁNDEZ DE GONZÁLEZ

DIRECTORA DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

DRA. AÍDA LEONOR MARINERO DE TURCIOS

COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

DRA. RUTH FERNÁNDEZ DE QUEZADA

JURADO EVALUADOR

DRA. OLIVIA ANGÉLICA GARAY DE SERPAS
DRA. FLORENCE JUANA MARÍA CUADRA ZELAYA
DR. JAIME ENRIQUE RENDEROS

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios Todopoderoso que me ha dado todo en la vida y la Virgen María que me han permitido culminar con éxito mis estudios universitarios.

Agradezco también a ese ser maravilloso que amo tanto, mi madre, que con sus sabios consejos y su gran esfuerzo por sacarme adelante, ahora me veo como toda una profesional y a este esfuerzo se suman mis seis hermanos/as.

A todos mis compañeros/as de estudio que estuvieron conmigo a lo largo de mi carrera. En manera muy especial a mis compañeras de tesis: Guadalupe y Ena por que juntas logramos sacar adelante este gran proyecto. A Keilly Mejía, Lucia Carranza y Jairo Vaquerano por ser mis grandes amigos.

A mi complemento Nicolás Mejía, al cual amo y respeto por todo su apoyo y comprensión.

Y de manera muy personal a mi asesora Dra. Florence Cuadra, por su gran esfuerzo, dedicación y paciencia en transmitirnos sus conocimientos. A FUNDASIDA y a los pacientes que formaron parte de esta investigación, pues sin ellos nada hubiera sido posible. De igual manera agradezco a Laboratorios Urquílla por su donación y a la clínica MAGICDENTAL por su colaboración.

SANDRA CAROLINA BENÍTEZ

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a Dios Todopoderoso por darme perseverancia para llegar a esta meta.

Agradezco a mi madre Josefa Rochac Viuda de Estrada, a mi hermana Nuria Margarita Estrada y a mi hija María Teresa Tolentino por su apoyo incondicional.

Agradezco a mis amigos y compañeros, especialmente a mis compañeras de tesis, Sandra Carolina Benítez y Ena Lizeth Mancía Ramírez y a mi asesora de tesis Dra. Florence Juana María Cuadra Zelaya por su comprensión y amistad.

Agradezco muy especialmente la contribución del Sr. Nicolás Urquílla por donar prótesis dentales a través de su Laboratorio Dental y a la clínica MAGICDENTAL por su colaboración.

JUANA GUADALUPE ESTRADA DE TOLENTINO

AGRADECIMIENTOS

Agradezco de una manera infinita a Dios Todopoderoso por darme la oportunidad de alcanzar esta meta de gran importancia y bendecirme en toda mi carrera. A mis padres José Armando Mancía Domínguez y María Consuelo Ramírez de Mancía por ser fundamento importante en mi vida y brindarme apoyo incondicional y mis mejores amigos, personas ejemplares de perseverancia y esfuerzo para realizar todas las cosas de bien en la vida.

A mi hermana Aldo de Jesús Ramírez, por brindarme su apoyo, a mi futuro esposo Edwin Alexander Alvarenga Molina por brindarme todo su apoyo, dedicación durante toda la carrera

A mi asesora de tesis Dra. Florence Juana María Cuadra por transmitir y compartir, sus valiosos conocimientos de manera incondicional. A mis compañeras y amigas Sandra Carolina Benítez y Guadalupe de Tolentino.

A mis docentes de la FOUES que han sido un ejemplo a seguir y por transmitirme de sus conocimientos, de FUNDASIDA y a las personas, que forman parte de la institución. De igual manera agradezco a Laboratorios Urquílla por su apoyo y a la clínica MAGICDENTAL por su valiosa colaboración.

ENA LIZETH MANCÍA RAMÍREZ

DEDICATORIA

En primer lugar dedicamos este esfuerzo a Dios Todopoderoso. En segundo lugar a nuestros padres, amigos, docentes, compañeros, a FUNDASIDA y a todas aquellas personas que han contribuido de alguna manera en nuestra formación tanto humana como académica.

CAROLINA, GUADALUPE Y ENA.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCIÓN.....	11
I. OBJETIVOS.....	13
I.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
I.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
II. MARCO TEÓRICO.....	14
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	27
IV. RESULTADOS.....	35
V. DISCUSIÓN.....	54
VI. CONCLUSIONES.....	60
VII. RECOMENDACIONES	61
- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
- ANEXOS	

RESUMEN

Las lesiones bucales que se presentan en pacientes PVVS son un signo muy fundamental para detectar la enfermedad en su etapa inicial, así como también conocer si la enfermedad ha avanzado a la etapa de SIDA.

Esta investigación trata sobre el diagnóstico clínico bucal en pacientes PVVS, que se realizó en las instalaciones de FUNDASIDA, durante los meses de febrero a abril de dos mil diez, contando con la participación de treinta pacientes de ambos sexos entre las edades de dieciséis a setenta años, la mayoría están bajo tratamiento antirretroviral y cada uno de ellos lleva un chequeo médico donde se les evalúa los niveles de CD4 y carga viral.

Posterior a la recolección de todos los datos, estos se procesaron a través del programa estadístico SPSS por sus siglas en inglés (Statistical Package for the Social Sciences versión Pasw18), realizando un análisis de frecuencia con variables. El objetivo de esta investigación estaba dirigido al diagnóstico clínico bucal en los pacientes PVVS, pertenecientes a FUNDASIDA, donde se observó la presencia de lesiones fúngicas en la que se destaca la Candidiasis Eritematosa en un 20%, al igual que la Queilitis Angular 20%, y la Candidiasis Pseudomembranosa con él 6.6% y entre las lesiones de tipo vírales se encontró que el Herpes Simple Tipo I en un 6.6 % al igual que la Leucoplasia Velloso en un 6.6% y las manifestaciones de tipo bacterianas se encontró la Gingivitis que se dio en un 53.3% que no precisamente están asociadas a la infección de VIH/SIDA, al igual que la Caries Dental en un 93.3 %, seguido de Xerostomía 66.6% que en la mayoría de los casos esta relacionada al tratamiento antirretroviral, entre otras manifestaciones se encontró la Hiperqueratosis causado por traumatismos en 3.3%, al igual que la Estomatitis Aftosa Recidivante, Estomatitis Aftosa Menor en un 3.3%.

INTRODUCCIÓN

Dos décadas han transcurrido desde la aparición del primer caso de VIH/SIDA en El Salvador, desde entonces la epidemia se ha propagado rápidamente, afectando a miles de salvadoreños(as) sin distinguir edad, sexo, clase social o creencia religiosa, representando un gran reto para la sociedad, instituciones de salud y sus profesionales tanto para la esfera preventiva como la asistencial.¹

Al progresar el VIH aparece el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), una enfermedad infectocontagiosa que adquieren miles de personas a nivel mundial, siendo El Salvador un país, que no se encuentra exento de esta enfermedad y según datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador (MSPAS), existen a la fecha 22,210 casos de personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS), donde los jóvenes son el grupo más afectado con esta enfermedad.² Convirtiéndose así uno de los desafíos más importantes en enfermedades infectocontagiosas para la salud pública, debido a que cada año aumenta el número de casos, pues las prácticas de prevención no pueden ser llevadas a cabo adecuadamente por falta de concientización de las personas y por no existir un tratamiento curativo a la fecha.

Los pacientes PVVS poseen mayor riesgo de sufrir infecciones bucales oportunistas por presentar su sistema inmunológico deprimido, debido a su enfermedad de base, estas lesiones pueden ser de origen fúngicas, virales o bacterianas, así como también de origen desconocido, y una de las partes del cuerpo humano donde primero se manifiestan estas infecciones oportunistas, es en la cavidad bucal y según un estudio realizado por el MSPAS donde reporto que más del 40% de las personas viviendo con VIH y mas del 90% con SIDA, presentan alguna manifestación bucal, a lo largo del desarrollo de la enfermedad; dentro de las cuales se encuentran: las Periodontopatías Atípicas (Gingivitis y Periodontitis Ulcero Necrotizante),

Candidiasis Bucal (Pseudomembranosa y Queilitis Angular), Leucoplasia Velloso, Sarcoma de Kaposi, Herpes Simple y Úlceras Aftosas Recurrentes.¹

A nivel nacional existen instituciones que brindan atención médica y psicológica a personas con VIH/SIDA; una es la Fundación Nacional para la Prevención, Educación y Acompañamiento de la Persona VIH/SIDA (FUNDASIDA), es una institución sin fines de lucro no gubernamental, que no cuenta con atención Odontológica de ningún tipo ya que no posee el equipo, ni el personal adecuado que evalúe y diagnostique enfermedades estomatognáticas relacionadas con PVVS.

Por lo tanto el objetivo del presente estudio fue realizar el Diagnóstico Clínico Bucal de los pacientes PVVS, pertenecientes a FUNDASIDA, para establecer cuales son las lesiones bucales presentes en este tipo de pacientes, para lo cual fue necesario realizar la anamnesis y examen extra e intrabucal.

I. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Realizar el diagnóstico clínico bucal de los pacientes VIH positivos, pertenecientes a FUNDASIDA.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Establecer los datos sociodemográficos de los pacientes PVVS que asisten a FUNDASIDA.
- b) Conocer el resultado de los exámenes de laboratorio clínico.
- c) Identificar la presencia de manifestaciones clínicas causadas por enfermedades fúngicas, virales y bacterianas, así como otras lesiones de origen desconocido, a nivel de la cavidad bucal.
- d) Determinar la localización anatómica de las lesiones bucales.

II. MARCO TEÓRICO

Desde 1981, año en que se describió el primer caso de infección por VIH/SIDA, unos 60 millones de personas se han visto infectadas por el virus, y de ellas han muerto unos 20 millones. El Programa Conjunto de la Naciones Unidas VIH/SIDA (ONUSIDA) informa que a nivel mundial, una de cada cinco personas en riesgo de infección por el VIH, tienen acceso a los servicios de prevención básicos contra esa infección. A mediados de 2006, sólo el 24% de las personas que necesitaban tratamiento contra el VIH tenían acceso al mismo.³ Sin embargo el año 2007 marca un importante hito en la historia de la epidemia de VIH/SIDA. Según un nuevo informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ONUSIDA y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en la actualidad hay cerca de tres millones de personas de diferentes países, tanto de bajos y medianos ingresos en tratamiento con antirretrovirales.⁴

Según datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, el número de personas PVVS a nivel nacional se ha incrementado considerablemente, desde 1984, año en el que se reportó el primer caso, contabilizando para el año 2009, 22,210 PVVS.² Siendo más prevalente en hombres que en mujeres y la mayoría de los casos son diagnosticados en etapas de VIH positivo y muy pocos en etapas avanzadas de la enfermedad (SIDA), la edad en la que se da con mayor frecuencia, es entre los 25 y 34 años de edad, y el departamento donde hay mayor concentración de casos reportados es en San Salvador, y la población heterosexual es la más afectada.⁵

Esta enfermedad se caracteriza por afectar y deprimir el sistema inmunológico ya que el virus presenta un tropismo hacia linfocitos T, macrófagos y ciertas células nerviosas. La envoltura del virus contiene glicoproteínas superficiales específicas, entre las que se destacan la gp120 y

gp41, que se unen con los receptores CD4 situados sobre las superficies de los linfocitos T colaboradores y macrófagos, su unión hace posible que el contenido del núcleo vírico entre en el citoplasma de la célula huésped, dejando atrás la envoltura del virus. El núcleo del virus contiene las proteínas p24, p9 y p7, que son imprescindibles para que el virus utilice los constituyentes de la célula huésped para su replicación. Una vez dentro de la célula, el ARN de la nucleocápside vírica utiliza la enzima vírica transcriptasa inversa para sintetizar cadenas de ADN del virus, empleando el ARN como molde. El ADN vírico recién formado entra en el núcleo del huésped y resulta empalmado en el genoma de la célula huésped. El genoma vírico integrado es capaz ahora de mantener un estado inactivo o latente. Este ADN provírico es transcrito periódicamente a ARN, donde aquél dirige la actividad metabólica de la célula huésped para sintetizar más genoma ARN del VIH. Se cree que el nivel de actividad metabólica y mitótica de la célula CD4 del huésped es un factor implicado en la velocidad con la cual progresa la enfermedad en un paciente concreto. En pacientes con un nivel inferior de estimulación de la célula CD4 puede haber un período de latencia prolongado antes de que aparezcan los efectos clínicos devastadores de una infección por VIH. Para sostener una función inmunitaria suficiente se requiere un cociente de células T colaboradoras, T supresoras de 2:1. Durante el estado análogo al de la latencia, y que puede durar de tres a ocho años, tiene lugar un lento pero progresivo deterioro de células T4:T8 hasta que el sistema inmunitario ya no puede evitar que los microorganismos comensales normales o latentes se conviertan en potentes agentes infecciosos. Los pacientes normales albergan de 500 a 1600 CD4 por mm³.⁶

Lo anterior explica la diversidad de manifestaciones clínicas presentes en esta enfermedad, debido a la gran destrucción de las células de defensa que al ser infectadas no defenderán al organismo de infecciones oportunistas y en la etapa de SIDA la proporción linfocitos se invierte, esta marcada reducción de linfocitos cooperadores explica el incremento en la

susceptibilidad a las infecciones oportunistas y el desarrollo de neoplasias malignas entre los afectados.⁷

El 40% de los signos y síntomas iniciales de infección por VIH se presentan en cabeza y cuello. El 90% de estos individuos desarrollan manifestaciones intrabucales y estas pueden ser indicadores precoces y reproducibles de la misma infección de VIH y pueden servir como marcadores de la progresión hacia el SIDA.¹ Las lesiones bucales asociadas al VIH en estos pacientes son detectadas en etapas tempranas y avanzadas de la enfermedad. Una de las más importantes de diagnosticar es la Candidiasis bucal por ser muy frecuente.⁸

Entre las manifestaciones bucales tenemos las infecciones Fúngicas que son las encontradas con mayor frecuencia en pacientes PVVS, una de estas es la Candidiasis bucal, siendo el principal factor etiológico la *Candida Albicans*. Esta infección oportunista presenta una prevalencia que varía según los autores entre el 20 y 72 %.⁹ Pero actualmente, asociadas a la infección por VIH sólo se reconocen tres variantes clínicas de Candidiasis Bucal: la Pseudomembranosa, Eritematosa y Queilitis Angular. En primer momento se menciona la Candidiasis Pseudomembranosa que se caracteriza por placas de color blanco amarillento de tipo cremoso que se desprenden por raspado y pueden dejar una superficie sangrante, afectando el paladar blando, la mucosa de los labios, carrillos y dorso de la lengua.¹⁰

Teniendo además otra variante clínica que es la Candidiasis Eritematosa que se observa en el dorso de la lengua y el paladar, observándose con áreas rojas de aspecto despilado.¹⁰ Con frecuencia las lesiones cursan de forma asintomática, aunque en ocasiones el paciente puede quejarse de ardor y trastornos gustativos, esta forma puede ser la manifestación mas temprana de la infección por VIH y el tipo más común de Candidiasis en estos pacientes. Diversos estudios demuestran que la Candidiasis Eritematosa precede a la variedad Pseudomembranosa. La Candidiasis

Eritematosa también se conoce con el nombre de Candidiasis Atrófica, apareciendo como múltiples y grandes o pequeños parches, como se describió anteriormente. La Queilitis Angular que es otra variante de la Candidiasis, la cual se conoce como boqueras, rasgadas o perleche, que es un proceso inflamatorio localizado en las comisuras labiales, clínicamente observamos la presencia de eritema, agrietamiento o fisuras con bordes discretamente hiperplásicos en las comisuras de los labios, estas suelen ser bilaterales, de evolución tardía y repeticiones periódicas.¹¹

Según estudios realizados en Brasil acerca de lesiones bucales en pacientes PVVS, las evaluaciones clínicas y epidemiológicas fueron hechas correlacionándolas con el sexo, raza, edad, cuenta de linfocitos CD4, localización de la lesión y presencia de factores asociados, tales como el uso del alcohol, la adicción a fumar y el uso de prótesis dentales, uno de los estudios fue realizado por Lourenco AG.¹² Cuyo objetivo estaba dirigido al diagnóstico de las lesiones bucales relacionadas a la infección por VIH en 340 individuos, observando manifestaciones en 113 pacientes, donde la Candidiasis Bucal es la más frecuente en un 17.7%, de la cual el 10.8% fue la Pseudomembranosa, 6.9% la de tipo Eritematosa y el 13.9% la Queilitis Angular, la Leucoplasia Velloso se encontró en un 11.8%, y las úlceras bucales en 2.1%. De las lesiones bucales, la Candidiasis Bucal fue observada con mayor frecuencia en mujeres. En otro estudio realizado por Erick Nelo Pedreira, se evaluaron a 79 pacientes VIH positivos, de los cuales el 47% de los pacientes presentaron un cierto tipo de lesión bucal y las mas comúnmente encontradas fueron la Candidiasis y la Periodontitis en un 28%, seguido por la Linfadenopatía Cervical Facial en un 17.5%. Otras lesiones observadas fueron Leucoplasia Velloso, Estomatitis Ulcerosa (aftosa), Herpes Simple en un 10% y de los 37 pacientes que presentaron lesiones bucales, el 57% tenían solamente 1 lesión, el 35% presentaron 2 lesiones y el 8% tenían más de 2 lesiones.¹³

Según el estudio realizado acerca de Lesiones Orales en Personas PVVS en el año 2002 a 2003 por Jovel Membreño Azael Vladimiro, et al, en El Salvador, donde se evaluaron a 133 personas, los resultados obtenidos de la investigación fue que solo 75 de ellas presentaron algún tipo de lesión bucal y según los hallazgos clínicos se determinaron tres tipos de lesiones mas prevalentes, que fueron: la gingivitis generalizada con un 17%, seguida de la candidiasis bucal con el 13%, y de la periodontitis crónica del adulto en un 10%. En menor prevalencia están las infecciones como el herpes labial con un 5%, en cuanto a los datos sociodemográficos el sexo que mas prevalece es el masculino, encontrando así que son los hombres los que presentan mayor cantidad de lesiones, el rango de edades de esos pacientes oscilan entre los 25 a 39 años. El origen del 96% de las lesiones bucales fueron de tipo infecciosas, de las cuales el 61.3% son de tipo bacteriano, 22.75% son micóticas y el 12% son de tipo virales y el 4% son neoplasias.¹⁴

En otro estudio realizado por Ranganathan y R. Hemalatha (2006), donde se analizaron informes de lesiones bucales en 1000 pacientes adultos y pediátricos PVVS, en países en vías de desarrollo durante 14 años (1990-2004), y se concluyó que la Candidiasis Bucal es la infección oportunista mas comúnmente encontrada en un 87% en esta población de diversas regiones, siendo la variante Pseudomembranosa la mas prevalente en un 16%, seguida de la Queilitis Angular 3% y la Leucoplasia Velloso en un 2%. Generalmente en la actualidad la Candidiasis es manejada eficazmente por los medicamentos fungicidas. Sin embargo, dado su predominio, se puede encontrar el desarrollo de resistencia a los fungicidas en el futuro.¹⁵

Entre otras afecciones producidas por el VIH se encuentran las Infecciones Virales: que entre las más frecuentes se destacan las causadas por Virus Herpéticos (Virus Herpes Simple tipo 1, Herpes Zoster y Virus de Epstein Barr. Por otra parte la primoinfección del Virus del Herpes Simple tipo 1 genera la Gingivostomatitis Herpética primaria, siendo la infección viral más común, cursando con grados variables de fiebre y malestar, Linfadenopatía

Cervical y lesiones peribucales e intrabucales en forma de vesículas, las cuales se romperán de forma fugaz y dejarán unas áreas ulcerosas irregulares (crateriformes) que llegan a ser muy dolorosas, cursando un período de 10 a 14 días y su localización mas frecuente es la mucosa, dorso lingual, paladar duro, labios y zonas cutáneas adyacentes.⁹

El virus de Epstein Barr puede ocasionar la enfermedad denominada Leucoplasia Velloso o Pilosa, dándose frecuentemente en adultos en un 20-25% y en niños es de 2-3%. Esta manifestación bucal ha sido descrita como un importante predictor del VIH. La progresión de la enfermedad en adultos es del 28% aunque su etiología no está clara y parece ser causada por la infección del virus de Epstein-Barr (VEB). Clínicamente se pueden presentar como arrugas o grietas verticales lineales, dando la apariencia o aspecto de parches de color blanco espeso. Las lesiones suelen comenzar en los márgenes laterales de la lengua y a veces en carrillos y labio superior. Pudiendo encontrarse unilateral o bilateral, de forma asintomática. La Leucoplasia Velloso se asocia a menudo con la Candidiasis Bucal y por lo general no requiere tratamiento, pero en los casos más graves lo que se recomienda son los antivirales sistémicos.¹⁶

Así mismo se encuentran las infecciones bacterianas y dentro de estas se destacan las enfermedades Gingivales y Periodontales que pueden presentarse tanto en un PVVS como en uno no PVVS con la diferencia de que en estos la mayor parte de los casos se debe a la presencia de irritantes locales y a otras enfermedades sistémicas, sin embargo en un paciente PVVS estas pueden ser ocasionadas por presentar un sistema inmunológico bajo y carga viral alta, sin presencia de irritantes locales. Las lesiones periodontales asociadas a infección por VIH son las más frecuentes, abarcando aproximadamente el 79.5%. Aunque las enfermedades Periodontales habituales (Periodontitis y Gingivitis) en la población, en general, pueden afectar a las personas PVVS, existen otras entidades de este mismo grupo que aparecen asociadas y que representan una respuesta

alterada o exagerada de los tejidos periodontales como resultado de la inmunosupresión. La afectación periodontal puede incrementarse conforme se deteriora progresivamente el sistema inmunitario. Se han considerado varias formas clínicas y criterios diagnósticos que han creado confusión en la clasificación de las lesiones periodontales. La Gingivitis por VIH se ha redefinido como Eritema Gingival Lineal; la Gingivitis Necrotizante por VIH como Gingivitis Ulcero Necrosante (GUN) y la Periodontitis por VIH se denominan ahora Periodontitis Ulcero Necrosante (PUN).¹⁷⁻¹⁸

Encontrando así las características clínicas de cada una de ellas; en la gingivitis se observa una banda continua eritematosa en el margen gingival, de un milímetro de ancho, que se extiende por toda la superficie dentaria, no existe ulceración, ni evidencia de sacos periodontales o pérdida de inserción epitelial. Sin embargo en la PUN hay destrucción necrótica avanzada del periodonto con pérdida rápida de la inserción epitelial y del hueso alveolar. La destrucción tisular puede afectar a la unión mucogingival, pudiendo existir ulceración durante la fase más activa. Y la GUN esta se caracteriza por la ausencia de signos prodrómicos con aparición súbita que cursa con dolor, sangrado gingival y papilas truncadas, y el signo principal, considerado mayormente como patognomónico es la ulceración y necrosis de las papilas interdentes con la aparición de cráteres gingivales, estas lesiones son muy sensibles al tacto, y el paciente suele quejarse de dolor radiante, constante, que corroe, intensificado por los alimentos condimentados o calientes, y posee una cantidad exagerada de saliva pastosa, otros signos y síntomas que aparecen de forma secundaria son: Halitosis, sabor metálico, sensaciones anormales en los dientes afectados y a medida que se incrementa la severidad y gravedad del cuadro podemos observar la aparición de fiebre, linfadenopatía, incremento del pulso sanguíneo, leucocitosis, pérdida de apetito y fatiga general. La etiología específica no ha sido todavía bien establecida y los mecanismos de ulceración gingival no han sido descritos a niveles celulares y moleculares. Los factores que pueden predisponer son: La gingivitis preexistente y tabaquismo.¹⁷⁻¹⁸

En cuanto a las infecciones bacterianas, en el estudio realizado por Santana Y, et al, acerca de Caries y enfermedad Periodontal en PVVS, donde el 80.4% presentó caries dental, el 55% enfermedad Periodontal y el 88.2% perdieron sus piezas por caries. En otra investigación citada por el autor que fue efectuada por Phelan y col para determinar si había asociación entre la infección por VIH y la caries dentales en mujeres pertenecientes a un programa de atención para este virus, reveló un predominio de caries entre mujeres PVVS comparadas con aquellas no PVVS.¹⁹

A la vez este mismo autor cito una investigación Venezolana que se realizó por Montiel y Tovar donde se encontró que el total de superficies afectadas por historia de caries fue de 8% en pacientes de 30 a 39 años de edad, siendo el genero masculino el mas afectado y en relación a la higiene bucal más de dos tercios de las superficies dentarias de los pacientes estudiados estaban ocupadas por materia alba y calculo.¹⁹

Otro tipo de lesiones que se presentan en pacientes adultos con el SIDA establecido son los cánceres o neoplasias: como el Sarcoma de kaposi Bucal y el Linfoma no Hodgkin. El Sarcoma de kaposi ocurre en un 4 - 8% de pacientes varones con SIDA, siendo la malignidad más asociada al VIH y su presentación peribucal comprende el 50%, presentándose como una mácula, pápula o tumor de color rojo, azul o púrpura con o sin ulceración.²⁰

El Linfoma no Hodgkin se encuentra en segundo lugar de frecuencia de las neoplasias relacionadas al VIH y el uso de Tratamiento Antirretroviral de Alta Actividad (TARGA), la cual se ha asociado con disminución en la mortalidad, relacionada con Sarcoma de kaposi y con infecciones oportunistas.²¹ El riesgo de Linfoma no Hodgkin en personas con infección por VIH es cien veces mayor respecto al resto de la población. El individuo con linfoma agresivo generalmente lo presenta en etapas avanzadas SIDA que suele ser

extraganglionar, la enfermedad es extensa y menos sensible a la quimioterapia.²²

Entre otras manifestaciones encontradas en pacientes PVVS cuya etiología se desconoce, está la afectación de las Glándulas Parótidas y la Xerostomía. El agrandamiento de la parótida es comúnmente asociado con la infección por VIH en niños de 10-30% y menos común en adultos. Se ha demostrado que esta se produce en el curso y al final de la infección por el VIH y que se asocia con un ritmo más lento de progresión de la enfermedad. La Infiltración linfocítica de las glándulas salivales puede ser un factor etiológico, clínicamente produce una hinchazón unilateral o bilateral de las glándulas parótidas, siendo por lo general asintomática y puede estar acompañado por la disminución del flujo salival produciendo así la xerostomía o sequedad de la boca. Aunque en muchas ocasiones los problemas de boca seca en pacientes PVVS son a menudo causados por los medicamentos que interfieren con la saliva, en cuanto a su secreción, tales como los antihistamínicos, ansiolíticos, los antidepresivos, y algunos antirretrovirales.¹⁶

Cabe mencionar que la composición y volumen de saliva mixta o total, llamado también fluido bucal es viscosa y contiene prácticamente 99% de agua y su pH se encuentra entre 6.8 y 7.2 que es el óptimo para que pueda actuar la ptilina. El volumen de la saliva es de 1.5 litros por día pero la mayoría de los investigadores calculan un promedio de 600-800 cc diarios. La cuantificación de la saliva producida se denomina sialometría. Se realiza determinando el flujo salival, es decir, la cantidad de saliva secretada por unidad de tiempo.²³

Valores normales: flujo de saliva en reposo (saliva no estimulada) son de 0.3 a 0.5 ml/min. Saliva estimulada es de 1 a 3 ml. Cuando el flujo salival es inferior a 0.1-0.2 ml/min, o el estimulado es menor que 0.5- 0.7 ml/min se

considera que existe una disminución patológica de secreción salival llamada sialopenia o hiposialia.²³

Como se menciona al principio de este marco teórico, la historia natural del VIH se caracteriza por la progresión y deterioro de la función del sistema inmunológico. Los tratamientos antirretrovirales han demostrado ser eficaces en la detención y deterioro del sistema inmunitario al disminuir la carga viral. La cuantificación del ARN viral en el plasma sanguíneo se encontró que es el principal marcador de progresión de la enfermedad. Por lo tanto la carga vírica en plasma es el número de copias de ARN del VIH-1 (la cantidad de virus por ml. de sangre), a la vez esta facilita los más importantes datos de laboratorio: sensibilidad, especificidad, valor predictivo ya sea positivo o negativo y la reproducibilidad. La determinación de la carga viral plasmática (CV) del VIH es el marcador de respuesta al tratamiento antirretroviral más sensible, rápido y fiable. La (CV) se correlaciona directamente con el pronóstico clínico, el riesgo de transmisión viral y el recuento de CD4.

En un estudio realizado por BENITO URDANETA y colaboradores, el cual estuvo dirigido a relacionar la infección por VIH con los niveles de CD4, encontrando así que la mayoría de los pacientes estudiados estaban en el promedio de edad de 29 y 39 años. Donde el 87,5% fueron hombres y el 12,5% mujeres. 87 pacientes (90.62%) se encontraban bajo terapia antirretroviral, y el 65,62% mostraron manifestaciones bucales, de los cuales 60,42% tomaban tratamiento antirretroviral. Cuando se discriminó según el sexo se observó que los valores promedios de los linfocitos CD4 en los hombres fueron ligeramente mayores que en las mujeres, sin diferencia estadística significativa.²⁴

En otro artículo publicado por Julia García Prado (2005); donde menciona que desde la introducción de la quimioterapia contra el VIH a mediados de los 80 hasta la actualidad, han diseñado y desarrollado nuevos compuestos que han sido constantes llegando aun total de 24 fármacos, formados por 19

principios activos. Paralelamente al descubrimiento de estos nuevos compuestos, las terapias antirretrovirales han evolucionado desde monoterapia, hasta el TARGA. Estas terapias incluyen tres o más fármacos activos que contribuyen a frenar la tasa de mortalidad.²⁵

Sin embargo en un artículo publicado por el MSPAS, este menciona que los agentes Antirretrovirales contra el VIH pueden dividirse en dos grandes clases de medicamentos: Inhibidores de la Transcriptasa Inversa (ITI) e Inhibidores de la Proteasa (IP). Hay evidencias de que el tratamiento más eficaz para suprimir la replicación del VIH consiste en combinar varios Antirretrovirales. En un país como El Salvador con grandes limitaciones, es indispensable que estos medicamentos, que además de costosos y tóxicos sean utilizados con claros objetivos y en adecuada supervisión multidisciplinaria en los diferentes centros de salud. Es por ello que se hace importante conocer acerca de la terapia antirretroviral. El primer grupo de antirretrovirales se divide en nucleótidos (INTI) y no nucleótidos (INNIT). Estos agentes actúan sobre enzimas que desempeñan una función importante en la replicación de RNA y el funcionamiento del virus. La monoterapia fue abandonada cuando se constató que favorecía el desarrollo de resistencia farmacológica y sus efectos adversos, con su limitada actividad frente al virus. Es así entonces, que las metas de la terapia antirretroviral persiguen: Prolongar y mejorar la calidad de vida de los pacientes reincorporándolos al entorno laboral, social y familiar, disminuyendo así el impacto económico de la epidemia sobre la nación, la incidencia de infecciones oportunistas y minimizar el daño al sistema inmunológico.²⁶

En otro estudio realizado por Shanda Tatiana Mora Berry, que trato sobre Depresión en pacientes PVVS ingresados en el servicio de Infectología del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, Enero a Marzo 2008, reporto los siguientes datos sociodemográficos de los pacientes con

infección por VIH que sufren de depresión. En el estudio realizado se observó que el sexo predominante fue el masculino con un setenta y cuatro por ciento (74%), sin embargo las mujeres fueron quienes presentaron el mayor porcentaje (67 %) con depresión versus el 60 % de los hombres. La mayoría de los pacientes tenían una escolaridad primaria con el 53 %, seguida de la escolaridad secundaria con un 26 %, 12 % no tenían ninguna escolaridad, el grupo con educación universitaria representó un 9 %. Los pacientes en su mayoría son adultos jóvenes, se encontraron en el grupo de 15 a 29 años 17 pacientes, de 30 a 44 años 14 pacientes y en el grupo de 45 a 59 años 3 pacientes. El estado civil predominante fue el soltero con el 68 %, acompañados 20 %, casados 9 % y viudos con 3 %. Entre los pacientes con depresión 52 % recibieron TAR versus solamente 23% y 3 pacientes del grupo que no presentaba depresión.²⁷

III. MATERIALES Y MÉTODOS

▪ TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo diagnóstica-transversal ya que mide de manera independiente las variables que determinan el problema en estudio. Las cuales estuvieron dirigidas a establecer un diagnóstico clínico bucal en PVVS pertenecientes a FUNDASIDA.

▪ TIEMPO Y LUGAR

Esta investigación se llevo a cabo en personas PVVS, pertenecientes a los grupos de apoyo ubicado en FUNDASIDA, durante el mes de febrero a abril de 2010.

▪ VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	DIMENSIÓN DE LAS VARIABLES	INDICADORES
1) Datos Sociodemográficos.	1.1) Sexo. 1.2) Edad. 1.3) Estado civil. 1.4) Con tratamiento antirretroviral.	1.1.1 Femenino, masculino. 1.1.2 10-19 años, 20-59 años, 60 a más años. 1.1.3 Soltero(a), casado(a), acompañado(a). 1.1.4 Si, No.
2) Resultado de pruebas de laboratorio clínico.	2.1) Conteo de linfócitos CD4. 2.2) Carga vírica.	2.1.1 Cantidad por campo. 2.2.1 Cantidad por milímetro cúbico.

<p>Manifestaciones clínicas causadas por:</p> <p>3) Infecciones fúngicas.</p>	<p>3.1) Candidiasis Pseudomembranosa</p> <p>3.2) Candidiasis Eritematosa.</p> <p>3.3) Queilitis Angular</p>	<p>3.1.1 Placa blanquecina ligeramente elevada, desprendible con facilidad, de consistencia blanda.</p> <p>3.1.2 Localización anatómica.</p> <p>3.2.1 Placas eritematosas de consistencia firme.</p> <p>3.2.2 Localización anatómica.</p> <p>3.3.1 Inflamación eritematosa ulcerada con exudado sanguinolento.</p> <p>3.3.2 Localización anatómica.</p>
<p>4) Infecciones virales.</p>	<p>4.1) Virus Herpes Simple Tipo I.</p> <p>4.2) Herpes zoster.</p> <p>4.3) Leucoplasia Velloso.</p>	<p>4.1.1 Vesículas o úlceras o costras.</p> <p>4.1.2 Localización anatómica.</p> <p>4.2.1 Vesículas en forma lineal que sigue el recorrido del nervio afectado.</p> <p>4.2.2 Localización anatómica.</p> <p>4.3.1 Placas lineales verticales no desprendibles con superficie arrugada de color blanquecino.</p> <p>4.3.2 Localización anatómica.</p>

<p>5) Infecciones bacterianas.</p>	<p>5.1) Gingivitis.</p> <p>5.2) Gingivitis Úlcero Necrosante (GUN)</p> <p>5.3) Periodontitis úlcero Necrosante (PUN).</p>	<p>5.1.1 Inflamación eritematosa del borde gingival libre y encía adherida.</p> <p>5.2.1 Hemorragia provocada al cepillado, sondaje o de tipo espontáneo.</p> <p>5.2.2 Papilas ulceradas o necrosadas con presencia de crateres.</p> <p>5.3.1 Ulceración y necrosis del periodonto.</p> <p>5.3.2 Pérdida de inserción epitelial y del hueso alveolar.</p>
<p>6) Otras manifestaciones</p>	<p>6.1) Caries Dental.</p> <p>6.2) Xerostomía.</p>	<p>6.1.1 Índice de CPOD.</p> <p>6.2.1 Agrietamiento de labios y comisuras.</p> <p>6.2.2 Resequedad de la boca.</p> <p>6.2.3 Prueba de salivación en reposo y estimulada.</p>

- POBLACIÓN EN ESTUDIO

La constituyeron 30 personas pertenecientes a FUNDASIDA.

- RECOLECCIÓN Y ANALISIS DE LOS DATOS.

En este estudio se realizó una investigación de tipo diagnóstica-transversal, donde posterior a la aprobación de dicho estudio se procedió a reunir a todos los pacientes de FUNDASIDA para exponerles una presentación donde se les explicó como se realizaría todo el proceso de recolección de datos para dicho estudio, posterior a esto se les hizo entrega del consentimiento informado para que lo firmaran quienes estaban de acuerdo en participar en la investigación donde también se les pidió que llevaran el día de la cita los datos de laboratorio.

El paso de instrumentos se inició con la cedula de entrevista, en el área que FUNDASIDA asignó para ello, antes de proceder a evaluar clínicamente a cada paciente se desinfectó el área igual y se hizo uso de todas las barreras de bioseguridad por parte de las investigadoras.

Las funciones de las investigadoras fueron rotativas, una evaluaba clínicamente, otra se encargaba de tomar los datos y transcribirlos a la guía de observación, y la otra de la toma de fotografías si era necesario.

Al finalizar la recolección de los datos se procedió a vaciar los datos utilizando el programa SPSS, una vez que elaboró la hoja de tabulación.

- RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

- HUMANOS

Tres investigadoras y una asesora.

- MATERIALES

CANTIDAD	MATERIALES	COSTO
30	Guía de observación, Cédulas de entrevista, Consentimiento informado.	\$ 10
3 de c/d uno.	Bolígrafo, lápiz bicolor,	\$ 5
5	Set de diagnóstico bucal.	\$ 10
5	Set de espejos intraorales para la toma de fotografías.	\$15
1	Cámara digital.	
5	Separadores de carrillos.	\$20
5	Sondas Periodontales	\$100
30	Baja lenguas.	\$ 1
2	Caja de guantes.	\$ 12
1	Caja de sobre guantes.	\$ 5
1	Caja de mascarilla.	\$ 5
10	Gorros.	\$ 2
30	Bolsas de esterilización.	\$ 10
10	Bolsas para material desechable de color rojo y negro.	\$ 1
3	Lentes protectores.	\$ 15
3 rollos	Papel toalla.	\$ 3

60	Campos desechables.	\$ 6
2	Resma de papel bon tamaño carta.	\$ 12
4	Recipientes plásticos para desinfectar.	\$ 2
100	Rodetes de algodón estériles.	\$ 1
1	Glutaraldehido.	\$ 16
1	Laysol.	\$ 4
1 rollo	Papel adhesivo.	\$ 3
25	Hisopo.	\$ 2
50	Vasos desechables.	\$ 2
	TOTAL	\$260

El grupo investigador realizo un gasto aproximado de \$260.00 contando con el apoyo FUNDASIDA quien proporciono las instalaciones para la realización del diagnóstico clínico bucal de todos los pacientes que formaron parte de la investigación.

▪ CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

El siguiente estudio se realizó en FUNDASIDA, con PVVS, y fue muy importante para el grupo investigador respetar en un principio su identidad e integridad personal, siendo así que los resultados obtenidos del estudio son de tipo confidencial. Cada paciente que participo en la investigación firmo un consentimiento informado, aceptando su participación.

Y los pacientes que presentaron lesiones, que ameritaban la toma de fotografías en cavidad bucal, la cual se realizó previo conocimiento de la fundación y autorización de la persona que presentó la lesión, siendo estrictamente reservado dentro del grupo de investigación la identidad de las personas. Se presentó un proyecto de atención odontológica de tipo preventivo y curativo al comité directivo de la fundación y las personas participantes del programa.

A la hora del paso de instrumentos se utilizó todas las medidas de bioseguridad para protegerlos de cualquier infección cruzada pues ellos tienen un sistema inmunológico bajo y por lo tanto están predispuestos a adquirir cualquier infección oportunista.

El beneficio del paciente en esta investigación, fue conocer si presentaban algún tipo de lesión a nivel de la cavidad bucal. Así como también se les realizó, tratamientos bucales como raspajes con profilaxis y a los que ameritaban obturaciones y exodoncias. Otro beneficio es la propuesta de crear en un futuro una clínica Odontológica dentro de las instalaciones de FUNDASIDA con ayuda de la Facultad de Odontología. Aunque todo esto no estaba contemplado en los objetivos de la investigación.

IV. RESULTADOS

Tablas estadísticas con sus respectivos gráficos y descripción y análisis de los datos obtenidos.

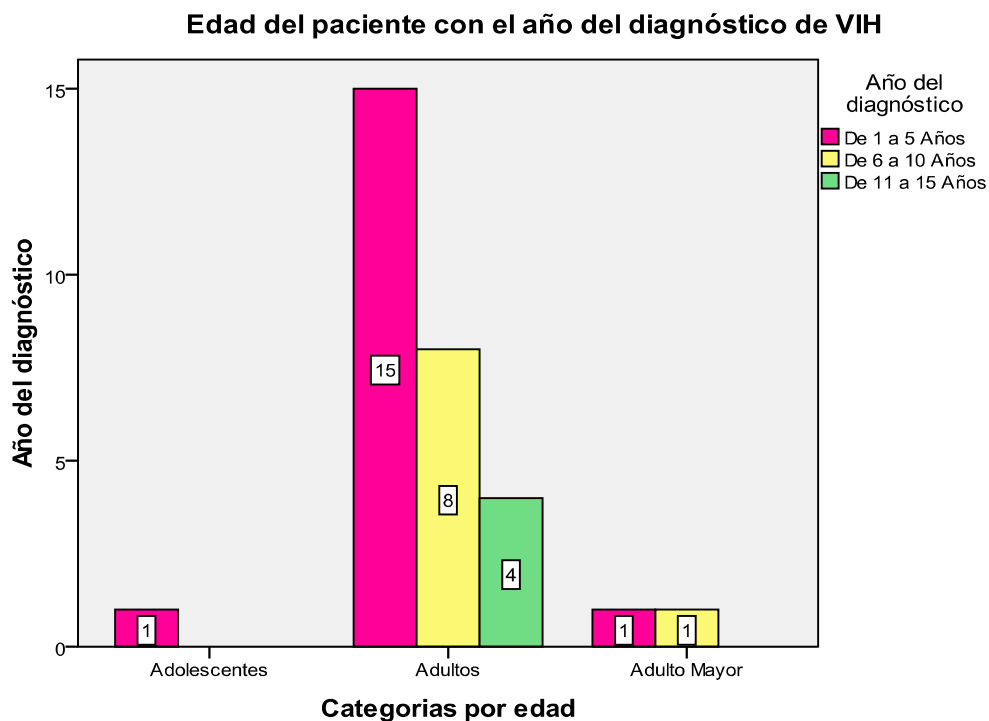
- Resultados obtenidos de todos los datos sociodemográficos:

La edad es un dato sociodemográfico muy importante que se correlaciona con otros datos como el año del diagnóstico, el sexo, estado civil, debido a que este nos rige muchos aspectos de la vida y luego el nivel educativo con su situación laboral, al igual que los niveles de CD4 de cada paciente con su respectiva carga viral, finalmente se mide cuantos pacientes reciben la terapia antirretroviral y cuantos no.

Tabla de contingencia N° 1 con su respectivo gráfico.

Categorías de edad - Año del Diagnóstico

		Año del diagnóstico						Total	%
		De 1 a 5 Años		De 6 a 10 Años		De 11 a 15 años			
			%		%		%		%
Edad	Adolescentes	1	3.3%	0	0%	0	0%	1	3.33%
	Adulto	15	50%	8	26.6%	4	13.3%	27	90%
	Adulto Mayor	1	3.3%	1	3.3%	0	0%	2	6.6%
Total		17	56.6%	9	30%	4	13.3%	30	100%



Interpretación:

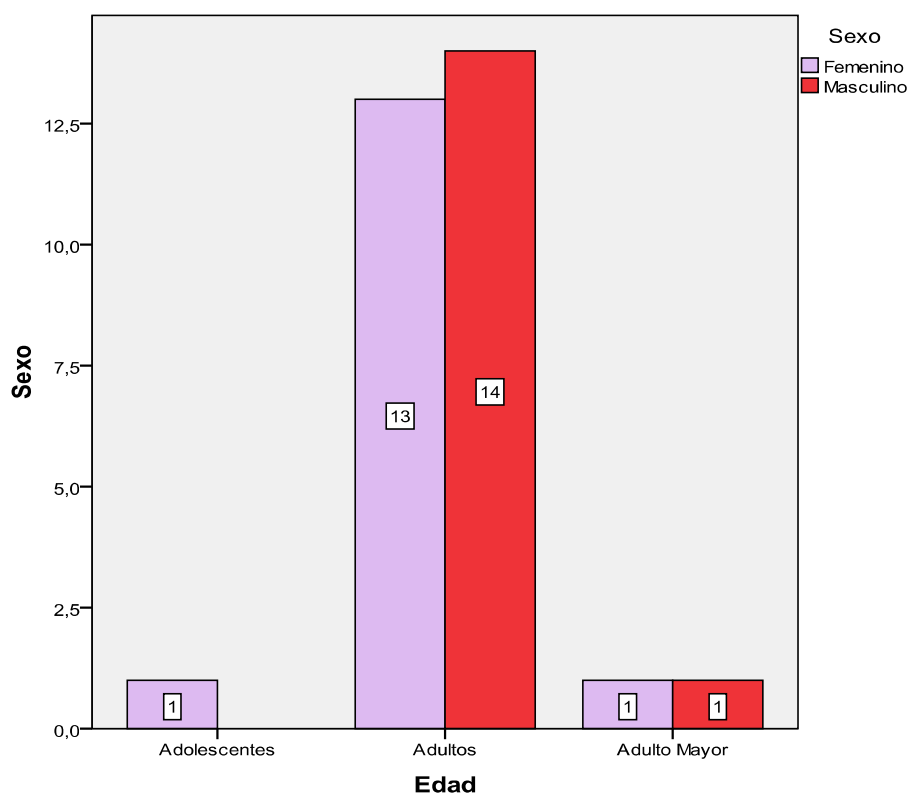
En la tabla y gráfica se observa que del 100% de los pacientes evaluados el 90% esta en la edad adulta, el 6.6% de adultos mayores y el 3.33% adolescentes. En relación a su año de diagnóstico el 56.6% esta en el rango de 1 a 5 años, el 30% esta entre 6 a 10 años y el 13.3% de 11 a 15 años.

Tabla N° 2 con su respectivo gráfico.

Categorías de edad – Sexo

		Sexo				Total	%
		Femenino	%	Masculino	%		
Edad	Adolescentes	1	3.3%	0	0%	1	3.3%
	Adultos	13	43.3%	14	46.6%	27	90%
	Adulto Mayor	1	3.3%	1	3.3%	2	6.6%
Total		15	50%	15	50%	30	100%

Categorías de edad con el sexo



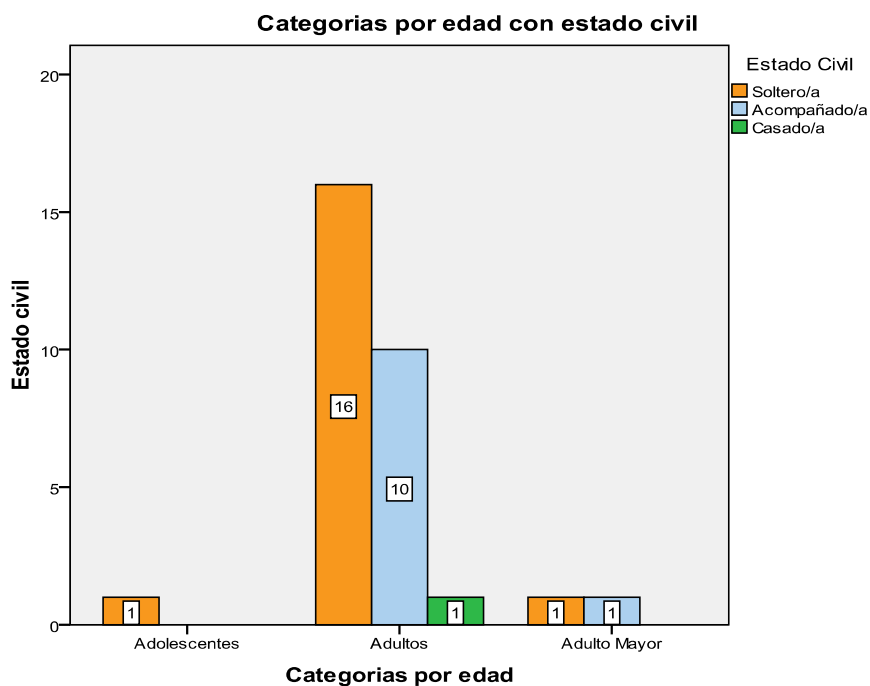
Interpretación:

En la tabla y gráfica se observa la muestra homogénea no intencional encontrada en la población evaluada, el 50% mujeres y 50% hombres, donde la mayoría se encuentran en la edad adulta, esto indica que de todos ellos más del 50% han adquirido la infección de VIH en edades muy tempranas.

Tabla N° 3 con su respectivo gráfico.

Categorías de edad - Estado Civil

		Estado Civil						Total	%
		Soltero/a	%	Acompañado/a	%	Casado/a	%		
Edad	Adolescentes	1	3.3%	0	0%	0	0%	1	3.3%
	Adultos	16	53.3%	10	33.3%	1	3.3%	27	90%
	Adulto Mayor	1	3.3%	1	3.3%	0	0%	2	6.6%
Total		18	60%	11	36.6%	1	3.3%	30	100%



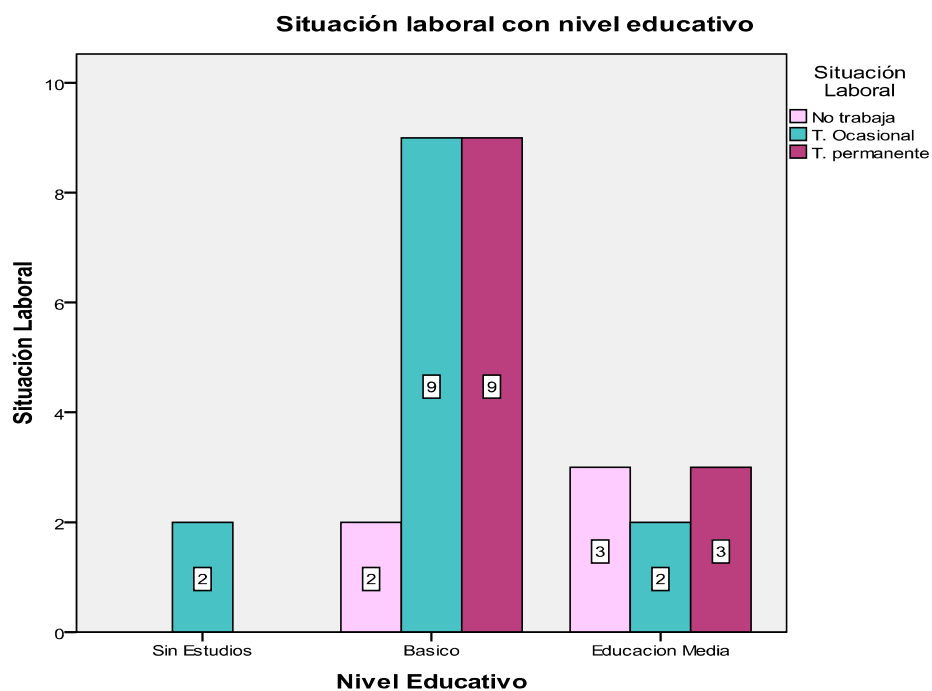
Interpretación:

En la tabla y gráfica se puede apreciar que el 90% de todos los pacientes se encuentran en la edad adulta y en cuanto a su estado civil el 60% se encuentran solteros, el 36.6% están acompañados y el 3.3% están casados.

Tabla N° 4 con su respectivo gráfico.

Nivel Educativo – Situación Laboral

		Situación Laboral						Total	%
		No trabaja	%	Trabaja Ocasional	%	Trabajo permanente	%		
Nivel Educativo	Sin Estudios	0	0%	2	6.6%	0	0%	2	6.6%
	Básico	2	6.6%	9	30%	9	30%	20	66.6%
	Educación Media	3	10%	2	6.6%	3	10%	8	26.6%
Total		5	16.6%	13	43.3%	12	40%	30	100%



Interpretación:

El gráfico muestra que del 100% de los pacientes evaluados el 66.6% posee una educación básica, el 26.6% educación media y el 6.6% sin estudio en cuanto a su situación laboral el 43.3% trabaja ocasionalmente, el 40% tiene .trabajo permanente y 16.6% no trabaja.

Tabla N° 5

Niveles de CD4 – con niveles de Carga Viral (C.V)

		Carga Viral								Total	%
		Indetectable	%	Carga Viral Baja	%	Carga Viral Alta	%	No sabe	%		
CD4	< 200 mm3	0	0%	2	6.6%	2	6.6%	0	0%	4	13.3%
	200 - 499 mm3	6	20%	3	10%	1	3.3%	0	0%	10	10%
	> 500 mm3	8	26.6%	0	0%	2	6.6%	0	0%	10	10%
	No Sabe	0	0%	0	0%	0	0%	6	20%	6	20%
Total		14	46.6%	5	16.6%	5	16.6%	6	20%	30	100%

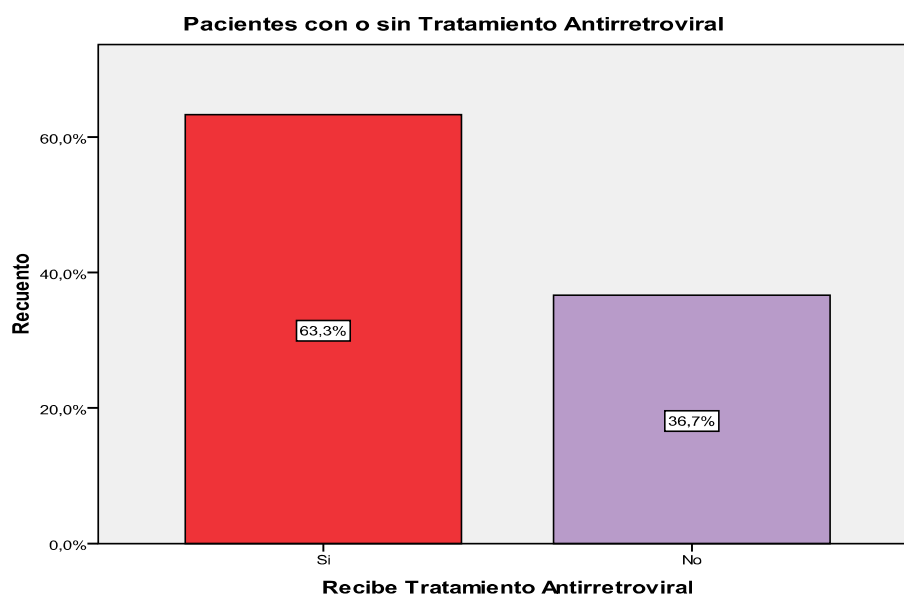
Interpretación:

La tabla anterior revela los datos de laboratorio obtenidos de todos los pacientes donde el 46.6% se encuentran indetectables y en sus niveles de CD4 estos se encuentran entre 200 a >500 mm3, el 16.6% presentan su carga viral baja encontrando sus niveles de CD4 < 200 mm3 a 499 mm3, el 16.6% presento su carga viral alta y sus niveles de CD4 varían desde < 200 mm3 a de > 500 mm3, y de los pacientes que desconocen sus niveles de CD4 y su carga viral fueron el 20%.

Tabla N° 6 con su respectivo gráfico.

Cantidad de pacientes bajo terapia antirretroviral

Presencia de tratamiento	Cantidad de pacientes.	%
Si reciben tratamiento	19	63.3%
No reciben tratamiento	11	36.6%
Total	30	100%



Interpretación:

La tabla y gráfica se muestra que del 100% de los pacientes entrevistados el 63.3% esta bajo tratamiento antirretroviral y el 36.7% no recibe terapia antirretroviral a la fecha.

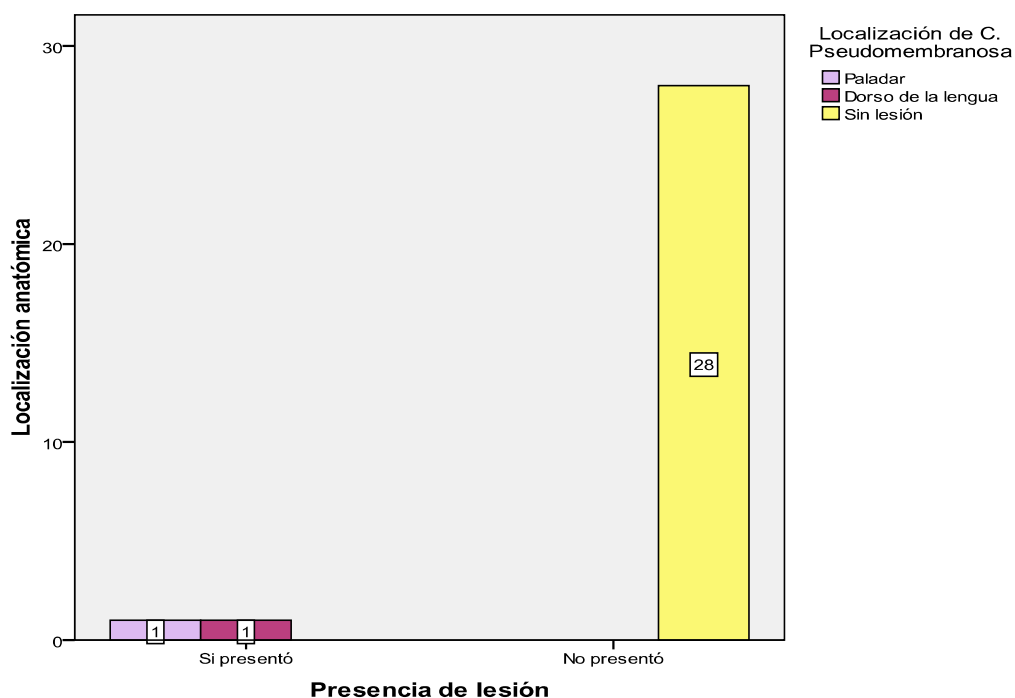
- Resultados obtenidos de todas las evaluaciones clínicas realizadas en pacientes VIH+, donde se correlacionan la presencia de la lesión con su respectiva localización bucal.

Tabla N° 7 con su respectivo gráfico.

Candidiasis Pseudomembranosa (CP) - Localización anatómica de la lesión.

		Localización de CP					
				Dorso de la lengua		Paladar	
Presencia de CP	Si presentó	2	6.6%	1	3.3%	1	3.3%
	No presentó	28	93.3%	0	0%	0	0%
Total		28	93.3%	1	3.3%	1	3.3%

Presencia de Candidiasis Pseudomembranosa y su localización anatómica



Interpretación:

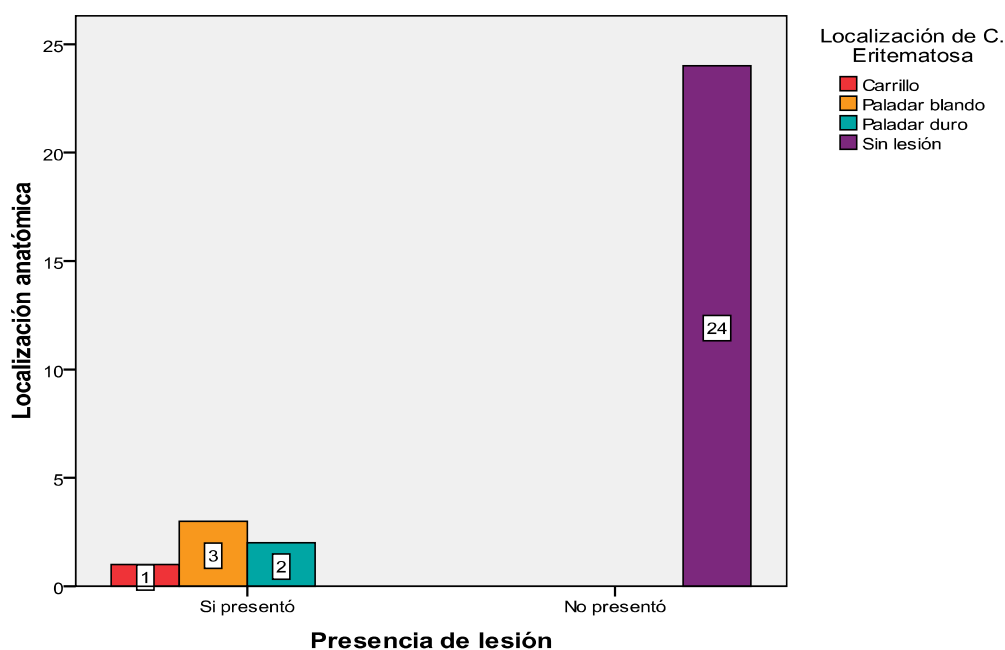
En la tabla y gráfico puede observarse la presencia de Candidiasis Pseudomembranosa en el 6.6% de la población evaluada y el 50% de ellos lo presentó localizado en el dorso de la lengua y el otro 50% se localizó en el paladar duro, y el 93.3% no presentó la lesión.

Tabla N° 8 con su respectivo gráfico.

Candidiasis Eritematosa (CE) - Localización anatómica de la lesión.

		Localización de Candidiasis Eritematosa							
				Carrillo		Paladar blando		Paladar duro	
Presencia de C.E	Si presentó	6	20%	1	3.3%	3	10%	2	6.6%
	No presentó	24	80%	0	0%	0	0%	0	0%
Total		24	80%	1	3.3%	3	10%	2	6.6%

Presencia de Candidiasis Eritematosa y su localización anatómica



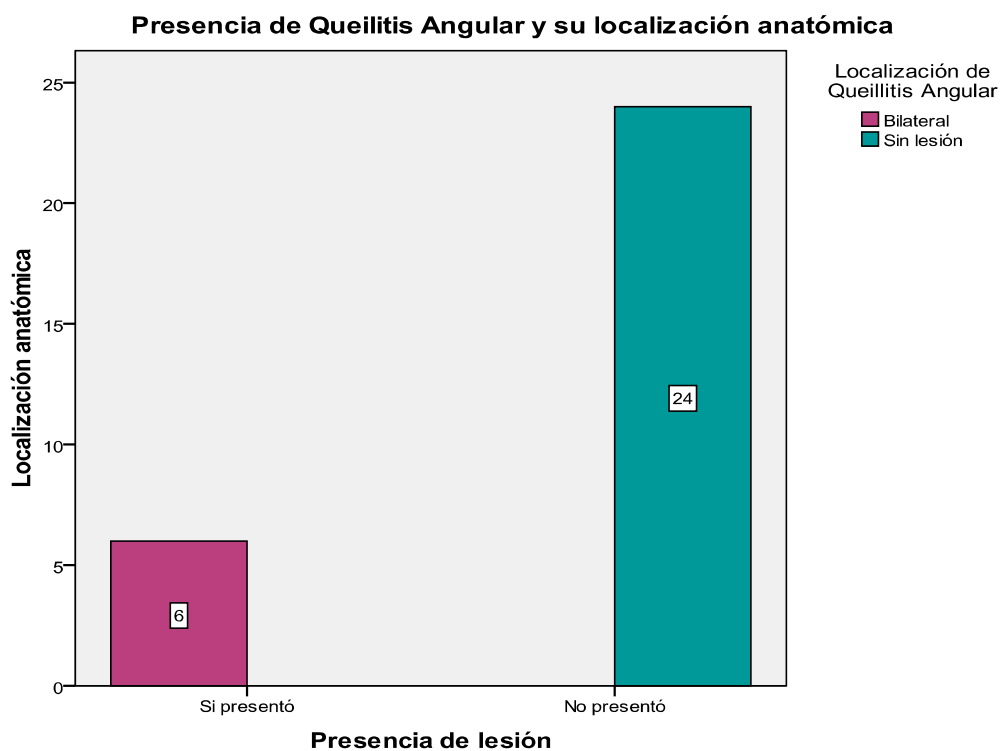
Interpretación:

En la tabla y gráfico se observa en el presente gráfico que del 100% de pacientes evaluados el 20% presentó Candidiasis Eritematosa, esta se encontró mayormente localizada en un 10% en el paladar blando, el 6.6% en paladar duro y 3.3% en carrillo, y el 80% no presentó lesión.

Tabla N° 9 con su respectivo gráfico.

Queilitis Angular (Q.A) - Localización anatómica de la lesión.

	Localización de Queilitis Angular		
		Bilateral	
Presencia De Q.A	Si presentó	6	20%
	No presentó	24	80%
Total		30	100%



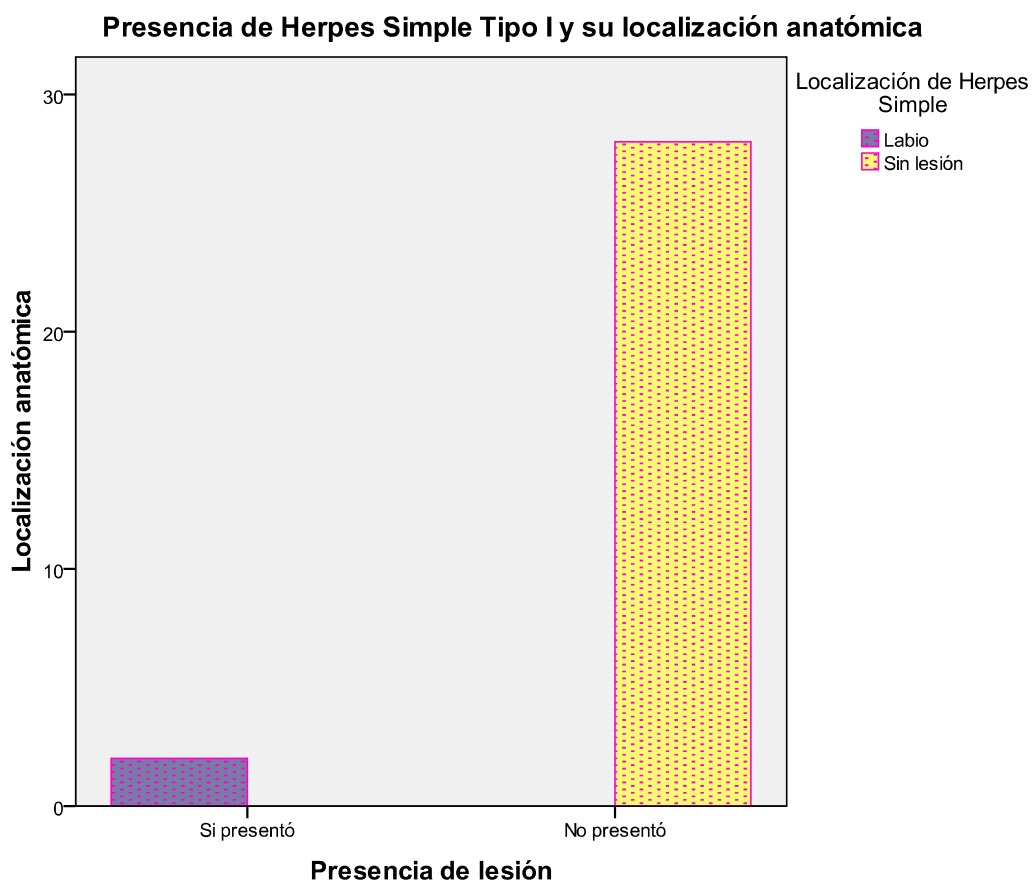
Interpretación:

La tabla y gráfico anterior revela que del 100% de los pacientes evaluados el 20% presentó Queilitis Angular, de los cuales su localización en el 100% de los casos fue de tipo bilateral y 80% de los pacientes evaluados no presentaron lesión.

Tabla N° 10 con su respectivo gráfico.

Herpes Simple - Localización anatómica de la lesión.

	Localización de Herpes Simple Tipo I (HS)		
		Labio	
Herpes Simple Tipo I	Si presentó	2	6.6%
	No presentó	28	93.3%
Total		30	100%



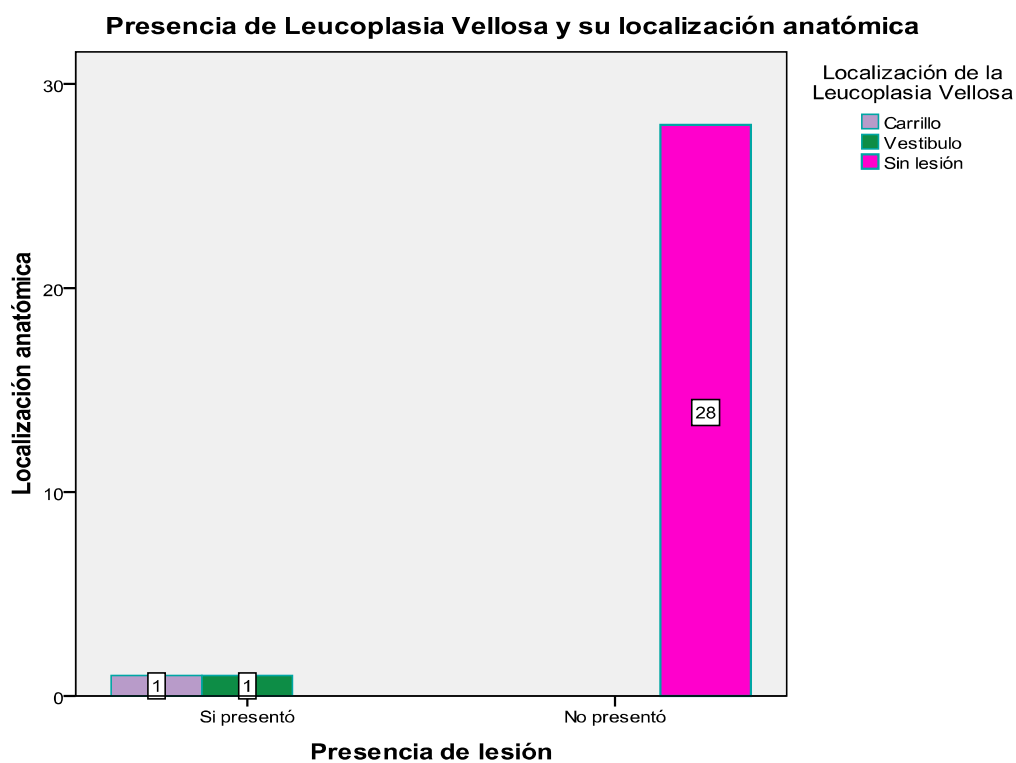
Interpretación:

En la tabla y gráfico se puede apreciar que del 100% de la población el 6.6% presentó Herpes Simple tipo I, de los cuales en un 100% se manifiesta a nivel labial y 93.3% de los pacientes evaluados no presentó lesión.

Tabla N° 11 con su respectivo gráfico.

Leucoplasia Velloso – Localización anatómica de la lesión.

		Localización de la Leucoplasia Velloso					
				Carrillo		Vestíbulo	
Leucoplasia Velloso	Si presentó	2	6.6%	1	3.3%	1	3.3%
	No presentó	28	93.3%	0	0%	0	0%
Total		30	100%	1	3.3%	1	3.3%



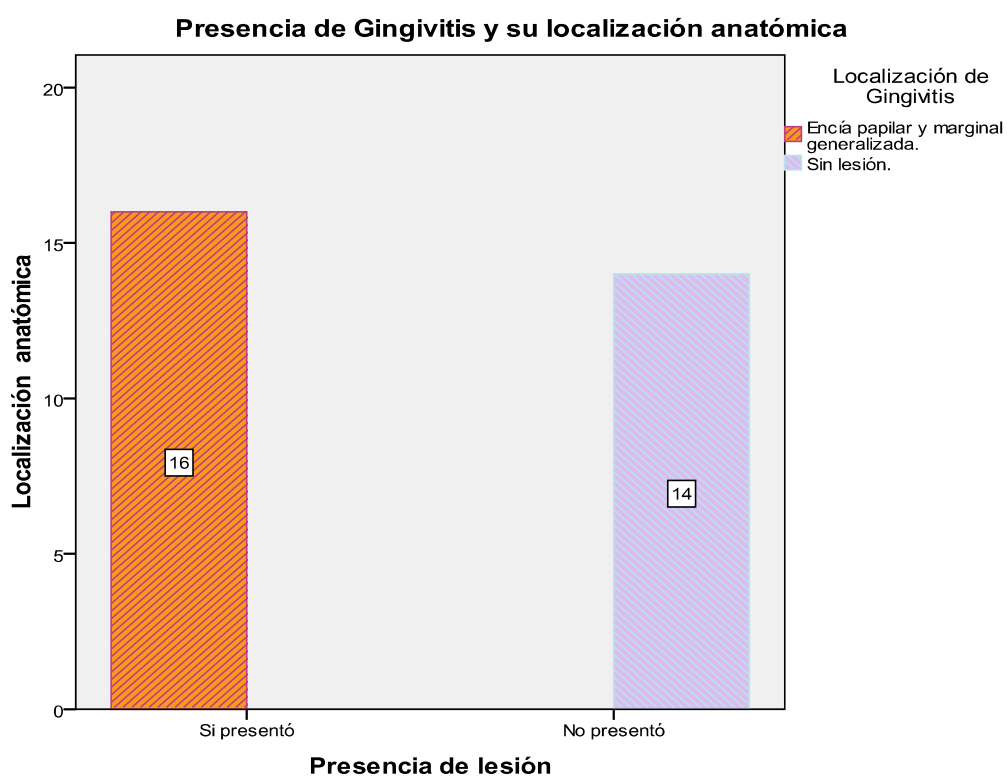
Interpretación:

En la tabla y gráfico se observa que del 100% de los pacientes evaluados el 6.6% presentó Leucoplasia Velloso, de las cuales fue localizada en bordes laterales de la lengua y la otra en el vestíbulo, y el 93.3% no presentó lesión.

Tabla N° 12 con su respectivo gráfico.

Gingivitis – Localización anatómica de la lesión.

	Localización de Gingivitis		
		Encía papilar y marginal generalizada.	
Gingivitis	Si presentó	16	53.3%
	No presentó	14	46.6%
Total		30	100%



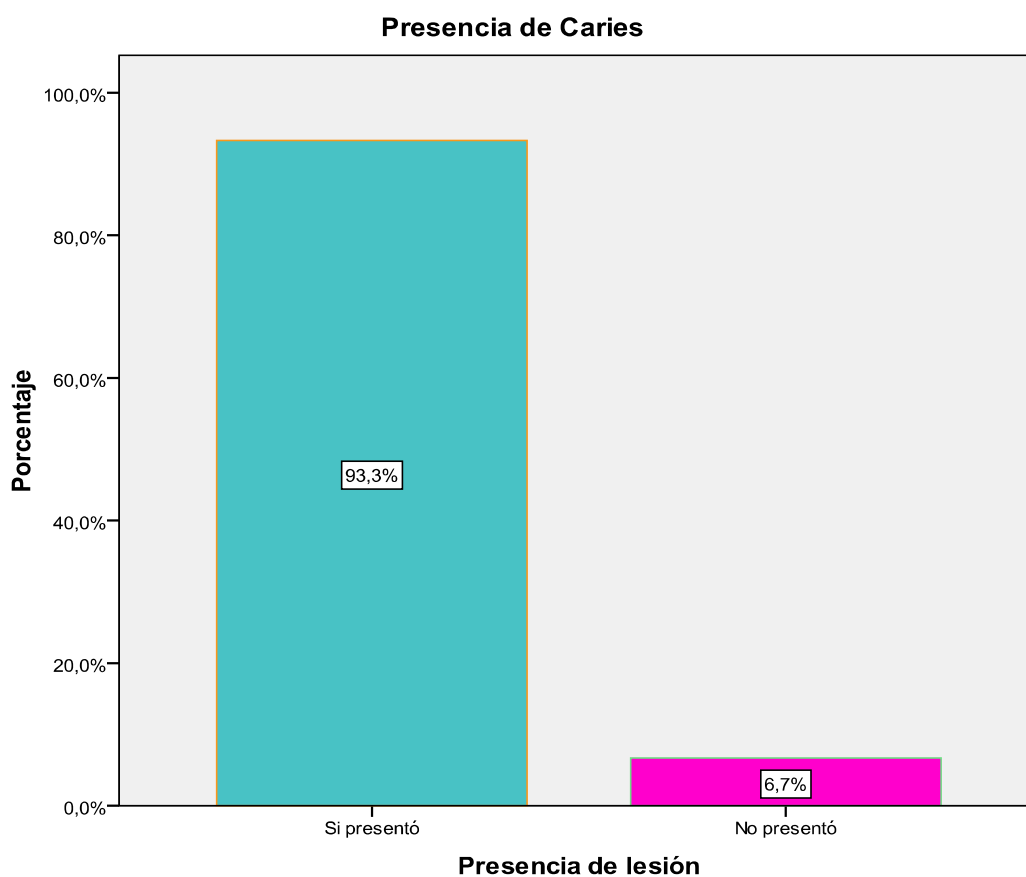
Interpretación:

La tabla y gráfico muestra que del 100% de pacientes evaluados se observó que el 46.6% no presentaron gingivitis y el 53.3% presentaron gingivitis localizándose tanto en encía papilar y marginal, de tipo generalizado.

Tabla N° 13 con su respectivo gráfico.

Presencia de lesiones cariosas.

Presencia de caries	Cantidad de pacientes.	
Si presenta caries	28	93.3%
No presenta caries	2	6.6%
Total	30	100%



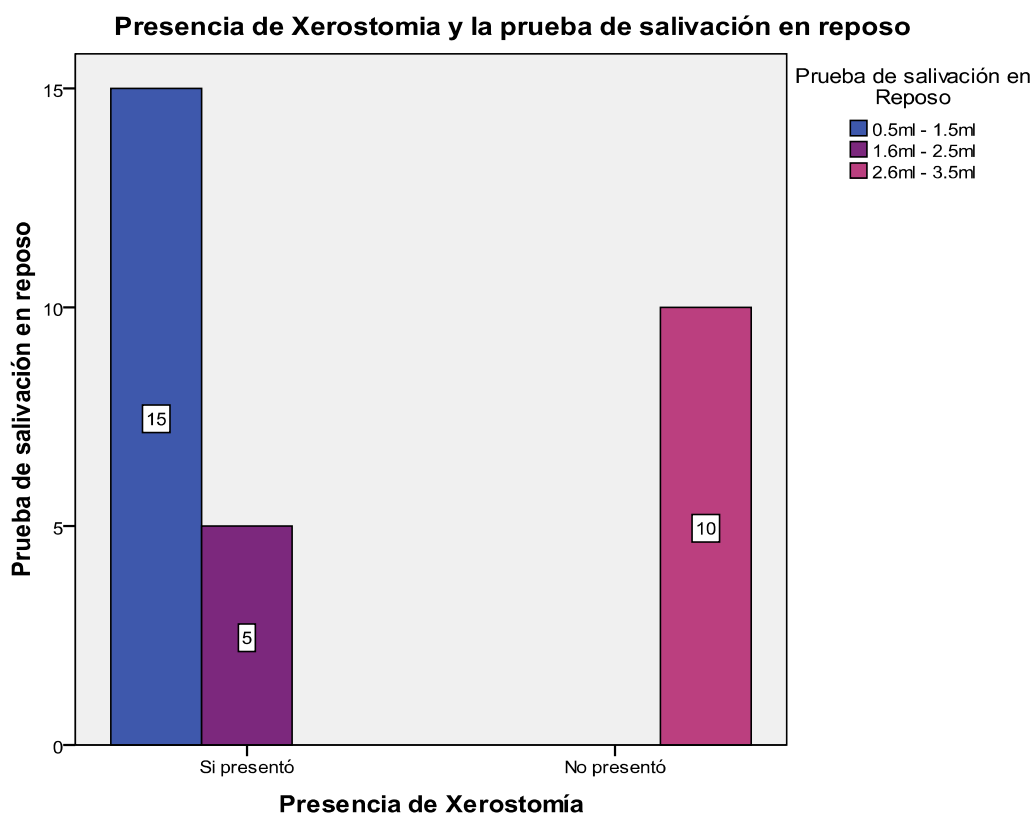
Interpretación:

En tabla y gráfico se revela la presencia de lesiones cariosas en el 93.3% de los casos y el 6.7% no presentaron esta lesión.

Tabla N° 14 con su respectivo gráfico.

Xerostomía - Prueba de sialometría en reposo.

		Prueba de Sialometría en Reposo						Total	
		0.5ml - 1.5ml		1.6ml - 2.5ml		2.6ml - 3.5ml			
Xerostomía	Si presentó	15	50%	5	16.6%	0	0%	20	66.6%
	No presentó	0	0%	0	0%	10	33.3%	10	33.3%
Total		15	50%	5	16.6%	10	33.3%	30	100%



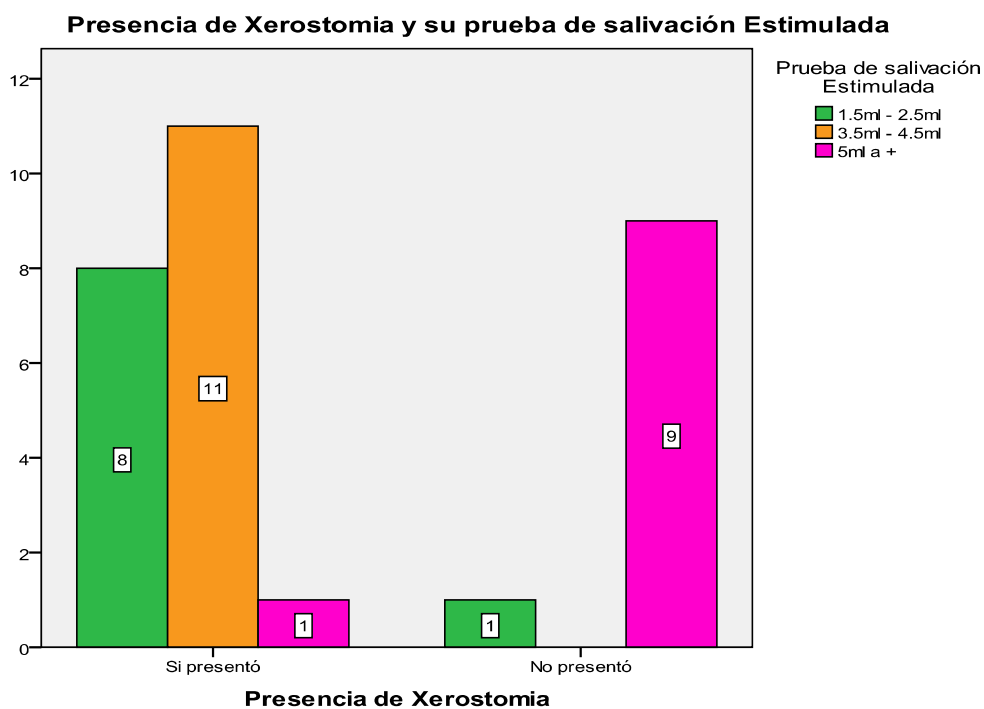
Interpretación:

En la tabla y gráfico se observa que del 100% de los pacientes evaluados el 66.66% presentaron xerostomía de las cuales el 50% estuvieron en intervalos de sialometría de 0.5ml a 1.5ml por 5 minutos y el 16.6% en intervalos de 1.6ml a 2.5ml por 5 minutos de producción de saliva en reposo.

Tabla N° 15 con su respectivo gráfico.

Xerostomía * Prueba de sialometría estimulada.

		Prueba de Sialometría Estimulada						Total	
		1.5ml - 2.5ml		3.5ml - 4.5ml		5ml a +			
Xerostomía	Si presentó	8	26.6%	11	36.6%	1	3.3%	20	66.6%
	No presentó	1	3.3%	0	0%	9	30%	10	33.3%
Total		9	30%	11	36.6%	10	33.3%	30	100%



Interpretación:

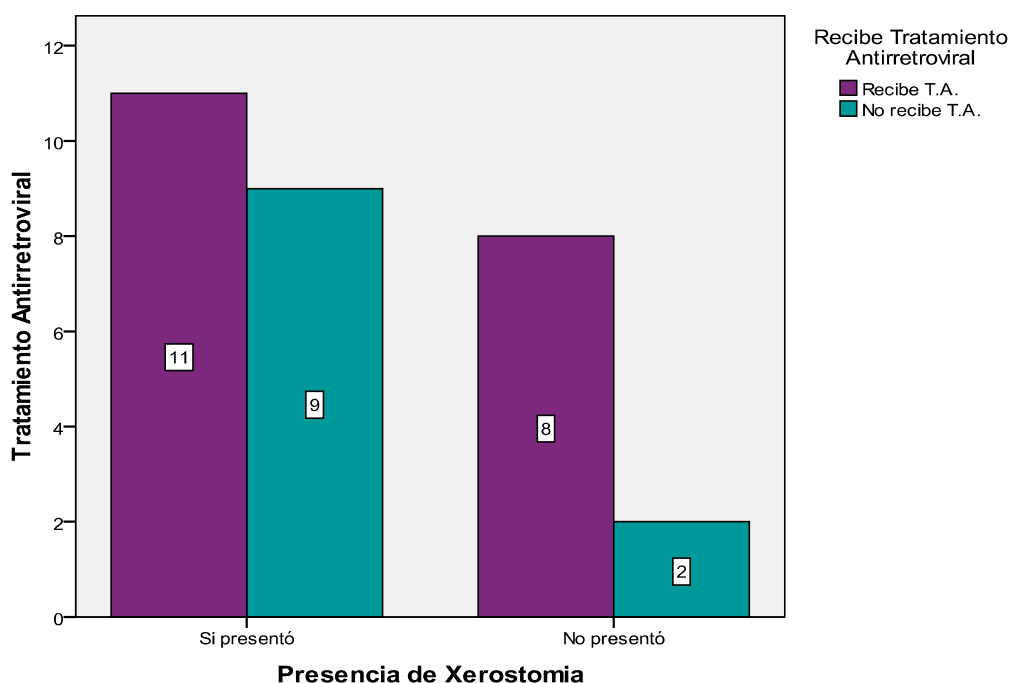
En la tabla y gráfico se observa que del 100% de los pacientes evaluados el 66.6% presentaron xerostomía de las cuales el 36.6% estuvieron en intervalos de sialometría de 3.5ml - 4.5ml por un minuto y el 26.6% en intervalos de 1.5ml - 2.5ml por un minuto, el 3.3% estuvo en intervalos de 5ml a + por un minuto de producción de saliva estimulada.

Tabla N° 16 con su respectivo gráfico.

Xerostomía - Tratamiento antirretroviral.

		Tratamiento antirretroviral				Total	
		No		Si			
Presencia de Xerostomía	Si	9	30%	11	36.6%	20	66.6%
	No	2	6.6%	8	26.6%	10	33.3%
Total		11	36.6%	19	63.3%	30	100%

Presencia de Xerostomia con la presencia de Tratamiento Antirretroviral



Interpretación:

La tabla y gráfico muestra que del 100% de los pacientes evaluados se observa que el 66.6% presentaron xerostomía, de los cuales el 30% no reciben tratamiento antirretroviral, y el 36.6% reciben tratamiento antirretroviral y 33.33% no presentan xerostomía, de los cuales el 6.6% no reciben tratamiento antirretroviral y 26.6% reciben tratamiento antirretroviral.

Tabla que muestra las diferentes lesiones bucales que están fuertemente asociadas a la infección por VIH como lo son las infecciones de tipo Fúngicas, Virales y Bacterianas, entre ellas esta la Candidiasis Pseudomembranosa (**CP**), Candidiasis Eritematosa (**CE**), Queilitis Angular (**QA**), Herpes Simple Tipo I (**HS**), Herpes Zoster (**HZ**), Leucoplasia Velloso (**LV**), Gingivitis Ulcero Necrotizante (**GUN**), Periodontitis Ulcero Necrotizante (**PUN**), que representan el **53.33%**.

Px.	CP	CE	QA	HS	HZ	LV	GUN	PUN	TOTAL
1	No	No	Si	No	No	No	No	No	1
2	No	No	Si	No	No	No	No	No	1
3	No	No	No	No	No	No	No	No	0
4	No	No	Si	No	No	Si	No	No	2
5	No	No	No	Si	No	No	No	No	1
6	No	No	No	No	No	No	No	No	0
7	No	No	No	No	No	No	No	No	0
8	Si	No	No	No	No	Si	No	No	2
9	No	Si	Si	No	No	No	No	No	2
10	No	No	Si	Si	No	No	No	No	2
11	No	Si	No	No	No	No	No	No	1
12	No	No	No	No	No	No	No	No	0
13	No	No	No	No	No	No	No	No	0
14	No	Si	No	No	No	No	No	No	1
15	No	No	No	No	No	No	No	No	0
16	No	Si	No	No	No	No	No	No	1
17	No	Si	No	No	No	No	No	No	1
18	No	No	No	No	No	No	No	No	0
19	No	Si	No	No	No	No	No	No	1
20	No	No	No	No	No	No	No	No	0
21	No	No	Si	No	No	No	No	No	1
22	No	No	No	No	No	No	No	No	0
23	No	No	No	No	No	No	No	No	0
24	No	No	No	No	No	No	No	No	0
25	No	No	No	No	No	No	No	No	0
26	Si	No	No	No	No	No	No	No	1
27	No	No	No	No	No	No	No	No	0
28	No	No	No	No	No	No	No	No	0
29	No	No	No	No	No	No	No	No	0
30	No	No	No	No	No	No	No	No	0
TOTAL	2	6	6	2	0	2	0	0	
%	6.6%	20%	20%	6.6%	0%	6.6%	0%	0%	

Tabla que muestra las diferentes lesiones bucales que se encuentran menos asociadas a la infección por VIH como la Xerostomía (**X**), Estomatitis Aftosa Recurrente (**EAR**), Estomatitis Aftosa Menor (**EAM**) que representan el **73.3%** y otras lesiones que no están asociadas con la infección por VIH tenemos la Gingivitis (**G**), Caries (**C**), Hipertequeratosis (**H**) que representan el **96.6%**.

Px.	G	C	X	H	EAR	EAM	TOTAL
1	SI	Si	Si	No	No	No	3
2	SI	Si	Si	No	No	No	3
3	No	Si	Si	No	Si	No	3
4	SI	Si	Si	No	No	No	3
5	SI	Si	Si	No	No	No	3
6	No	No	Si	Si	No	No	2
7	No	Si	No	No	No	No	1
8	SI	Si	Si	No	No	No	3
9	Si	Si	No	No	No	No	2
10	No	Si	No	No	No	No	1
11	No	Si	No	No	No	No	1
12	SI	Si	Si	No	No	No	3
13	No	Si	No	No	No	No	1
14	No	Si	No	No	No	No	1
15	No	Si	Si	No	No	No	2
16	No	Si	Si	No	No	No	2
17	No	No	Si	No	No	No	1
18	No	Si	No	No	No	No	1
19	SI	Si	Si	No	No	No	3
20	SI	Si	Si	No	No	No	3
21	No	Si	Si	No	No	No	2
22	SI	Si	Si	No	No	No	3
23	SI	Si	Si	No	No	No	3
24	No	Si	Si	No	No	No	2
25	SI	Si	Si	No	No	No	3
26	SI	Si	Si	No	No	No	3
27	SI	Si	Si	No	No	Si	4
28	SI	Si	No	No	No	No	2
29	No	Si	No	No	No	No	1
30	SI	Si	No	No	No	No	2
TOTAL	16	28	20	1	1	1	68
%	53.3%	93.3%	66.6%	3.3%	3.3%	3.3%	

Tabla de resultados final de todas las lesiones encontradas en pacientes VHI/SIDA (PVVS) y el 100% de la población presentó más de una lesión.

Nº Y % DE PACIENTES QUE PRESENTARON LESIONES			LESIONES BUCALES	Nº	%
13	43.3%	LESIONES FÚNGICAS	C. PSEUDOMEMBRANOSA	2	6.6%
			C. ERITEMATOSA	6	20%
			Q. ANGULAR	6	20%
3	10%	LESIONES VÍRICAS	H. SIMPLE TIPO I	2	6.6%
			H. ZOSTER	0	0%
			L. VELLOSA	2	6.6%
28	93.3%	LESIONES BACTERIANAS	GINGIVITIS	16	53.3%
			GUN	0	0%
			PUN	0	0%
			CARIES	28	93.3%
21	70%	OTRO TIPO DE LESIONES	XEROSTOMÍA	20	66.6%
			ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE	1	3.3%
			ESTOMATITIS AFTOSA MENOR	1	3.3%
			HIPERQUERATOSIS	1	3.3%

V DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación trata sobre el diagnóstico clínico bucal de los pacientes PVVS pertenecientes a FUNDASIDA.

Posterior al paso de instrumentos donde se evaluaron a treinta pacientes que asisten a las instalaciones de FUNDASIDA, los resultados obtenidos en los datos sociodemográficos son los siguientes:

De treinta pacientes evaluados se encontraron diferentes rango de edades un adolescente, veintisiete adultos y dos adultos mayores, de los cuales el 50% son del género femenino y la otra del sexo masculino, encontrando así una muestra homogénea no intencional, a diferencia del estudio realizado por Jovel Membreño Azel Vladimiro, et. al., Lesiones Orales en Personas PVVS de San Salvador, diciembre 2002 a mayo de 2003 donde el grupo que prevaleció ligeramente fue el sexo masculino en un 54.7%¹⁴. De igual manera en el estudio realizado por Mora Berry Shanda Tatiana, que trato sobre Depresión en pacientes con VIH – SIDA ingresados en el servicio de Infectología del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, Enero a Marzo 2008, reporta que el sexo predominante fue el masculino con un 74%.²⁸

En el presente estudio los rangos de edades oscilaron entre 16 a 70 años, clasificándose en adolescentes, adultos y adultos mayores, siendo los adultos el grupo el mas afectado en un 90%, a diferencia con el estudio de Jovel Membreño Azel Vladimiro, donde el rango de edad estuvo limitado de 25 a 39 años de edad, por ser el grupo mas afectado en su estudio.¹⁴

Comparando los rangos en cuanto al año de diagnóstico en el presente se detecto que en los diferentes grupos de edades el VIH se les diagnóstico desde 1 a 15 años, donde el 56.6% se les diagnóstico entre uno a cinco años, 30% de seis a diez años, y el 13.13% de diez a quince años, teniendo

una pequeña similitud en cuanto a los años de diagnóstico con el estudio Mora Berry Shanda Tatiana en el 2008 que informa que el 47% se le diagnóstico en menos de 1 año, el 35% de 1 a 5 años, y el 18% de 6 a 10 años.²⁸

En cuanto a su nivel educativo el 66.6 % posee una educación básica, el 26.6% con educación media y el 6.6% sin estudios. Teniendo así una gran diferencia en cuanto al nivel educativo encontrado en el estudio de Mora Berry Shanda Tatiana en el 2008, donde La mayoría de los pacientes tenían una escolaridad primaria con el 53 %, seguida de la escolaridad secundaria con un 26 %, 12 % no tenían ninguna escolaridad, el grupo con educación universitaria representó un 9 %.²⁸

En el presente estudio al consultar su estado civil se encontró que en un 60% de las personas se encontraban solteras, el 36.6% acompañados y el 3.3% casados, obteniendo así resultados similares al estudio de Mora Berry Shanda Tatiana en el 2008, donde el estado civil predominante fueron solteros con el 68 %, acompañados 20 %, casados 9 % y viudos con 3 %.

Al consultar la situación laboral de las personas que participaron en la presente investigación revelan que el 43.3% trabajan ocasionalmente, él 40% trabajan permanentemente y el 16.6% no poseen empleo, contrastando con el estudio de Jovel Membreño Azel Vladimiro que los clasifica en los diferentes tipos de ocupaciones y el grupo de personas que participaron en su investigación, el 25.6% eran amas de casa, obreros el 18.8%, técnicos el 1.5%, profesionales el 2.2% y en otros el 51.8%.¹⁴

Todos los pacientes que participaron en el presente estudio se encuentran en un control cada tres o seis meses con médicos de instituciones públicas, dependiendo su necesidad, y se les realiza un conteo de CD4 y carga viral para monitorear la progresión o estado de latencia de la enfermedad y así ver la necesidad del uso de tratamiento antirretroviral; los datos de

laboratorio obtenidos revelan que de todos los pacientes el 46.6% se encuentran con carga viral indetectable y sus niveles de CD4 estos se encuentran entre 200 a 500 mm³ al igual , el 16.6% presentan su carga viral baja encontrando sus niveles de CD4 < 200 mm³ a 499 mm³, el 16.6% presento su carga viral alta y sus niveles de CD4 varían desde < 200 mm³ a de > 500 mm³, y el 20% de los pacientes desconocen sus niveles de CD4 y su carga viral.

Con respecto a la evaluación clínica bucal de la población en estudio, se encontró la presencia de infecciones oportunistas: Fúngicas Virales y Bacterianas. Y entre las infecciones fúngicas se identificaron las tres variantes de Candidiasis bucal donde la de tipo Pseudomembranosa se encontró en un 6.6%, mostrándose clínicamente, como una placa blanca amarillenta desprendible al raspado, sin dejar zona de sangramiento, presentando dolor y localizada en lengua, siguiendo la Candidiasis Eritematosa en un 20%, mostrándose clínicamente un área enrojecida, asintomática y localizada a nivel de paladar duro, paladar blando y carrillos, , continuando con la Queilitis Angular en un 20%,mostrando clínicamente agrietamiento a nivel de las comisuras labiales bilateralmente, presentando síntomas de dolor y ardor de intensidad de leve a moderado . Haciendo una comparación con el estudio realizado por Echeverría Trejo, en Junio de 2000, reporto que la Candidiasis se presento con mayor frecuencia.⁸ De igual manera señala Ceccotti EL, en su Atlas llamado Manifestaciones orales del SIDA, también manifiesta que la Candidiasis bucal se presenta con mayor frecuencia en PVVS,¹⁰ por lo que cabe mencionar que en la investigación realizada en los pacientes de FUNDASIDA fue una de las infecciones presentes; pero no la de mayor frecuencia la cual no coincide con las investigaciones antes mencionadas. Lourenco AG manifiesta que la Candidiasis Pseudomembranosa se presenta en un 10.8%, Candidiasis Eritematosa con 6.9% y Queilitis Angular 13.9% y con mayor frecuencia en el sexo femenino.¹² Sin embargo en el estudio de Jovel Membreño Azel Vladimiro engloba los tres tipos de candidiasis bucal presentándose en un

13%¹⁴, al igual que Pedreira EN, et al, engloba la candidiasis presentándose en un 28%.¹³

En cuanto a las lesiones infecciosas de tipo víricas, se encontró el Herpes Simple Tipo I en un 6.6%, mostrando clínicamente vesículas en labios, con sintomatología de dolor de leve a severo, con frecuencia variable, siguiendo con la Leucoplasia Velloso en igual porcentaje 6.6%, presentándose clínicamente con grietas verticales lineales en bordes laterales de la lengua y vestíbulo, la cual no cursa con sintomatología, con una frecuencia de igual porcentaje tanto en el sexo masculino, como femenino. En otro estudio realizado por Erick Pedreira donde se observó que la Leucoplasia Velloso y el Herpes simple, se encontraba en un menor porcentaje, siendo este en un 10%, coincidiendo con la investigación.¹³

Encontrando también muchos estudios los cuales no coinciden con los resultados encontrados como lo son el estudio realizado por Lourenco AG, encontró que de las infecciones víricas las que prevalecieron fue Herpes Simple en un 11.8%.¹² Y según Jovel Membreño Azel Vladimiro menciona que las lesiones que se encontraron fueron Herpes Simple en un 5%.¹⁴ Siendo diferente al estudio de Ranganathan K, que solo encontró Leucoplasia Velloso en un 2%.¹⁵

Por otra parte se encontraron las lesiones de tipo bacterianas, como la Gingivitis en un 53.3%, clínicamente se detectó a nivel de las papilas y encía marginal observándose la encía eritematosa y a veces sangrantes, cursando con dolor leve, otra de las infecciones bacterianas que se observó con mayor frecuencia fue la caries dental en un 93.3%, las cuales no están asociadas a la infección por VIH, pues en la gran mayoría se encontró la presencia de irritantes locales. En un estudio realizado por Santana Y, et al, reporta en sus datos el 84.4% de los pacientes con VIH tenían caries dental el 55% padecían de enfermedad periodontal y el 88.2% tenían dientes perdidos por caries dental. Este mismo autor cita otro estudio realizado por Phelan y col,

donde quería determinar si había asociación entre la infección por VIH y la caries dental en mujeres pertenecientes a un programa de atención para este virus, reveló un predominio de caries entre mujeres VIH positivas comparadas con VIH negativas.¹⁹

Entre otras manifestaciones encontradas se observó la Xerostomía, la cual clínicamente se contrastó con pruebas sialométricas obteniéndose que del 100% de los pacientes evaluados el 66.6% presentaron xerostomía de las cuales el 50% estuvieron en intervalos de sialometría de 0.5ml a 1.5ml por 5 minutos y el 16.6% en intervalos de 1.6ml a 2.5ml por 5 minutos de producción de saliva en reposo. En cuanto a los resultados de la sialometría estimulada el 36.6% estuvieron en intervalos de sialometría de 3.5ml - 4.5ml por un minuto y el 26.6% en intervalos de 1.5ml - 2.5ml por un minuto, el 3.3% estuvo en intervalos de 5ml a + por un minuto de producción de saliva. Comparando estos datos obtenidos con los Valores normales encontrados en Gómez de Ferraris que establece que el flujo de salivación en reposo (saliva no estimulada) es de 0.3 a 0.5 ml/min y de saliva estimulada es de 1 a 3 ml por minuto. Encontrando así que cuando el flujo salival es inferior a 0.1-0.2 ml/min, o el estimulado es menor que 0.5- 0.7 ml/min se considera que existe una disminución patológica de secreción salival llamada sialopenia.²³ Sin embargo en el presente estudio se constató la presencia de Xerostomía debido a que las pruebas de sialometría resultaron muy bajas en relación a los valores normales, pudiendo estar directamente relacionada con la ingesta de fármacos antirretrovirales en un 55% y el 45% relacionada a otros factores desconocidos, detectándose en un mismo porcentaje en el sexo masculino y femenino.

De manera muy general se puede mencionar que de la presencia de lesiones bucales ocasionadas por las diferentes infecciones de tipo Fúngicas, Virales, Bacterianas y otras lesiones de origen desconocido, los resultados obtenidos fue que en un 100% de los pacientes examinados, estos presentaron al menos una lesión bucal, de los cuales el 43.33%

presento lesiones de tipo Fúngicas, donde la Candidiasis Pseudomembranosa se encontró en 6.6%, la Candidiasis Eritematosa en un 20% y la Queilitis Angular en un 20%. El 13.3% presentó lesiones de tipo Virales de las cuales se destaca el Herpes Simple Tipo I y la Leucoplasia Velloso donde ambas se encontraron en un 6.6%. También se observó la presencia de otras lesiones que están menos asociadas al VIH como lo es la Xerostomía en 66.6% de los casos, la cual en un 55% esta ligada a la terapia antirretroviral y el 45% se desconoce su relación directa con el VIH, Estomatitis Aftosa Recidivante y Estomatitis Aftosa Menor, todas presentadas en un 3.3%. Se observó prevalencia de infecciones bacterianas, donde la Gingivitis se encontró en 53.3%, la caries dental en un 93.3%, estas dos lesiones encontradas no están asociadas a la infección por VIH pues en más del 50% de los casos se les encontró presencia de irritantes locales y otra lesión que no esta asociada a la infección por VIH es la Hiperqueratosis encontrada en un 3.3%.

VI CONCLUSIONES

Al finalizar esta investigación donde se realizó el diagnóstico clínico bucal en los pacientes PVVS pertenecientes a de FUNDASIDA se concluye lo siguiente:

- Los pacientes que asisten a la FUNDASIDA son de escasos recursos económicos y la mayoría con un nivel educativo básico en un 66.6%, y el 43.3% poseen un trabajo ocasional.
- En los datos de laboratorio obtenidos el 46.6% de los pacientes se encuentran indetectables en su carga viral y en sus niveles de CD4 estos se encuentran entre 200 a 500 CD4/mm³.
- Se logró identificar la presencia de por lo menos una lesión en el 100% de los pacientes, encontrando así manifestaciones clínicas causadas por enfermedades Fúngicas en un 43.3%, Virales en un 10% y el 93.3 las de tipo Bacterianas, así como otras lesiones de origen desconocido en un 70%.
- Se logró identificar la localización anatómica de los diferentes tipos de lesiones, siendo la encía el lugar donde más se presentaron lesiones en un 53.3%, seguido de comisuras labiales en un 20%, paladar duro en un 10% y paladar blando un 6.6% y dientes en un 93.3%.

VII RECOMENDACIONES Y PROPUESTA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

▪ RECOMENDACIONES

A los estudiantes, docentes y dirección general de educación odontológica de la FOUES.

Brindar una atención odontológica con responsabilidad de alta calidad y un trato digno a todas las personas con VIH. Poniendo en práctica la bioética y manteniendo siempre las medidas de bioseguridad y concientizar al estudiante desde los primeros ciclos en el abordaje de los pacientes PVVS.

Se recomienda en un futuro a la Dirección de Educación Odontológica para que apoye y participen en la ejecución de la propuesta de atención odontológica de tipo preventivo y curativo para personas PVVS pertenecientes a FUNDASIDA.

▪ PROPUESTA DE ATENCION ODONTOLOGICA

“Atención odontológica de tipo preventivo y curativo para personas PVVS”.

Luego de realizar la investigación denominada “DIAGNÓSTICO CLÍNICO BUCAL DE LOS PACIENTES PVVS, PERTENECIENTES A LA FUNDACIÓN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN, EDUCACION Y ACOMPAÑAMIENTO DE LA PERSONA VIH/SIDA”. Se observó que la población que asiste a la fundación es de escasos recursos económicos, con niveles educativos de básico y medio, en cuanto a su situación laboral la mayoría poseen trabajos ocasionales y muy pocos con trabajo permanente.

Siendo una población discriminada por la sociedad debido a su condición de portadora del VIH, según lo manifestado por los mismos pacientes, a ellos

se les dificulta tener una atención de tipo odontológica adecuada según sus necesidades ; ya que en algunos centros de salud tanto privados como públicos, se les niegan a prestarles sus servicios odontológicos.

Al finalizar el diagnóstico clínico bucal en pacientes portadores del VIH se observaron diferentes tipos de lesiones bucales tanto Fúngicas como Virales de las cuales estas si se encuentran asociadas a la infección, por otro lado se observaron otro tipo de lesiones menos asociadas a la infección por VIH y la presencia de lesiones Bacterianas las cuales no están relacionadas a la infección por VIH, por todo ello, se le da inicio a la elaboración de una propuesta de atención odontológica de tipo preventivo y curativo para los pacientes de FUNDASIDA.

El motivo principal de la creación de esta propuesta odontológica es para:

- Que los pacientes puedan recibir un tratamiento bucal integral, adecuado a sus necesidades.
- Que la atención odontológica se les brinde dentro de las instalaciones de FUNDASIDA sin tener que desplazarse a otro lugar.

Las acciones están dirigidas a:

- Que exista un personal capaz y adecuado de prevenir, identificar y diagnosticar las diferentes lesiones bucales.
- Que no solo se limite a los tratamientos de tipo restaurativos.
- De igual manera este personal debe saber manejar los efectos colaterales causados por la ingesta de fármacos antirretrovirales.

Por lo que se propone en un futuro a la FOUES, por medio de las autoridades respectivas brindar el apoyo y la ejecución del proyecto. Cuyo monto de este proyecto aun no esta contemplado dentro de la investigación, debido a que es una sugerencia del grupo investigador. Las entidades responsables de apoyar y ejecutar el proyecto serán las autoridades pertinentes de la FOUES Y FUNDASIDA.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolos de Atención para personas viviendo con VIH/SIDA 2005, El Salvador: Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social; 2005.
- 2 - Martínez Avelar L, 50 adolescentes contagiados VIH. La Prensa Grafica. 2009 Sept.26; Tema del día: Pág. 2-3. <http://www.laprensagrafica.com/el-salvador/social/62049-50-adolescentes-contagiados-vih.html>.
- 3- Organización Mundial para la Salud/Acceso Universal para 2010. Cumbre Mundial de las Naciones Unidas Celebrada en 2005. La Secretaria de ONUSIDA. HYPERLINK.
<http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/es/index.html>
- 4- OMS/ONUSIDA/UNICEF Comunicado de prensa conjunto. Cerca de tres millones de personas VIH positivas reciben tratamientos que pueden salvarles la vida. Ginebra y país, 2 de junio de 2008.
<http://www.who.int/hiv/mediacentre/pressrelease2june2008/es/index.html>
- 5- Duran Chavarría JC. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación Actual del VIH/SIDA y casos Reportados 1984-2005.
- 6- Sapp JP, Everside LR, Wysock JP. Patología Oral y Maxilo Facial Contemporánea, 2º ed- 2nd ed. Pag. 214-216. Editorial ELSEVIER, España 2005.
- 7- Castellanos JL, Díaz Guzmán LM, Gay Zarate O, Medicina en Odontología Manejo Dental de Pacientes con Enfermedades Sistémicas 2002; 2ªed-2nd ed. pág.61-62 México.

- 8- Echeverría Trejo Nelson, Romero J, Ortiz A, Manifestaciones Bucales Asociados al Paciente con (VIH) y (SIDA). Rev. Soc. Méd-Quir. Hosp. Emerg. Pérez de león: 31(1):9-16, jun. 2000.
- 9- Expósito-Delgado AJ, 2004. Manifestaciones Orales de la Infección por VIH en la Infancia, artículo de revisión. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9:410-20.
- 10- Ceccotti EL. Manifestaciones Orales del SIDA Atlas a color. Ed. Panamericana.
- 11- Boj JR. Odontopediatría 1ª edición editorial Masson, S.A. 2004 Pág. 460-461.
- 12- Lourenco AG, Figueiredo LTM, Oral lesions in HIV infected individuals from Ribeirao Preto, Brazil. Circulo Oral Bucal del Med Patol. 1 de mayo 2008; 13 (5): E281-6. C.I.F oral de Medicina S.L. del ©. B 96689336 - ISSN [http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v13i5/medoralv13i5p281 .pdf](http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v13i5/medoralv13i5p281.pdf) 1698-6946
- 13- Pedreira EN, et al, Epidemiological and Oral Manifestations of HIV Positive Patients in a specialized service in Brazil J appl oral sci, 2008; 16(6):369-75.
- 14- Jovel Membreño Azel Vladimiro, et al, "Lesiones Orales en Personas Viviendo con VIH/SIDA asistentes a instituciones que cuentan con grupos de apoyo en la zona metropolitana de San Salvador, diciembre 2002 a mayo de 2003", UES, Facultad de Medicina.

15- Ranganathan K, Hemalatha R. Oral Lesions in HIV Infection in Developing Countries: an Overview. *Adv. Abolladura. Res.* 2006; 19: 63
DOI: 101177/154407370601900113.

<http://adr.sagepub.com/cgi/content/abstract/19/1/63>.

16- Vaseliu N. D.D.S. M.S., O.M.F.S; Harrison K, B.D.S., M.S. Kabue
marca, B.D.S., M.S., M.P.H. oral marca, B.D.S., M.S., M.P.H oral
manifestations of hiv infection. Aug 2005.

<http://baylorids.org/curriculum/files/15.pdf>

17- Giordano SS, Castillo CD. Gingivitis Ulceronecrotizante y su Relación
con el VIH/SIDA 3/2007, vol.45

18- Campos PM, Chartene L, Bascones A. Enfermedad Periodontal e
infección por VIH, estado actual Periodon implantol 2006; 18.3:135-147.
(LNH).

19- Santana Y, Navas R, Morón A, Chaparro N, García R, Suárez I, et al.
Condiciones de Salud-Enfermedad Bucalucal en pacientes Adultos
VIH/SIDA. Acta Odontol.Venez v.46n.2 Caracas jun.2008.

<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001->

[63652008000200005&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652008000200005&script=sci_arttext)

20- Delgado W, Mohama S, Bravo F, Ferrufino JC, Gotuzzo E. Epidemie
Kaposi Sarcoma im Oral Cavity , Folia Dermatol. V.16n.1 Lima
ene/abr.2005

<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102917332005000100008&script=>

[sci_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102917332005000100008&script=sci_arttext)

21- Revistas Biomédicas Latinoamericanas 1998-2009. SIDA y Linfoma No-hodgkin. Experiencia en un centro Oncológico en México Rev. Invest Clim 2008; 60 (5); 375-381.

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=54414&id_seccion=6&id_ejemplar=5516&id_revista=2.

22- Reporte de Caso Clínico. Linfoma No-Hodgkin (LNH) asociado a SIDA en la Cavidad Bucal. Home: ediciones; vol 1/2007

http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/linfoma_no_hodgkin.asp

23- Gómez de Ferraris Campos Muños. Histología y Embriología bucodental 2ª edición editorial Panamericana 2003. Madrid España. Pag. 175,176.

24- BENITO URDANETA, Marisol, BERNARDONI DE SOCORRO, Cecilia *et al.* Manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y su relación con valores de Linfocitos CD4. *Acta odontol. venez.* [online]. 2007, vol.45, no.2 [citado 19 Mayo 2010], p.229-233. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000200019&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0001-6365.

25- Prado JG, Variaciones en el “Finess del VIH-1 durante la terapia antirretroviral [Tesis doctoral] Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona 2005.

Barcelona. http://www.tdr.cesca.es/Tesis_uav/available/tdx-0502106-224011//igp1de1.pdf

26- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Estratégico Nacional de Prevención, Atención y control de las ITS/VLH SIDA.2000 San Salvador.

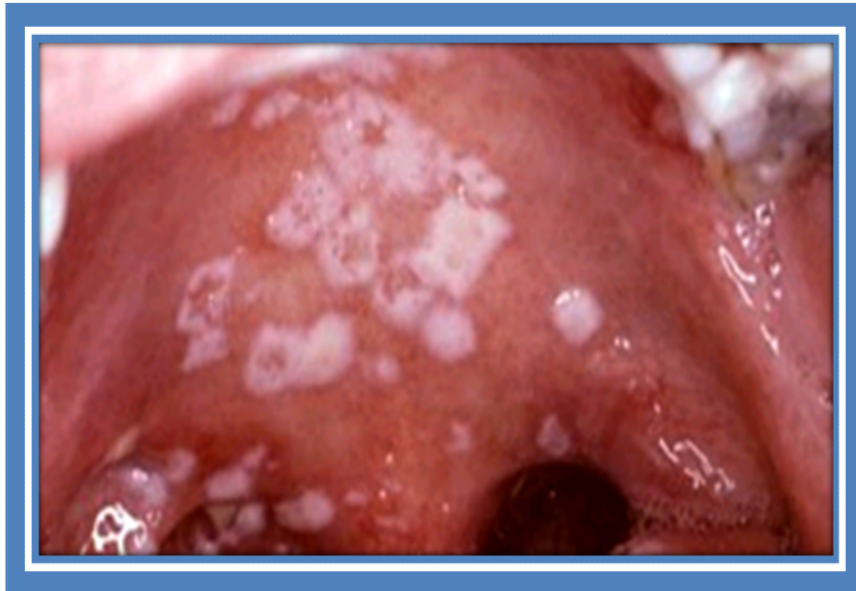
http://www.mspas.gob.sv/pdf/SIDA_doc/GU%C3%8Das_Metodologicas_Par_a_Grupos_de_apoyo_PVVS.doc.

27- Shanda Tatiana Mora Berry, “Depresión en pacientes con VIH – SIDA ingresados en el servicio de Infectología del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, Enero a Marzo 2008.”
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS.

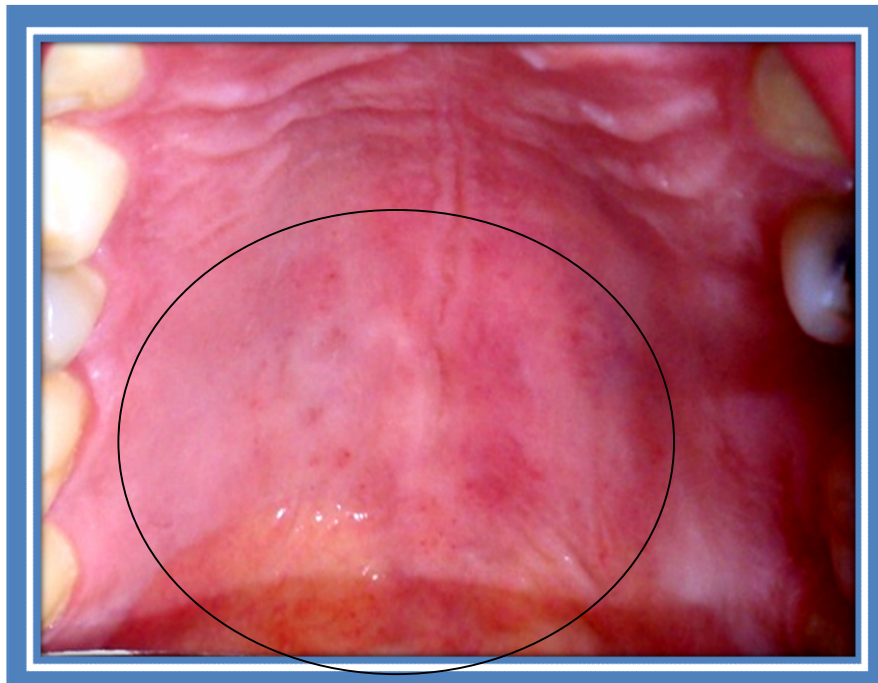
ANEXOS

ANEXO Nº 1
FOTOGRAFÍAS

CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA A NIVEL DE PALADAR



CANDIDIASIS ERITEMATOSA A NIVEL DE PALADAR DE LEVE
INTENSIDAD.



CANDIDIASIS ERITEMATOSA A NIVEL DE PALADAR DE MODERADA INTENSIDAD.



CANDIDIASIS ERITEMATOSA A NIVEL DE PALADAR DE SEVERA INTENSIDAD.



QUEILITIS ANGULAR BILATERAL



QUILITIS ANGULAR BILATERAL.



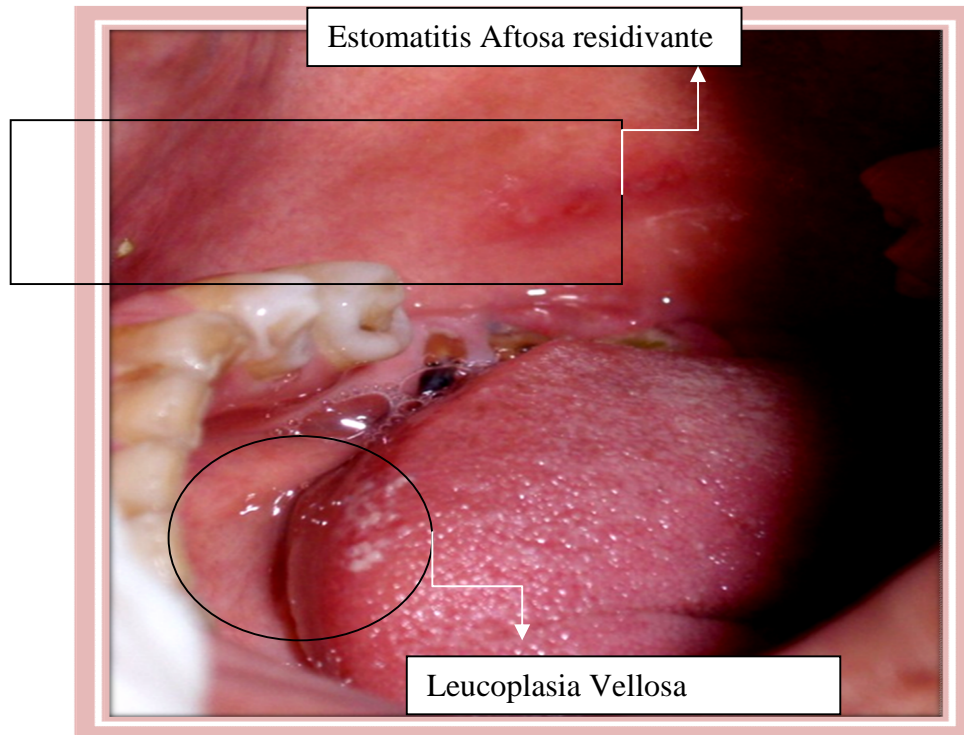
ESTOMATITIS POR HERPES SIMPLE TIPO I



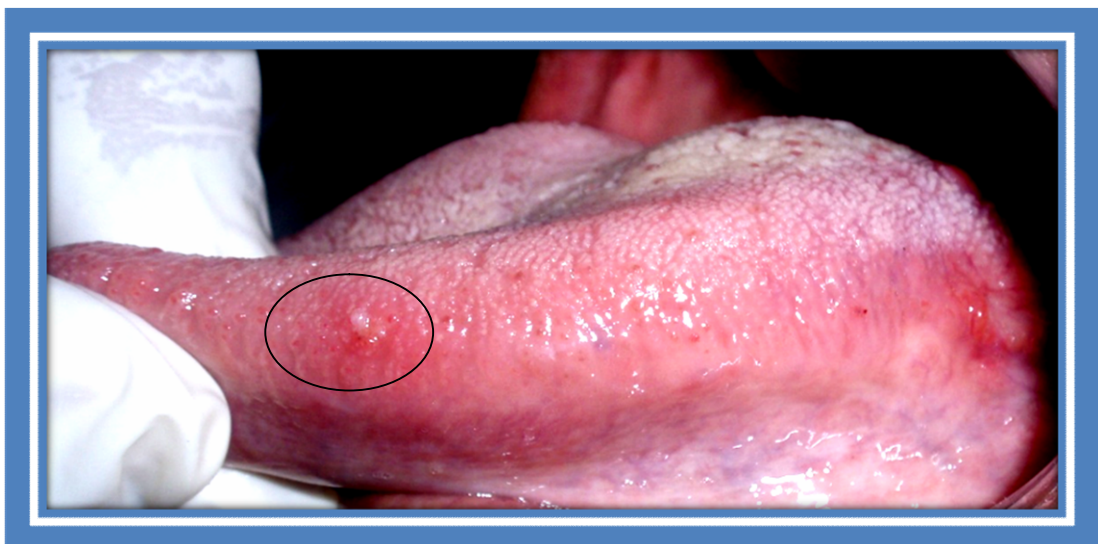
LEUCOPLASIA VELLOSA A NIVEL DE VESTIBULO



LEUCOPLASIA VELLOSA A NIVEL LINGUAL Y ESTOMATITIS AFTOSA
RESIDIVANTE



LEUCOPLASIA VELLOSA A NIVEL LINGUAL



GINGITIVIS



HIPERQUERATOSIS



ESTOMATITIS AFTOSA MENOR



ANEXO N° 2
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO 2009	ACTIVIDAD
ENERO	<ul style="list-style-type: none"> -Solicitud de cambio de docente director -Justificación: Cambio de la población en estudio, por motivos internos de la institución. Anteriormente se iba a realizar en niños y actualmente la investigación se realizara en población adulta.
FEBRERO	<ul style="list-style-type: none"> -Aprobación del cambio de docente director: Florence Juana María Cuadra. Título de la investigación: "Diagnóstico clínico bucal de los pacientes VIH POSITIVOS, pertenecientes a la Fundación Nacional para la Prevención, Educación y Acompañamiento de la Persona VIH/SIDA (FUNDASIDA)".
MARZO	<ul style="list-style-type: none"> -Recolección bibliográfica. -Revisión bibliográfica. -Inicio de protocolo.
ABRIL	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión del primer avance del protocolo de investigación (Introducción, planteamiento del problema, justificación y objetivos). -Entrega de correcciones por la docente Directora.
MAYO	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión del segundo avance del protocolo de investigación. (Marco teórico, materiales y métodos). -Entrega de correcciones por la docente Directora.
JUNIO	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de protocolo de investigación por Docente Directora. - corrección de protocolo de investigación por Docente Directora.
JULIO	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega de protocolo a Dra. Coordinadora de procesos de graduación. - Entrega de protocolo con todas las correcciones al grupo investigador.

AGOSTO	- Correcciones nuevas del protocolo y entrega de este nuevamente a Dra. Coordinadora de procesos de graduación.
SEPTIEMBRE	- Correcciones nuevas del protocolo y entrega de este nuevamente a Dra. Coordinadora de procesos de graduación.
OCTUBRE	- Correcciones nuevas del protocolo y entrega de este nuevamente a Dra. Coordinadora de procesos de graduación.
NOVIEMBRE	- Correcciones nuevas del protocolo y entrega de este nuevamente a Dra. Coordinadora de procesos de graduación.
DICIEMBRE	- Revisión por la comisión evaluadora.
AÑO 2010	ACTIVIDAD
ENERO	- Correcciones nuevas del protocolo y entrega de este nuevamente a Dra. Coordinadora de procesos de graduación.
FEVERERO	-Finalización de revisión del protocolo de investigación y ejecución del paso de instrumentos.
MARZO	Ejecución del paso de instrumentos.
ABRIL	Ejecución del paso de instrumentos.
MAYO	Vaciado de los datos, entrega de tesis y carta a la junta directiva para jurado evaluador.
JUNIO	Defensa de tesis.

ANEXO N° 3
 CUADRO DE RELACIÓN
 DE INDICADORES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
1.1) Sexo. 1.1.1- Femenino. 1.1.2- Masculino.	Entrevista	Cédula de entrevista
1.2) Edad. 1.2.1- 10 a 19 años 1.2.2- 20 a 59 años 1.2.3- 60 a mas años	Entrevista	Cédula de entrevista
1.3) Estado civil. 1.3.1- Soltero. 1.3.2- Casado. 1.3.3- Acompañado.	Entrevista	Cédula de entrevista
2.1) Con tratamiento Antirretroviral. 2.1.1- SI 2.1.2- No.	Entrevista	Cédula de entrevista
2.2) Conteo de Linfocitos. 2.2.1- Cantidad por campo.	Observación	Guía de observación.
2.3) Carga Vírica. 2.3.1- Cantidad por milímetro cubico.	Observación	Guía de observación.
3.1) Candidiasis Pseudo Membranosa. 3.1.1- Placa blanquecina ligeramente elevada desprendible con facilidad de consistencia blanda. 3.1.2- Localización anatómica.	Entrevista Observación Observación	Cédula de entrevista Guía de observación. Guía de observación.
3.2) Candidiasis Eritematosa. 3.2.1- Placas eritematosas de consistencia firme.	Observación	Guía de observación.

<p>3.2.2- Localización anatómica.</p> <p>3.3) Queilitis Angular.</p> <p>3.3.1- Inflamación eritematosa ulcerada. Con exudado sanguinolento.</p> <p>3.3.2- Localización anatómica.</p>	<p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p>	<p>Guía de observación.</p> <p>Cédula de entrevista</p> <p>Guía de observación.</p> <p>Guía de observación.</p>
<p>4.1) Herpes Simple tipo I</p> <p>4.1.1- Vesículas o úlceras costrosas.</p> <p>4.1.2- Localización anatómica.</p>	<p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p>	<p>Cédula de entrevista</p> <p>Guía de observación.</p> <p>Guía de observación.</p>
<p>4.2) Herpes zoster.</p> <p>4.2.1- Vesículas en forma lineal que sigue el recorrido del nervio afectado.</p> <p>4.2.2- Localización anatómica.</p> <p>4.3) Leucoplasia Velloso.</p> <p>4.3.1- Placas lineales no desprendibles con superficie arrugada de color blanquecino.</p> <p>4.3.2- Localización anatómica.</p>	<p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p>	<p>Cédula de entrevista</p> <p>Guía de observación.</p> <p>Guía de observación.</p> <p>Cédula de entrevista</p> <p>Guía de observación.</p> <p>Guía de observación.</p>
<p>5.1) Gingivitis.</p> <p>5.1.1- Inflamación eritematosa del borde gingival libre y encía adherida.</p>	<p>Observación</p> <p>Entrevista</p>	<p>Guía de observación</p> <p>C. E</p>

<p>5.2) Gingivitis Ulcero Necrosante (GUN).</p> <p>5.2.1- Hemorragia provocada o espontánea.</p> <p>5.2.2- Papilas ulceradas o necrosadas con presencia de cráteres.</p> <p>5.3) Periodontitis Ulcero Necrosante (PUN)</p> <p>5.3.1- Destrucción y necrosis del periodonto con ulceración.</p> <p>5.3.2- Pérdida de inserción gingival.</p> <p>5.3.3- Pérdida de hueso alveolar.</p>	<p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p>	<p>Cédula de entrevista</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Cédula de entrevista</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p>
<p>6.4) Caries.</p> <p>6.4.1- Odontograma.</p>	<p>Observación</p>	<p>Guía de observación</p>
<p>7.1) Xerostomía.</p> <p>7.1.1- Agrietamiento de labios y comisuras.</p> <p>7.1.2- Resequedad de la boca.</p> <p>7.1.3- Prueba de salivación en reposo y estimulada.</p>	<p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p>	<p>Cédula de entrevista</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación.</p>

ANEXO N° 4
 CUADRO DE RELACIÓN DE
 INDICADORES CON ASPECTOS A OBSERVAR
 DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN.

INDICADOR	N° DE ASPECTO A OBSERVAR
<p>1.1) Candidiasis Pseudo Membranosa.</p> <p>1.1.1- Placa blanquecina ligeramente elevada desprendible con facilidad de consistencia blanda.</p> <p>1.1.2- Localización anatómica.</p> <p>1.2) Candidiasis Eritematosa.</p> <p>1.2.1- Placas eritematosas de consistencia firme.</p> <p>1.2.2- Localización anatómica.</p> <p>1.3) Queilitis Angular.</p> <p>1.3.1- Inflamación eritematosa ulcerada con exudado sanguinolento.</p> <p>1.3.2- Localización anatómica.</p>	<p>1.a.</p> <p>1.b.</p> <p>2.a.</p> <p>2.b.</p> <p>3.a.</p> <p>3.b.</p>
<p>2.1) Herpes Simple tipo I.</p> <p>2.1.1- Vesículas o úlceras costrosas.</p> <p>2.1.2- Localización anatómica.</p> <p>2.2) Herpes zoster.</p> <p>2.2.1- Vesículas en forma lineal que sigue el recorrido del nervio afectado.</p> <p>2.2.2- Localización anatómica.</p>	<p>4.a.</p> <p>4.b.</p> <p>5.a.</p> <p>5.b.</p>

<p>2.3) Leucoplasia Velloso.</p> <p>2.3.1- Placas lineales no desprendibles con superficie arrugada de color blanquecino.</p>	<p>6.a.</p>
<p>3.1) Gingivitis.</p> <p>3.1.1- Inflamación eritematosa del borde gingival libre y encía adherida.</p>	<p>7.a.</p>
<p>3.2) Gingivitis Ulcero Necrosante (GUN).</p> <p>3.2.1- Hemorragia provocada o espontánea.</p> <p>3.2.2- Papilas ulceradas o necrosadas con presencia de cráteres.</p> <p>3.3) Periodontitis Ulcero Necrosante (PUN).</p> <p>3.3.1- Ulceración, necrosis y destrucción del periodonto.</p>	<p>8.a.</p> <p>8.b.</p> <p>9.a.</p>
<p>3.3.2- Pérdida de la inserción gingival.</p> <p>3.3.3- Pérdida de hueso alveolar</p>	<p>9.b</p> <p>9.c</p>
<p>3.4) Caries.</p> <p>3.4.1- Odontograma.</p> <p>4.1) Xerostomía.</p> <p>4.1.1- Agrietamiento de labios y comisuras.</p> <p>4.1.2- Resequedad de la boca.</p> <p>4.1.3- Prueba de salivación en reposo y estimulada.</p>	<p>10.a</p> <p>11.a.</p> <p>11.b.</p> <p>11.c.</p>

ANEXO N° 5
 CUADRO DE RELACIÓN DE
 INDICADORES CON SUS RESPECTIVAS
 PREGUNTAS DE LA CÉDULA DE ENTREVISTA.

INDICADORES	Nº DE PREGUNTA
a. 1. Candidiasis Pseudo Membranosa.	
a.1.1. ¿Presenta usted ardor?	1.a.
b.1. Queilitis Angular.	
b.2. 1. ¿Presenta usted dolor?	2.a.
b.2. 1. ¿Presenta usted ardor?	2.b.
c.1. Herpes Simple.	
c.1.1 ¿Presenta usted dolor?	3.a.
d.1. Herpes zoster.	
d.1.1 ¿Presenta usted dolor?	4.a.
d.1.2. ¿presenta dolor en los oídos?	4.b.
e.1. Leucoplasia Velloso.	
e.1.1. ¿Presenta usted dolor?	5.b.
f.1. Gingivitis Úlcero Necrosante (GUN).	
f.1.1. ¿Presenta usted dolor?	6.a.
f.1.2. ¿Le sangra la encía?	6.b.
g.1. Periodontitis Úlcero Necrosante (PUN).	
g.1.1. ¿Presenta dolor?	7.a.
g.1.2. ¿Presenta movilidad dentaria?	7.b.
h.1. Caries.	
h.1.1. ¿Le han realizado extracciones, obturaciones, u otros tratamientos dentales?	8.a.
i.1. Xerostomía.	
i.1.1 ¿Siente resequedad en la boca?	9.a.

ANEXO N° 6
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN.



CÉDULA DE ENTREVISTA

Nº. De Cédula de Entrevista: _____

OBJETIVO: Obtener información sobre los síntomas que presentan las condiciones bucales en pacientes con VIH.

INDICACIONES:

- ◆ Saludar al paciente.
- ◆ Presentación de las investigadoras.
- ◆ Explicar el contenido de la cédula de entrevista y que la información es de tipo confidencial y anónima.
- ◆ Solicitar al paciente colaboración y consentimiento informado para el paso de la cédula de entrevista.
- ◆ La investigadora debe leer cada una de las preguntas en forma clara y ordenada.
- ◆ Colocar en la casilla ubicada a la derecha de cada aspecto, si su respuesta es SI, será N° 1, NO N° 2, Leve N° 3, Moderado N° 4, Severo N° 5, A veces N° 6, Casi siempre N° 7, Siempre N°8 y preguntas abierta

Nº de investigador: _____ Nº Exp.: _____

Fecha: _____ Situación laboral: _____

Nivel educativo: _____

- Sexo:

Femenino _____ Masculino _____

- Edad:

Adolescente 10-19 años _____ Adulto 20-59 años _____

Adulto mayor de 60 años en adelante _____

- Estado civil:

Soltero (a) _____ casado (a) _____ acompañado (a) _____

- Con tratamiento antirretroviral:

Si _____ No _____

Conteo de linfocitos CD4: _____

Carga vírica: _____

1. Candidiasis Pseudo membranosa.

1. a. ¿Presenta usted dolor?

1. a.1. ¿De que intensidad?

1. a.2. ¿Con que frecuencia?

2. Queilitis Angular.

2. a. ¿Presenta usted dolor?

2. a.1. ¿De que intensidad?

2. a.2. ¿Con que frecuencia?

2. b. ¿Presenta usted ardor?

2. b.1. ¿De que intensidad?

2. b.2. ¿Con que frecuencia?

3. Herpes simple.

- 3. a. ¿Presenta usted dolor?
 - 3. a.1. ¿De que intensidad?
 - 3. a.2 ¿Con que frecuencia?

4. Herpes zoster.

- 4. a. ¿Presenta usted dolor?
 - 4. a.1. ¿De que intensidad?
 - 4. a.2 ¿Con que frecuencia?
- 4. b. ¿Le duelen los oídos?
 - 4. b.1 ¿Con que intensidad?
 - 4. b.2. ¿Con que frecuencia?

5. Leucoplasia Velloso.

- 5. a. ¿Presenta usted dolor?
 - 5. a.1. ¿De que intensidad?
 - 5. a.2 ¿Con que frecuencia?

6. Gingivitis.

- 6. a. ¿Presenta usted dolor?
 - 6. a.1. ¿De que intensidad?
 - 6. a.2 ¿Con que frecuencia?
- 6. b. ¿Le sangra la encía?
 - 6. b.1 ¿Con que intensidad?

7. Periodontitis Úlcero Necrosaste (PUN).

- 7. a. ¿Presenta usted dolor?
 - 7. a.1. ¿De que intensidad?
 - 7. a.2 ¿Con que frecuencia?
- 7. b. ¿Presenta movilidad dentaria?

8. Caries.

8.a ¿Le han realizado extracciones, obturaciones, u otros tratamientos dentales?

9. Xerostomía.

9. a. ¿Siente resequedad en la boca?

ANEXO N° 7
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN.



GUÍA DE OBSERVACIÓN

Nº. De guía de observación: _____

OBJETIVO:

Obtener información sobre las características clínicas de las condiciones bucales en pacientes con VIH.

INDICACIONES:

- ◆ Saludos al paciente.
- ◆ Presentación de las investigadoras.
- ◆ Explicar el contenido de la guía de observación y que la información es de tipo confidencial y anónima.
- ◆ Solicitar al paciente colaboración y consentimiento informado para el paso de la guía de observación.
- ◆ Colocar en la casilla ubicada a la derecha de cada aspecto, si presenta la lesión, será N° 1; si no presenta, será N° 2.

No. exp.: _____ N° de investigador: _____

Fecha: _____

Desarrollo:

1. Candidiasis Pseudo membranosa.

Características clínicas.

1. a. Placa blanquecina ligeramente elevada desprendible con facilidad de consistencia blanda.

1. b. Localización anatómica:

1. b.1. Paladar.

1. b.2. Lengua.

1. b.3. Encía.

1. b.4. Piso de la boca.

1. b. 5. Otros.

2. Candidiasis Eritematosa.

Características Clínicas.

2. a. Placas eritematosas de consistencia firme.

2. b. Localización anatómica:

2. b.1. Paladar duro.

2. b.2. Paladar blando.

2. b.3. Dorso de la lengua.

3. Candidiasis / Queilitis Angular.

Características Clínicas.

3. a. Fisura eritematosa con exudado sanguinolento.

3. b. Localización anatómica:

3. b.1. Comisura labial unilateral.

3. b.2. Comisura labia bilateral.

4. Infecciones Virales/ Herpes simple I.

Características Clínicas.

4. a. Vesículas o úlceras costrosas.

4. b. Localización anatómica:

4. b.1. Paladar.

4. b. 2. Labios.

4. b.3. Otros.

5. Infecciones Virales / Herpes Zoster.

Características Clínicas.

5. a - vesículas que sigue de manera lineal el recorrido del nervio afectado.

5. b. Localización anatómica:

5. b.1. Lengua.

5. b.2. Paladar.

5. b.3. Encía.

5. b.4. Otros.

6. Infecciones Virales / Leucoplasia Velloso.

Características Clínicas.

6. a. Placas lineales no desprendibles con superficie arrugada de color blanquecino.

6. b. Localización anatómica:

6. b.1. Bordes laterales de la lengua.

6. b.2. Piso de la boca.

6. b.3. Bucofaríngeo.

6. b.4. Paladar blando.

6. b.5. Otros.

7. Infecciones Bacterianas/ Gingivitis.

Características Clínicas.

7. a. Inflamación eritematosa del borde gingival libre y encía adherida.

8. Gingivitis ulcero necrosante (GUN).

Características Clínicas.

8.a. Hemorragia provocada o espontánea.

8.b. Papilas ulceradas o necrosadas con presencia de crateres.

9. Periodontitis Ulcero Necrosante (PUN).

Características Clínicas.

9.a. Destrucción y necrosis del periodonto con ulceración.

9. b. Pérdida rápida de la inserción gingival y del hueso alveolar.

10. Caries.

10.a) Odontograma.

1-8	1-7	1-6	1-5	1-4	1-3	1-2	1-1	2-1	2-2	2-3	2-4	2-5	2-6	2-7	2-8

4-8	4-7	4-6	4-5	4-4	4-3	4-2	4-1	3-1	3-2	3-3	3-4	3-5	3-6	3-7	3-8

Índice CPO-D.

	CONTROL	
FECHA		
	Gral.	1ª M
C		
P		
O		
TOTAL CPO		
TOTAL CPO/D		
EDAD		

11. Otras Lesiones / Xerostomía.

Características Clínicas.

11. a. Agrietamiento de labios y comisuras.

11. b. Resequedad de la boca.

11. c. Prueba de salivación estimulada y en reposo.

Reposo _____ ml x 1'

Estimulada _____ ml x 5'

ANEXO N° 8
CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD DE ELSALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**“DIAGNÓSTICO CLÍNICO BUCAL DE LOS PACIENTES VIH POSITIVOS,
PERTENECIENTES A LA FUNDACION NACIONAL PARA LA
PREVENCION, EDUCACION Y ACOMPAÑAMIENTO DE LA PERSONA
VIH/SIDA”**

Se realizará un diagnóstico de las condiciones bucales en los pacientes VIH con o sin terapia antirretroviral que asisten a la FUNDASIDA.

Yo.....

Con documento de identidad número.....

confirmando mi participación y firmo el presente documento, después de haberlo comprendido, teniendo la oportunidad de entender el procedimiento que se realizará, los resultados que se pretenden los beneficios y los riesgos que puedan derivarse.

San Salvador.....de.....de.....

Firma.....

PROCOLO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COORDINACION GENERAL DE
PROCESOS DE GRADUACION



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

“DIAGNÓSTICO CLÍNICO BUCAL DE LOS PACIENTES VIH POSITIVOS,
PERTENECIENTES A LA FUNDACIÓN NACIONAL PARA LA
PREVENCIÓN, EDUCACION Y ACOMPAÑAMIENTO DE LA PERSONA
VIH/SIDA”

AUTORAS:
SANDRA CAROLINA BENÍTEZ
ENA LIZETH MANCÍA RAMÍREZ
JUANA GUADALUPE ESTRADA DE TOLENTINO

DOCENTE DIRECTORA:
DRA. FLORENCE JUANA MARÍA CUADRA ZELAYA

CIUDAD UNIVERSITARIA, ENERO 2010.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
MATERIALES Y MÉTODOS.....	15
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.....	19
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad infectocontagiosa que adquieren miles de personas a nivel mundial, siendo El Salvador un país, que no se encuentra exento de esta enfermedad y según datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador (MSPAS), existen a la fecha 22,210 casos de personas viviendo con VIH/SIDA.

A nivel nacional existen instituciones que brindan atención médica y psicológica a personas con VIH/SIDA; una es la Fundación Nacional para la Prevención, Educación y Acompañamiento de la Persona VIH/SIDA (FUNDASIDA), es una institución sin fines de lucro no gubernamental, que no cuenta con atención Odontológica, y no posee la infraestructura, equipo, ni el personal adecuado que evalúe y diagnostique enfermedades estomatognáticas relacionadas con el VIH/SIDA, como son infecciones fúngicas, virales y bacterianas, así como otras manifestaciones de origen desconocido; ya que se ha estudiado a nivel mundial que algunas lesiones bucales indican la presencia y evolución de la infección de VIH a la aparición del SIDA.

Por lo tanto el objetivo del presente estudio es realizar el diagnóstico clínico bucal de los pacientes VIH POSITIVOS, pertenecientes a FUNDASIDA, para establecer cuales son las enfermedades bucales presentes en este tipo de pacientes. Para lo cual se hará necesario realizar la anamnesis, examen extra e intrabucal y el examen radiográfico.

Posteriormente establecido el diagnóstico clínico bucal de los pacientes que asisten a la institución, se elaborará una propuesta de atención odontológica integral, e iniciar las gestiones para la instalación de una clínica odontológica dentro de la institución, y se podrá llevar a cabo con la participación conjunta de FUNDASIDA y la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador (FOUES).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud bucal de los individuos y de la población en general, es el resultado de múltiples factores, conocido como el proceso salud enfermedad; el cual es importante analizar, para desarrollar un modelo de atención, que permita identificar las causas de las enfermedades, como también el manejo y prevención de estas, disminuyendo así el nivel de incidencia y prevalencia.

Dos décadas han transcurrido desde la aparición del primer caso de VIH/SIDA en El Salvador, desde entonces la epidemia se ha propagado rápidamente, afectando a miles de salvadoreños(as) sin distinguir edad, sexo, clase social o creencia religiosa, representando un gran reto para la sociedad, instituciones de salud y sus profesionales tanto para la esfera preventiva como la asistencial; este tipo de pacientes poseen mayor riesgo de sufrir infecciones bucales, ya sean estas de origen micóticas, virales y bacterianas, así como otro tipo de lesiones de origen desconocido, siempre asociadas al VIH/SIDA, por presentar su sistema inmunológico deprimido por su enfermedad de base (1).

Una de las partes del cuerpo humano donde primero se manifiestan infecciones oportunistas es en la cavidad bucal, donde, más del 40% de las personas viviendo con VIH y más del 90% con SIDA, presentan alguna manifestación bucal, a lo largo del desarrollo de la enfermedad; dentro de las cuales se encuentran: las periodontopatías atípicas (gingivitis y periodontitis úlcero necrotizante), candidiasis oral (Pseudomembranosa y queilitis angular), Leucoplasia vellosa, sarcoma de Kaposi, Herpes simple y úlceras aftosas recurrentes (1).

Lo anteriormente expresado hace necesario conocer la problemática de estos pacientes en cuanto a las condiciones bucales y crear así un plan de atención odontológica.

Entonces de ahí que se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles serán las enfermedades bucales que presentan los pacientes VIH POSITIVOS pertenecientes a FUNDASIDA?

JUSTIFICACIÓN

La infección del VIH/SIDA es uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la salud pública, debido a que cada año aumenta el número de casos, ya que las prácticas de prevención no pueden ser llevadas a cabo adecuadamente por falta de concientización de las personas que creen que no pueden contraer la infección y por no existir un tratamiento curativo a la fecha. En un artículo publicado en septiembre de 2009 por La Prensa Gráfica, el MSPAS establece que existen 22,210 casos de personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS), donde los jóvenes son el grupo de edad más afectados con esta enfermedad (2).

FUNDASIDA es un organismo que vela por el bienestar médico y psicológico de las personas infectadas por este virus pero que no cuenta con atención de tipo odontológico. A partir de esta necesidad se inicia una investigación para identificar las enfermedades bucales causadas por infecciones fúngicas, virales y bacterianas, así como otras manifestaciones de origen desconocido; ya que se ha estudiado a nivel mundial que algunas lesiones bucales indican la presencia y evolución de la infección de VIH a la aparición del SIDA.

Los resultados de la investigación serán de utilidad, tanto para el personal y pacientes de FUNDASIDA, como para la FOUES; ya que se elaborará una propuesta de atención odontológica encaminada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas estomatognáticas que presenten las personas con VIH/SIDA que asisten a dicha institución. Todo ello servirá para iniciar la propuesta de atención odontológica dentro de la fundación con la participación de ambas instituciones y gestiones del grupo investigador. Y podrá servir como un área de proyección social de la Universidad de El Salvador y prácticas extramurales de la Facultad, en la que se brinde atención odontológica de alta calidad a las PVVS, dicha propuesta se llevará a cabo posterior aprobación de la investigación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Realizar el diagnóstico clínico bucal de los pacientes VIH positivos, pertenecientes a FUNDASIDA.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- e) Establecer los datos sociodemográficos de los pacientes con VIH/SIDA que asisten a FUNDASIDA.
- f) Conocer el resultado de los exámenes de laboratorio clínico.
- g) Identificar la presencia de manifestaciones clínicas causadas por enfermedades fúngicas, virales y bacterianas, así como otras lesiones de origen desconocido.
- h) Determinar la localización anatómica de las lesiones bucales.
- i) Elaborar una propuesta específica de atención odontológica de tipo preventivo y curativo para personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS).

MARCO TEÓRICO

Desde 1981, año en que se describió el primer caso de infección por VIH/SIDA, unos 60 millones de personas se han visto infectadas por el virus, y de ellas han muerto unos 20 millones. El Programa Conjunto de la Naciones Unidas VIH/SIDA (ONUSIDA) informa que, a nivel mundial, una de cada cinco personas en riesgo de infección por el VIH, tienen acceso a los servicios de prevención básicos contra esa infección. A mediados de 2006, sólo el 24% de las personas que necesitaban tratamiento contra el VIH tenían acceso al mismo (3). Sin embargo el año 2007 marca un importante hito en la historia de la epidemia de VIH/SIDA. Según un nuevo informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ONUSIDA y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en la actualidad hay cerca de tres millones de personas de diferentes países, tanto de bajos y medianos ingresos en tratamiento con antirretrovirales (4).

Según datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, el número de personas infectadas por el VIH/SIDA a nivel nacional se ha incrementado considerablemente, desde 1984, año en el que se reportó el primer caso, contabilizando para el año 2009, 22,210 PVVS (2). Siendo más prevalente en hombres que en mujeres y la mayoría de los casos son diagnosticados en etapas de VIH positivo y muy pocos en etapas avanzadas de la enfermedad (SIDA), la edad en la que se da con mayor frecuencia, es entre los 25 y 34 años de edad, y el departamento donde hay mayor concentración de casos reportados es en San Salvador, siendo la población heterosexual la más afectada (5).

Esta enfermedad se caracteriza por afectar y deprimir el sistema inmunológico ya que el virus presenta un tropismo hacia linfocitos T, macrófagos y ciertas células nerviosas. La envoltura del virus contiene glicoproteínas superficiales específicas, entre las que se destacan la gp120 y gp41, que se unen con los receptores CD4 situados sobre las superficies de los linfocitos T colaboradores y macrófagos, su unión hace posible que el contenido del núcleo vírico entre en el citoplasma de la célula huésped, dejando atrás la envoltura del virus. El núcleo del virus contiene las proteínas p24, p9 y p7, que son imprescindibles para que el virus utilice los constituyentes de la célula huésped para su replicación. Una vez dentro de la célula, el ARN de la nucleocápside vírica utiliza el enzima vírico **transcriptasa inversa** para sintetizar cadenas de ADN del virus, empleando el ARN como molde. El ADN vírico recién formado entra en el núcleo huésped y resulta empalmado en el genoma de la célula huésped. El genoma vírico integrado es capaz ahora de mantener un estado inactivo o latente. Este ADN provírico es transcrito periódicamente a ARN, donde aquél dirige la actividad metabólica de la célula huésped para sintetizar más genoma ARN del VIH. Se cree que el nivel de actividad metabólica y mitótica de la célula CD4 del huésped es un factor implicado en la velocidad con la

cual progresa la enfermedad en un paciente concreto. En pacientes con un nivel inferior de estimulación de la célula CD4 puede haber un período de latencia prolongado antes de que aparezcan los efectos clínicos devastadores de una infección por VIH. Para sostener una función inmunitaria suficiente se requiere un cociente de células T colaboradoras/T supresoras de 2:1. Durante el estado análogo al de la latencia, y que puede durar de tres a ocho años, tiene lugar un lento pero progresivo deterioro de células T4:T8 hasta que el sistema inmunitario ya no puede evitar que los microorganismos comensales normales o latentes se conviertan en potentes agentes infecciosos. Los pacientes normales albergan de 800 a 1,200 de células T por mm³ (6).

Lo anterior explica la diversidad de manifestaciones clínicas presentes en esta enfermedad. Debido a que en la etapa de SIDA la proporción se invierte, y esta marcada reducción de linfocitos cooperadores explica el incremento en la susceptibilidad a las infecciones oportunistas y el desarrollo de neoplasias malignas entre los afectados (7).

Por lo tanto el 40% de los signos y síntomas iniciales de infección por VIH se presentan en cabeza y cuello. El 90% de estos individuos desarrollan manifestaciones intrabucales y estas pueden ser indicadores precoces y reproducibles de la misma infección de VIH y pueden servir como marcadores de la progresión hacia el SIDA (1). Las lesiones bucales asociadas al VIH en estos pacientes son detectadas en etapas tempranas y avanzadas de la enfermedad. Una de las más importantes de diagnosticar es la Candidiasis por ser muy frecuente (8).

Entre las manifestaciones bucales tenemos las infecciones Fúngicas que son las encontradas con mayor frecuencia en pacientes infectados por VIH, una de estas es la Candidiasis bucal. Esta infección oportunista presenta una prevalencia que varía según los autores entre el 20 y 72 % (9). Siendo el principal factor etiológico la *Candida Albicans*. Pero actualmente, asociadas a la infección por VIH sólo se reconocen tres variantes clínicas de Candidiasis Bucal: la Pseudomembranosa, Eritematosa y Queilitis Angular. En primer momento se menciona la Candidiasis Pseudomembranosa que se caracteriza por placas de color blanco amarillento de tipo cremoso que se desprenden por raspado y pueden dejar una superficie sangrante, afectando el paladar blando, la mucosa de los labios, carrillos y dorso de la lengua (10).

Teniendo además otra variante clínica que es la Candidiasis Eritematosa que se observa en el dorso de la lengua y/o paladar con áreas rojas de aspecto despapelado (10). Con frecuencia las lesiones cursan de forma asintomática, aunque en ocasiones el paciente puede quejarse de ardor y trastornos gustativos, esta forma puede ser la manifestación más temprana de la infección por VIH y el tipo más común de Candidiasis en estos pacientes. Diversos estudios demuestran que la Candidiasis Eritematosa precede a la variedad Pseudomembranosa. La Candidiasis Eritematosa

también se conoce con el nombre de Candidiasis Atrófica, apareciendo como múltiples y grandes o pequeños parches, como se describió anteriormente. Así también se presenta la Queilitis Angular que es otra variante de la Candidiasis y esta se conoce como boqueras, rasgadas o perleche, que es un proceso inflamatorio localizado en las comisuras labiales. Clínicamente observamos la presencia de eritema, agrietamiento o fisuras con bordes discretamente hiperplásicos en las comisuras de los labios, estas suelen ser bilaterales, de evolución tardía y repeticiones periódicas (11).

Según estudios realizados en Brasil acerca de lesiones bucales en pacientes VIH positivos, las evaluaciones clínicas y epidemiológicas fueron hechas correlacionándolas con el sexo, raza, edad, cuenta de linfocitos CD4+, localización de la lesión y presencia de factores asociados, tales como el uso del alcohol, la adicción a fumar y el uso de prótesis dentales, uno de los estudios fue realizado por Lourenco AG (12), cuyo objetivo estaba dirigido al diagnóstico de las lesiones bucales relacionadas a la infección por VIH en 340 individuos, observando manifestaciones en 113 pacientes, donde la Candidiasis Bucal es la más frecuente en un 17.7%, de la cual el 10.8% fue la Pseudomembranosa, 6.9% la de tipo Eritematosa y el 13.9% la Queilitis Angular, la Leucoplasia Velloso se encontró en un 11.8%, y las úlceras bucales en 2.1%. De las lesiones bucales, la Candidiasis Bucal fue observada con mayor frecuencia en mujeres. En otro estudio realizado por Erick Nelo Pedreira, se evaluaron a 79 pacientes VIH positivos, donde el 47% de los pacientes presentaron un cierto tipo de lesión bucal y las más comúnmente encontradas fueron la Candidiasis y la Periodontitis en un 28%, seguido por la Linfadenopatía Cervical Facial en un 17.5%. Otras lesiones observadas fueron Leucoplasia Velloso, Estomatitis Úlcero (aftosa), Herpes Simple en un 10% y de los 37 pacientes que presentaron lesiones bucales, el 57% tenían solamente 1 lesión, el 35% presentaron 2 lesiones y el 8% tenían más de 2 lesiones (13).

En otro estudio realizado por Ranganathan y R. Hemalatha (2006), donde se analizaron informes de lesiones bucales en pacientes adultos y pediátricos con VIH, en países en vías de desarrollo durante 14 años (1990-2004), donde se concluyó que la Candidiasis Bucal es la infección oportunista más comúnmente encontrada en esta población en diversas regiones, siendo la variante Pseudomembranosa la más prevalente, seguida de la Queilitis Angular y la Leucoplasia Velloso. Generalmente en la actualidad la Candidiasis es manejada eficazmente por los medicamentos fungicidas. Sin embargo, dado su predominio, se puede encontrar el desarrollo de resistencia a los fungicidas en el futuro (14).

Entre otras afecciones producidas por el VIH se encuentran las Infecciones Virales: que entre las más frecuentes se destacan las causadas por Virus Herpéticos (Virus Herpes Simple tipo 1, Herpes Zoster y Virus de Epstein

Barr. Por otra parte la primoinfección del Virus del Herpes Simple tipo 1 genera la Gingivoestomatitis Herpética primaria, siendo la infección viral más común, cursando con grados variables de fiebre y malestar, Linfadenopatía Cervical y lesiones peribucales e intrabucales en forma de vesículas. Estas vesículas se romperán de forma fugaz y dejarán unas áreas ulcerosas irregulares (crateriformes) que llegan a ser muy dolorosas. Estas úlceras cursan en un período de 10 a 14 días. Las localizaciones frecuentes son mucosa, dorso lingual y paladar duro, labios y zonas cutáneas adyacentes (9).

El virus de Epstein Barr puede ocasionar la enfermedad denominada Leucoplasia Velloso o Pilosa, dándose frecuentemente en adultos en un 20-25% y en niños es de 2-3%. Esta manifestación bucal ha sido descrita como un importante predictor del VIH. La progresión de la enfermedad en adultos es del 28% aunque su etiología no está clara y parece ser causada por la infección del virus de Epstein-Barr (VEB). Clínicamente se pueden presentar como arrugas o grietas verticales lineales, dando la apariencia o aspecto de parches de color blanco espeso. Las lesiones suelen comenzar en los márgenes laterales de la lengua y a veces en carrillos y labio superior. Pudiendo encontrarse unilateral o bilateral, de forma asintomática. La Leucoplasia Velloso se asocia a menudo con la Candidiasis Bucal y por lo general no requiere tratamiento, pero en los casos más graves lo que se recomienda son los antivirales sistémicos (15).

Así mismo se encuentran las infecciones bacterianas y dentro de estas se destacan las enfermedades Gingivales y Periodontales que pueden presentarse tanto en un paciente VIH negativo como en uno VIH Positivo, con la diferencia de que en un paciente VIH negativo, la mayor parte de los casos se debe a la presencia de irritantes locales y a otras enfermedades sistémicas, sin embargo en un paciente VIH positivo estas pueden ser ocasionadas por presentar un sistema inmunológico bajo y carga viral alta, y presencia de irritantes locales. Las lesiones periodontales asociadas a infección por VIH son las más frecuentes, abarcando aproximadamente el 79.5%. Aunque las enfermedades Periodontales habituales (Periodontitis y Gingivitis) en la población, en general, pueden afectar a las personas que viven con VIH, existen otras entidades de este mismo grupo que aparecen asociadas y que representan una respuesta alterada o exagerada de los tejidos periodontales como resultado de la inmunosupresión. La afectación periodontal puede incrementarse conforme se deteriora progresivamente el sistema inmunitario. Se han considerado varias formas clínicas y criterios diagnósticos que han creado confusión en la clasificación de las lesiones periodontales. La Gingivitis por VIH se ha redefinido como Eritema Gingival Lineal; la Gingivitis Necrotizante por VIH como Gingivitis Ulcero Necrosante (GUN) y la Periodontitis por VIH se denominan ahora Periodontitis Ulcero Necrosante (PUN) (16,17).

Encontrando así las características clínicas de cada una de ellas; en la gingivitis se observa una banda continua eritematosa en el margen gingival, de un milímetro de ancho, que se extiende por toda la superficie dentaria, no existe ulceración, ni evidencia de sacos periodontales o pérdida de inserción epitelial. Sin embargo en la PUN hay destrucción necrótica avanzada del periodonto con pérdida rápida de la inserción epitelial y del hueso alveolar. La destrucción tisular puede afectar a la unión mucogingival, pudiendo existir ulceración durante la fase más activa. Y la GUN esta se caracteriza por la ausencia de signos prodrómicos con aparición súbita que cursa con dolor, sangrado gingival y papilas truncadas, y el signo principal, considerado mayormente como patognomónico es la ulceración y necrosis de las papilas interdentes con la aparición de cráteres gingivales, estas lesiones son muy sensibles al tacto, y el paciente suele quejarse de dolor radiante, constante, que corroe, intensificado por los alimentos condimentados o calientes, y posee una cantidad exagerada de saliva pastosa, otros signos y síntomas que aparecen de forma secundaria son: Halitosis, sabor metálico, sensaciones anormales en los dientes afectados y a medida que se incrementa la severidad y gravedad del cuadro podemos observar la aparición de fiebre, linfadenopatía, incremento del pulso sanguíneo, leucocitosis, pérdida de apetito y fatiga general. La etiología específica no ha sido todavía bien establecida y los mecanismos de ulceración gingival no han sido descritos a niveles celulares y moleculares. Los factores que pueden predisponer son: La gingivitis preexistente y tabaquismo (16,17).

En cuanto a las infecciones bacterianas, en el estudio realizado por Santana Y, et al, acerca de Caries y enfermedad Periodontal en pacientes VIH+, donde el 80.4% presentó caries dental, el 55% enfermedad Periodontal y el 88.2% perdieron sus piezas por caries, y en una investigación citada por el autor, efectuada por Phelan y col para determinar si había asociación entre la infección por VIH y la caries dentales en mujeres pertenecientes a un programa de atención para este virus, reveló un predominio de caries entre mujeres VIH+ comparadas con aquellas VIH negativas.

A la vez este mismo autor cito una investigación Venezolana que se realizó por Montiel y Tovar donde se encontró que el total de superficies afectadas por historia de caries fue de 8% en pacientes de 30 a 39 años de edad, siendo el genero masculino el mas afectado y en relación a la higiene bucal más de dos tercios de las superficies dentarias de los pacientes estudiados estaban ocupadas por materia alba y calculo (18).

Otro tipo de lesiones que se presentan en pacientes adultos con el SIDA establecido son los cánceres o neoplasias: como el Sarcoma de kaposi Bucal (SK) y el Linfoma no Hodgkin (LNH). El SK ocurre en un 4 - 8% de pacientes varones con SIDA, siendo la malignidad más asociada al VIH y su presentación peribucal comprende el 50%, presentándose como una mácula, pápula o tumor de color rojo, azul o púrpura con o sin ulceración (19).

El LNH se encuentra en segundo lugar de frecuencia de las neoplasias relacionadas al VIH y el uso de Tratamiento Antirretroviral de Alta Actividad (TARGA), la cual se ha asociado con disminución en la mortalidad, relacionada con SK y con infecciones oportunistas; este beneficio es menos claro para LNH (20). El riesgo de LNH en las personas con infección por VIH es cien veces mayor respecto al resto de la población. El individuo con linfoma agresivo generalmente lo presenta en etapas avanzadas SIDA que suele ser extraganglionar. Su curso clínico es más agresivo, la enfermedad es extensa y menos sensible a la quimioterapia (21).

Entre otras manifestaciones encontradas en pacientes con VIH cuya etiología se desconoce, está la afectación de las Glándulas Parótidas y la Xerostomía. El agrandamiento de la parótida es comúnmente asociado con la infección por VIH en niños de 10-30% y menos común en adultos. Se ha demostrado que esta se produce en el curso y al final de la infección por el VIH y que se asocia con un ritmo más lento de progresión de la enfermedad. La Infiltración linfocítica de las glándulas salivales puede ser un factor etiológico, clínicamente produce una hinchazón unilateral o bilateral de las glándulas parótidas, siendo por lo general asintomática y puede estar acompañado por la disminución del flujo salival produciendo así la xerostomía o sequedad de la boca. Aunque en muchas ocasiones los problemas de boca seca en pacientes infectados por el VIH son a menudo causados por los medicamentos que interfieren con la saliva, en cuanto a su secreción, tales como los antihistamínicos, ansiolíticos, los antidepresivos, y algunos antirretrovirales (15).

Como se menciona al principio de este marco teórico, la historia natural del VIH se caracteriza por la progresión y deterioro de la función del sistema inmunológico. Los tratamientos antirretrovirales han demostrado ser eficaces en la detención del deterioro del sistema inmunitario y disminuir la carga viral. La cuantificación del ARN viral en el plasma sanguíneo se encontró que es el principal marcador de progresión de la enfermedad. Por lo tanto la carga vírica en plasma es el número de copias de ARN del VIH-1 (la cantidad de virus por ml. de sangre), a la vez esta facilita los más importantes datos de laboratorio: sensibilidad, especificidad, valor predictivo ya sea positivo o negativo y la reproducibilidad. La determinación de la carga viral plasmática (CV) del VIH es el marcador de respuesta al tratamiento antirretroviral más sensible, rápido y fiable. La (CV) se correlaciona directamente con el pronóstico clínico, el riesgo de transmisión viral y el recuento de CD4.

En el artículo publicado por Julia García Prado (2005); donde menciona que desde la introducción de la quimioterapia contra el VIH a mediados de los 80 hasta la actualidad, han diseñado y desarrollado nuevos compuestos que han sido constantes llegando aun total de 24 fármacos, formados por 19 principios activos. Paralelamente al descubrimiento de estos nuevos compuestos, las terapias antirretrovirales han evolucionado desde

monoterapia, hasta el TARGA. Estas terapias incluyen tres o más fármacos activos que contribuyen a frenar la tasa de mortalidad (22).

Sin embargo en un artículo publicado por el MSPAS, este menciona que los agentes Antirretrovirales contra el VIH pueden dividirse en dos grandes clases de medicamentos: Inhibidores de la Transcriptasa Inversa (ITI) e Inhibidores de la Proteasa (IP). Hay evidencias de que el tratamiento más eficaz para suprimir la replicación del VIH consiste en combinar varios Antirretrovirales. En un país como El Salvador con grandes limitaciones, es indispensable que estos medicamentos, que además de costosos y tóxicos sean utilizados con claros objetivos y en adecuada supervisión multidisciplinaria en los diferentes centros de salud. Es por ello que se hace importante conocer acerca de la terapia antirretroviral. El primer grupo de antirretrovirales se divide en nucleótidos (INTI) y no nucleótidos (INNIT). Estos agentes actúan sobre enzimas que desempeñan una función importante en la replicación de RNA y el funcionamiento del virus. La monoterapia fue abandonada cuando se constató que favorecía el desarrollo de resistencia farmacológica y sus efectos adversos, con su limitada actividad frente al virus. Es así entonces, que las metas de la terapia antirretroviral persiguen: Prolongar y mejorar la calidad de vida de los pacientes reincorporándolos al entorno laboral, social y familiar, disminuyendo así el impacto económico de la epidemia sobre la nación, la incidencia de infecciones oportunistas y minimizar el daño al sistema inmunológico (23).

Según E. Blignaut, L.L. Patton en su artículo publicado en el 2006, donde menciona que la Candidiasis Bucal en pacientes de países de todos los estratos económicos puede ser prevenida. Cuando ocurre la condición, debe ser tratada hasta que desaparezcan todos los síntomas clínicos. Más del 95% de estos individuos desarrollarán la lesión en un cierto punto durante el curso de la enfermedad de VIH, hasta ahora, no se ha hecho ninguna recomendación específica para dirigir la prevención y la gerencia de la lesión. Si se mejora la higiene bucal a través de medios mecánicos como lo son los enjuagues bucales con solución salina, la cual se puede preparar en casa y hacerlo varias veces al día. Siendo estas las formas prácticas y baratas que pueden reducir al mínimo el desarrollo de la infección de la cándida, puesto que el primer paso de la infección es adherencia de la cándida a la mucosa. La hiposalivación y xerostomía se ha encontrado que son unos de los factores asociados al aumento de número de candidiasis bucal, es por ello que la xerostomía se asocia comúnmente a la infección por VIH (24).

MATERIALES Y MÉTODOS

▪ TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es de tipo diagnóstica-descriptiva-transversal ya que mide de manera independiente las variables que determinan el problema en estudio. Las cuales están dirigidas a establecer un diagnóstico clínico bucal en pacientes VIH positivos pertenecientes a FUNDASIDA.

▪ TIEMPO Y LUGAR

Esta investigación se llevará a cabo en pacientes VIH positivos, pertenecientes a FUNDASIDA, durante el mes de febrero de 2010.

▪ VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	DIMENSIÓN DE LAS VARIABLES	INDICADORES
1) Datos Sociodemográficos.	1.1) Sexo. 1.2) Edad. 1.3) Estado civil. 1.4) Con tratamiento antirretroviral.	1.1.5 Femenino, masculino. 1.1.6 10-19 años, 20-59 años, 60 a más años. 1.1.7 Soltero(a), casado(a), acompañado(a). 1.1.8 Si, No.
2) Resultado de pruebas de laboratorio clínico.	2.1) Conteo de linfócitos CD4. 2.2) Carga vírica.	2.1.2 Cantidad por campo. 2.2.1 Cantidad por milímetro cúbico.
Manifestaciones clínicas causadas por: 3) Infecciones fúngicas.	3.1) Candidiasis pseudomembranosa. 3.2) Candidiasis eritematosa.	3.1.1 Placa blanquecina ligeramente elevada, desprendible con facilidad, de consistencia blanda. 3.1.2 Localización anatómica. 3.2.1 Placas eritematosas de consistencia firme. 3.2.2 Localización anatómica.

	3.3) Queilitis angular.	3.3.1 Inflamación eritematosa ulcerada con exudado sanguinolento. 3.3.2 Localización anatómica.
4) Infecciones virales.	4.1) Virus herpes simple tipo I. 4.2) Herpes zoster. 4.3) Leucoplasia vellosa.	4.1.1 Vesículas o úlceras o costras. 4.1.2 Localización anatómica. 4.2.1 Vesículas en forma lineal que sigue el recorrido del nervio afectado. 4.2.2 Localización anatómica. 4.3.1 Placas lineales verticales no desprendibles con superficie arrugada de color blanquecino. 4.3.2 Localización anatómica.
5) Infecciones bacterianas.	5.1) Gingivitis. 5.2) Gingivitis úlcero necrosante (GUN) 5.3) Periodontitis úlcero necrosante (PUN). 5.4) Caries dental.	5.1.1 Inflamación eritematosa del borde gingival libre y encía adherida. 5.2.1 Hemorragia provocada al cepillado, sondaje o de tipo espontáneo. 5.2.2 Papilas ulceradas o necrosadas con presencia de crateres. 5.3.1 Ulceración y necrosis del periodonto. 5.3.2 Pérdida de inserción epitelial y del hueso alveolar. 5.4.1 Índice de CPOD.
6) Otras manifestaciones.	6.1) Xerostomía.	6.1.1 Agrietamiento de labios y comisuras. 6.1.2 Resequedad de la boca. 6.1.3 Prueba de salivación en reposo y estimulada.

- POBLACIÓN EN ESTUDIO

Como la población de esta fundación es muy pequeña, La población de este estudio lo conformarán todos los pacientes pertenecientes a FUNDASIDA.

- RECOLECCIÓN Y ANALISIS DE LOS DATOS.

La recolección de los datos se realizará de la siguiente manera, después de la autorización, al firmar el consentimiento informado, se procederá al paso de la cédula de entrevista (VER ANEXO N° 4), la investigadora que realice la entrevista será la que en el momento del examen clínico tomará la fotografía, posteriormente las otras dos investigadoras pasarán la guía de observación (VER ANEXO N° 5) donde una evaluará y la otra tomará nota. Las funciones de las investigadoras serán de forma equitativa y rotativa. El tiempo estipulado para la evaluación de cada paciente será de 30 minutos, evaluando 3 pacientes por día.

Al finalizar la recolección de los datos se procederá a vaciar los datos utilizando el programa SPS una vez elaborada la hoja de tabulación.

- RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

- HUMANOS

Tres investigadoras y una asesora.

- MATERIALES

CANTIDAD	MATERIALES	COSTO
28	Guía de observación.	\$ 10
3	Bolígrafo.	\$ 1
5	Espejos intrabucales.	\$ 10
5	Sondas periodontales	\$100
28	Baja lenguas.	\$ 1
2	Caja de guantes.	\$ 12
1	Caja de sobre guantes.	\$ 5

1	Caja de mascarilla.	\$ 5
10	Gorros.	\$ 2
30	Bolsas de esterilización.	\$ 10
10	Bolsas para material desechable de color rojo y negro.	\$ 1
3	Lentes protectores.	\$ 15
3	Papel toalla.	\$ 3
60	Campos desechables.	\$ 6
2	Resma de papel bon tamaño carta.	\$ 12
1	Recipiente plástico para desinfectar.	\$ 2
100	Rodetes de algodón estériles.	\$ 1
1lt	Hipoclorito de sodio.	\$ 2
1	Laysol.	\$ 4
1 rollo	Papel adhesivo.	\$ 3
25	Hisopo.	\$ 2
50	Vasos desechables.	\$ 2
1 CJ.	De películas radiográficas.	\$60
	TOTAL	\$300

El grupo investigador hará un gasto aproximado de \$300 contando con el apoyo de la FOUES que aportará las instalaciones para la toma de radiografías y revelado de las mismas, así como el equipo de esterilización. FUNDASIDA proporcionará las instalaciones para realizar el examen diagnóstico.

CONSIDERACIONES BIOETICAS

El siguiente estudio será realizado en FUNDASIDA, con pacientes VIH positivos, es por ello la importancia de respetar en un principio su identidad e integridad personal, siendo así que los resultados obtenidos del estudio serán de tipo confidencial. Cada paciente que participará en la investigación firmará un consentimiento informado, aceptando su participación.

Si existe alguna lesión que amerite la toma de fotografías en cavidad bucal, esta se hará previo conocimiento de la fundación así como la autorización de la persona que la presente y será estrictamente reservado dentro del grupo de investigación la identidad de las personas. Se presentará el proyecto al comité directivo de la fundación y las personas participantes del programa.

A la hora del paso de instrumentos se utilizarán todas las medidas de bioseguridad para protegerlos de cualquier infección cruzada pues ellos tienen un sistema inmunológico bajo y por lo tanto están predispuestos a adquirir cualquier infección oportunista.

El beneficio del paciente en esta investigación, será conocer si presenta algún tipo de lesión a nivel de la cavidad bucal. Así como también la propuesta de la creación en un futuro de una clínica Odontológica dentro de las instalaciones de FUNDASIDA con ayuda de la Facultad de Odontología.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

AÑO 2009	ACTIVIDAD
ENERO	<ul style="list-style-type: none"> -Solicitud de cambio de docente director -Justificación: Cambio de la población en estudio, por motivos internos de la institución. Anteriormente se iba a realizar en niños y actualmente la investigación se realizara en población adulta.
FEBRERO	<ul style="list-style-type: none"> -Aprobación del cambio de docente director: Florence Juana María Cuadra. Título de la investigación: "Diagnóstico clínico bucal de los pacientes VIH POSITIVOS, pertenecientes a la Fundación Nacional para la Prevención, Educación y Acompañamiento de la Persona VIH/SIDA (FUNDASIDA)".
MARZO	<ul style="list-style-type: none"> -Recolección bibliográfica. -Revisión bibliográfica. -Inicio de protocolo.
ABRIL	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión del primer avance del protocolo de investigación (Introducción, planteamiento del problema, justificación y objetivos). -Entrega de correcciones por la docente Directora.
MAYO	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión del segundo avance del protocolo de investigación. (Marco teórico, materiales y métodos). -Entrega de correcciones por la docente Directora.
JUNIO	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de protocolo de investigación por Docente Directora. - corrección de protocolo de investigación por Docente Directora.
JULIO	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega de protocolo a Dra. Coordinadora de procesos de graduación. - Entrega de protocolo con todas las correcciones al grupo investigador.

AGOSTO	- Correcciones nuevas del protocolo y entrega de este nuevamente a Dra. Coordinadora de procesos de graduación.
SEPTIEMBRE	- Correcciones nuevas del protocolo y entrega de este nuevamente a Dra. Coordinadora de procesos de graduación.
OCTUBRE	- Correcciones nuevas del protocolo y entrega de este nuevamente a Dra. Coordinadora de procesos de graduación.
NOVIEMBRE	- Correcciones nuevas del protocolo y entrega de este nuevamente a Dra. Coordinadora de procesos de graduación.
DICIEMBRE	- Revisión por la comisión evaluadora.
AÑO 2010	ACTIVIDAD
ENERO	- Correcciones nuevas del protocolo y entrega de este nuevamente a Dra. Coordinadora de procesos de graduación.
FERERO	-Finalización de revisión del protocolo de investigación y ejecución del paso de instrumentos y vaciado de datos.
MARZO	- Defensa de tesis.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolos de Atención para personas viviendo con VIH/SIDA 2005, El Salvador: Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social; 2005.

- 2- Martínez Avelar L, 50 adolescentes contagiados VIH. La Prensa Grafica. 2009 Sept.26; Tema del día: Pág. 2-3
<http://www.laprensagrafica.com/el-salvador/social/62049-50-adolescentes-contagiados-vih.html>.

- 3- Organización Mundial para la Salud/ Acceso Universal para 2010. Cumbre Mundial de las Naciones Unidas Celebrada en 2005. La Secretaria de ONUSIDA. HYPERLINK.
<http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/es/index.html>

- 4- OMS/ONUSIDA/UNICEF Comunicado de prensa conjunto. Cerca de tres millones de personas VIH positivas reciben tratamientos que pueden salvarles la vida. Ginebra y país, 2 de junio de 2008.
<http://www.who.int/hiv/mediacentre/pressrelease2june2008/es/index.html>

- 5- Duran Chavarría JC. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación Actual del VIH/SIDA y casos Reportados 1984-2005.

- 6- Sapp JP, Everside LR, Wysock JP. Patología Oral y Maxilo Facial Contemporánea, 2º ed- 2nd ed. Pag. 214-216. Editorial ELSEVIER, España 2005.

- 7- Castellanos JL, Díaz Guzmán LM, Gay Zarate O, Medicina en Odontología Manejo Dental de Pacientes con Enfermedades Sistémicas 2002; 2ªed-2nd ed. pág.61-62 México.

- 8- Echeverría Trejo Nelson, Romero J, Ortiz A, Manifestaciones Bucales Asociados al Paciente con (VIH) y (SIDA). Rev. Soc. Méd-Quir. Hosp. Emerg. Pérez de león: 31(1):9-16, jun. 2000.

9- Expósito-Delgado AJ, 2004. Manifestaciones Orales de la Infección por VIH en la Infancia, artículo de revisión. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; 9:410-20.

10- Ceccotti EL. Manifestaciones Orales del SIDA Atlas a color. Ed. Panamericana.

11- Boj JR. Odontopediatría 1ª edición editorial Masson, S.A. 2004 Pág. 460-461.

12- Lourenco AG, Figueiredo LTM, Oral lesions in HIV infected individuals from Ribeirão Preto, Brazil. *Circulo Oral Bucal del Med Patol.* 1 de mayo 2008 13 (5): E281-6. C.I.F oral de Medicina S.L. del ©. B 96689336 - ISSN [http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v1_1698-69463i5/medoralv13i5p281 .pdf](http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v1_1698-69463i5/medoralv13i5p281.pdf).

13- Pedreira EN, et al, Epidemiological and Oral Manifestations of HIV Positive Patients in a specialized service in Brazil *J appl oral sci*, 2008; 16(6):369-75.

14- Ranganathan K, Hemalatha R. Oral Lesions in HIV Infection in Developing Countries: an Overview. *Adv. Abolladura. Res.* 2006; 19: 63 DOI: 101177/154407370601900113. http://ad r.sagepub .com /cgi/content/abstract/1_9/1/63.

15- Vaseliu N. D.D.S. M.S., O.M.F.S; Harrison K, B.D.S., M.S. Kabue marca, B.D.S., M.S., M.P.H. oral marca, B.D.S., M.S., M.P.H oral manifestations of hiv infection. Aug 2005. <http://baylorids.org/curriculum/files/15.pdf>

16- Giordano SS, Castillo CD. Gingivitis Ulceronecrotizante y su Relación con el VIH/SIDA 3/2007, vol.45

17- Campos PM, Chartene L, Bascones A. Enfermedad Periodontal e infección por VIH, estado actual *Periodon implantol* 2006; 18.3:135-147. (LNH)

18- Santana Y, Navas R, Morón A, Chaparro N, García R, Suárez I, et al. Condiciones de Salud-Enfermedad Bucalucal en pacientes Adultos

VIH/SIDA. Acta Odontol.Venez v.46n.2 Caracas jun.2008.
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652008000200005&script=sci_arttext

19- Delgado W, Mohama S, Bravo F, Ferrufino JC, Gotuzzo E. Epidemie Kaposi Sarcoma im Oral Cavity , Folia Dermatol. V.16n.1 Lima ene/abr.2005
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102917332005000100008&script=sci_arttext

20- Revistas Biomédicas Latinoamericanas 1998-2009. SIDA y Linfoma No-hodgkin. Experiencia en un centro Oncológico en México Rev. Invest Clim 2008; 60 (5); 375-381.
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=54414&id_seccion=6&id_ejemplar=5516&id_revista=2.

21- Reporte de Caso Clínico. Linfoma No-Hodgkin (inh) asociado a SIDA en la CavidadBucal.Home: ediciones; vol 1/2007
http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/linfoma_no_hodgkin.asp

22- Prado JG, Variaciones en el “Finess del VIH-1durante la terapia antirretroviral [Tesis doctoral] Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona 2005.
Barcelona. http://www.tdr.cesca.es/Tesis_uav/available/tdx_-0502106-224011/jgp1de1.pdf

23- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Estratégico Nacional de Prevención, Atención y control de las ITS/VLH SIDA.2000 San Salvador.
http://www.mspas.gob.sv/pdf/SIDA_doc/GU%C3%8Das_Metodologicas_Para_Grupos_de_apoyo_PVVS.doc.

24- Blingnaut E,Patton LL, et al . HIV phenotypes. Oral lesions, and management of HIV-relative disease. Adv abolladura Res 2006
<http://adr.sagepub.com/cgi/content/abstract/19/1/122>

ANEXOS

ANEXO N° 1
CUADRO DE RELACIÓN
DE INDICADORES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
1.1) Sexo. 1.1.1- Femenino. 1.1.2- Masculino. 1.2) Edad. 1.2.1- 10 a 19 años 1.2.2- 20 a 59 años 1.2.3- 60 a mas años 1.3) Estado civil. 1.3.1- Soltero. 1.3.2- Casado. 1.3.3- Acompañado.	Entrevista Entrevista Entrevista	Cédula de entrevista Cédula de entrevista Cédula de entrevista
2.1) Con tratamiento Antirretroviral. 2.1.1- SI 2.1.2- No. 2.2) Conteo de Linfocitos. 2.2.1- Cantidad por campo. 2.3) Carga Vírica. 2.3.1- Cantidad por milímetro cubico.	Entrevista Observación Observación	Cédula de entrevista Guía de observación. Guía de observación.
3.1) Candidiasis Pseudo Membranosa. 3.1.1- Placa blanquecina ligeramente elevada desprendible con facilidad de consistencia blanda. 3.1.2- Localización anatómica. 3.2) Candidiasis Eritematosa. 3.2.1- Placas eritematosas de consistencia firme. 3.2.2- Localización anatómica. 3.3) Queilitis Angular. 3.3.1- Inflamación eritematosa ulcerada. Con exudado sanguinolento. 3.3.2- Localización anatómica.	Entrevista Observación Observación Observación Observación Entrevista Observación Observación	Cédula de entrevista Guía de observación. Guía de observación. Guía de observación. Guía de observación. Cédula de entrevista Guía de observación. Guía de observación.
4.1) Herpes Simple tipo I 4.1.1- Vesículas o úlceras costrosas. 4.1.2- Localización anatómica.	Entrevista Observación Observación	Cédula de entrevista Guía de observación. Guía de observación.

<p>4.2) Herpes zoster.</p> <p>4.2.1- Vesículas en forma lineal que sigue el recorrido del nervio afectado.</p> <p>4.2.2- Localización anatómica.</p> <p>4.3) Leucoplasia Velloso.</p> <p>4.3.1- Placas lineales no desprendibles con superficie arrugada de color blanquecino.</p> <p>4.3.2- Localización anatómica.</p>	<p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p>	<p>Cédula de entrevista</p> <p>Guía de observación.</p> <p>Guía de observación.</p> <p>Cédula de entrevista</p> <p>Guía de observación.</p> <p>Guía de observación.</p>
<p>5.1) Gingivitis.</p> <p>5.1.1- Inflamación eritematosa del borde gingival libre y encía adherida.</p> <p>5.2) Gingivitis Ulcero Necrosante (GUN).</p> <p>5.2.1- Hemorragia provocada o espontánea.</p> <p>5.2.2- Papilas ulceradas o necrosadas con presencia de cráteres.</p> <p>5.3) Periodontitis Ulcero Necrosante (PUN)</p> <p>5.3.1- Destrucción y necrosis del periodonto con ulceración.</p> <p>5.3.2- Pérdida de inserción gingival.</p> <p>5.3.3- Pérdida de hueso alveolar.</p>	<p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p>	<p>Guía de observación</p> <p>C. E</p> <p>Cédula de entrevista</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Cédula de entrevista</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p>
<p>6.4) Caries.</p> <p>6.4.1- Odontograma.</p>	<p>Observación</p>	<p>Guía de observación</p>
<p>7.1) Xerostomía.</p> <p>7.1.1- Agrietamiento de labios y comisuras.</p> <p>7.1.2- Resequedad de la boca.</p> <p>7.1.3- Prueba de salivación en reposo y estimulada.</p>	<p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p>	<p>Cédula de entrevista</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Guía de observación.</p>

ANEXO N° 2
 CUADRO DE RELACIÓN DE
 INDICADORES CON ASPECTOS A OBSERVAR
 DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN.

INDICADOR	N° DE ASPECTO A OBSERVAR
<p>1.1) Candidiasis Pseudo Membranosa.</p> <p>1.1.1- Placa blanquecina ligeramente elevada desprendible con facilidad de consistencia blanda.</p> <p>1.1.2- Localización anatómica.</p> <p>1.2) Candidiasis Eritematosa.</p> <p>1.2.1- Placas eritematosas de consistencia firme.</p> <p>1.2.2- Localización anatómica.</p> <p>1.3) Queilitis Angular.</p> <p>1.3.1- Inflamación eritematosa ulcerada con exudado sanguinolento.</p> <p>1.3.2- Localización anatómica.</p>	<p>1.a.</p> <p>1.b.</p> <p>2.a.</p> <p>2.b.</p> <p>3.a.</p> <p>3.b.</p>
<p>2.1) Herpes Simple tipo I.</p> <p>2.1.1- Vesículas o úlceras costrosas.</p> <p>2.1.2- Localización anatómica.</p> <p>2.2) Herpes zoster.</p> <p>2.2.1- Vesículas en forma lineal que sigue el recorrido del nervio afectado.</p> <p>2.2.2- Localización anatómica.</p> <p>2.3) Leucoplasia Velloso.</p> <p>2.3.1- Placas lineales no desprendibles con superficie arrugada de color blanquecino.</p>	<p>4.a.</p> <p>4.b.</p> <p>5.a.</p> <p>5.b.</p> <p>6.a.</p>
<p>3.1) Gingivitis.</p> <p>3.1.1- Inflamación eritematosa del borde gingival libre y encía adherida.</p>	<p>7.a.</p>
<p>3.2) Gingivitis Ulcero Necrosante (GUN).</p> <p>3.2.1- Hemorragia provocada o espontánea.</p> <p>3.2.2- Papilas ulceradas o necrosadas com presencia de cráteres.</p> <p>3.3) Periodontitis Ulcero Necrosante (PUN).</p> <p>3.3.1- Ulceración, necrosis y destrucción del periodonto.</p>	<p>8.a.</p> <p>8.b.</p> <p>9.a.</p>

3.3.2- Pérdida de la inserción gingival.	9.b
3.3.3- Pérdida de hueso alveolar	9.c
3.4) Caries.	
3.4.1- Odontograma.	10.a
4.1) Xerostomía.	
4.1.1- Agrietamiento de labios y comisuras.	11.a.
4.1.2- Resequedad de la boca.	11.b.
4.1.3- Prueba de salivación en reposo y estimulada.	11.c.

ANEXO N° 3
 CUADRO DE RELACIÓN DE
 INDICADORES CON SUS RESPECTIVAS
 PREGUNTAS DE LA CÉDULA DE ENTREVISTA.

INDICADORES	N° DE PREGUNTA
a. 1. Candidiasis Pseudo Membranosa.	
a.1.1. ¿Presenta usted ardor?	1.a.
b.1. Queilitis Angular.	
b.2. 1. ¿Presenta usted dolor?	2.a.
b.2. 1. ¿Presenta usted ardor?	2.b.
c.1. Herpes Simple.	
c.1.1 ¿Presenta usted dolor?	3.a.
d.1. Herpes zoster.	
d.1.1 ¿Presenta usted dolor?	4.a.
d.1.2. ¿presenta dolor en los oídos?	4.b.
e.1. Leucoplasia Velloso.	
e.1.1. ¿Presenta usted dolor?	5.b.
f.1. Gingivitis Úlcero Necrosante (GUN).	
f.1.1. ¿Presenta usted dolor?	6.a.
f.1.2. ¿Le sangra la encía?	6.b.
g.1. Periodontitis Úlcero Necrosante (PUN).	
g.1.1. ¿Presenta dolor?	7.a.
g.1.2. ¿Presenta movilidad dentaria?	7.b.
h.1. Caries.	
h.1.1. ¿Le han realizado extracciones, obturaciones, u otros tratamientos dentales?	8.a.
i.1. Xerostomía.	
i.1.1 ¿Siente resequeidad en la boca?	9.a.

ANEXO N° 4
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN.



CÉDULA DE ENTREVISTA

Nº. De Cédula de Entrevista: _____

OBJETIVO: Obtener información sobre los síntomas que presentan las condiciones bucales en pacientes con VIH.

INDICACIONES:

- ◆ Saludar al paciente.
- ◆ Presentación de las investigadoras.
- ◆ Explicar el contenido de la cédula de entrevista y que la información es de tipo confidencial y anónima.
- ◆ Solicitar al paciente colaboración y consentimiento informado para el paso de la cédula de entrevista.
- ◆ La investigadora debe leer cada una de las preguntas en forma clara y ordenada.
- ◆ Colocar en la casilla ubicada a la derecha de cada aspecto, si su respuesta es SI, será N° 1, NO N° 2, Leve N° 3, Moderado N° 4, Severo N° 5, A veces N° 6, Casi siempre N° 7, Siempre N°8 y preguntas abiertas.

Nº de investigador: _____ Nº Exp.: _____
 Fecha: _____ Situación laboral: _____
 Nivel educativo: _____
 - Sexo:
 Femenino _____ Masculino _____
 - Edad:
 Adolescente 10-19 años _____ Adulto 20-59 años _____
 Adulto mayor de 60 años en adelante _____
 - Estado civil:
 Soltero (a) _____ casado (a) _____ acompañado (a) _____
 - Con tratamiento antirretroviral:
 Si _____ No _____
 Conteo de linfocitos CD4: _____
 Carga vírica: _____

1. Candidiasis Pseudo membranosa.

- 1. a. ¿Presenta usted dolor?
- 1. a.1. ¿De que intensidad?
- 1. a.2. ¿Con que frecuencia?

2. Queilitis Angular.

- 2. a. ¿Presenta usted dolor?
- 2. a.1. ¿De que intensidad?
- 2. a.2 ¿Con que frecuencia?
- 2. b ¿Presenta usted ardor?
- 2. b.1 ¿De que intensidad?
- 2. b.2. ¿Con que frecuencia?

3. Herpes simple.

- 3. a. ¿Presenta usted dolor?
- 3. a.1. ¿De que intensidad?
- 3. a.2 ¿Con que frecuencia?

4. Herpes zoster.

4. a. ¿Presenta usted dolor?

4. a.1. ¿De que intensidad?

4. a.2 ¿Con que frecuencia?

4. b. ¿Le duelen los oídos?

4. b.1 ¿Con que intensidad?

4. b.2. ¿Con que frecuencia?

5. Leucoplasia Velloso.

5. a. ¿Presenta usted dolor?

5. a.1. ¿De que intensidad?

5. a.2 ¿Con que frecuencia?

6. Gingivitis.

6. a. ¿Presenta usted dolor?

6. a.1. ¿De que intensidad?

6. a.2 ¿Con que frecuencia?

6. b. ¿Le sangra la encía?

6. b.1 ¿Con que intensidad?

7. Periodontitis Úlcero Necrosaste (PUN).

7. a. ¿Presenta usted dolor?

7. a.1. ¿De que intensidad?

7. a.2 ¿Con que frecuencia?

7. b. ¿Presenta movilidad dentaria?

8. Caries.

8.a ¿Le han realizado extracciones, obturaciones, u otros tratamientos dentales?

--

9. Xerostomía.

9. a. ¿Siente resequedad en la boca?

--

ANEXO N° 5
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN.



GUÍA DE OBSERVACIÓN

Nº. De guía de observación: _____

OBJETIVO:

Obtener información sobre las características clínicas de las condiciones bucales en pacientes con VIH.

INDICACIONES:

- ◆ Saludos al paciente.
- ◆ Presentación de las investigadoras.
- ◆ Explicar el contenido de la guía de observación y que la información es de tipo confidencial y anónima.
- ◆ Solicitar al paciente colaboración y consentimiento informado para el paso de la guía de observación.
- ◆ Colocar en la casilla ubicada a la derecha de cada aspecto, si presenta la lesión, será N° 1; si no presenta, será N° 2.

No. exp.: _____ N° de investigador: _____

Fecha: _____

Desarrollo:

1. Candidiasis Pseudo membranosa.

Características clínicas.

1. a. Placa blanquecina ligeramente elevada desprendible con facilidad de consistencia blanda.

1. b. Localización anatómica:

1. b.1. Paladar.

1. b.2. Lengua.

1. b.3. Encía.

1. b.4. Piso de la boca.

1. b. 5. Otros.

2. Candidiasis Eritematosa.

Características Clínicas.

2. a. Placas eritematosas de consistencia firme.

2. b. Localización anatómica:

2. b.1. Paladar duro.

2. b.2. Paladar blando.

2. b.3. Dorso de la lengua.

3. Candidiasis / Queilitis Angular.

Características Clínicas.

3. a. Fisura eritematosa con exudado sanguinolento.

3. b. Localización anatómica:

3. b.1. Comisura labial unilateral.

3. b.2. Comisura labia bilateral.

4. Infecciones Virales/ Herpes simple I.

Características Clínicas.

4. a. Vesículas o úlceras costrosas.

4. b. Localización anatómica:

4. b.1. Paladar.

4. b. 2. Labios.

4. b.3. Otros.

5. Infecciones Virales / Herpes Zoster.

Características Clínicas.

5. a - vesículas que sigue de manera lineal el recorrido del nervio afectado.

5. b. Localización anatómica:

5. b.1. Lengua.

5. b.2. Paladar.

5. b.3. Encía.

5. b.4. Otros.

6. Infecciones Virales / Leucoplasia Velloso.

Características Clínicas.

6. a. Placas lineales no desprendibles con superficie arrugada de color blanquecino.

6. b. Localización anatómica:

6. b.1. Bordes laterales de la lengua.

6. b.2. Piso de la boca.

6. b.3. Bucofaríngeo.

6. b.4. Paladar blando.

6. b.5. Otros.

7. Infecciones Bacterianas/ Gingivitis.

Características Clínicas.

7. a. Inflamación eritematosa del borde gingival libre y encía adherida.

8. Gingivitis ulcero necrosante (GUN).

Características Clínicas.

8.a. Hemorragia provocada o espontánea.

8.b. Papilas ulceradas o necrosadas con presencia de crateres.

9. Periodontitis Ulcero Necrosante (PUN).

Características Clínicas.

9.a. Destrucción y necrosis del periodonto con ulceración.

9. b. Pérdida rápida de la inserción gingival y del hueso alveolar.

10. Caries.

10.a) Odontograma.

1-8	1-7	1-6	1-5	1-4	1-3	1-2	1-1	2-1	2-2	2-3	2-4	2-5	2-6	2-7	2-8
4-8	4-7	4-6	4-5	4-4	4-3	4-2	4-1	3-1	3-2	3-3	3-4	3-5	3-6	3-7	3-8

Índice CPO-D.

	CONTROL	
FECHA		
	Gral.	1º M
C		
P		
O		
TOTAL CPO		
TOTAL CPO/D		
EDAD		

11. Otras Lesiones / Xerostomía.

Características Clínicas.

11. a. Agrietamiento de labios y comisuras.

11. b. Resequedad de la boca.

11. c. Prueba de salivación estimulada y en reposo.

Estimulada _____ ml x 5'

Reposo _____ mlx5'

ANEXO N° 6
CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD DE ELSALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**“DIAGNÓSTICO CLÍNICO BUCAL DE LOS PACIENTES VIH POSITIVOS,
PERTENECIENTES A LA FUNDACION NACIONAL PARA LA
PREVENCION, EDUCACION Y ACOMPAÑAMIENTO DE LA PERSONA
VIH/SIDA”**

Se realizará un diagnóstico de las condiciones bucales en los pacientes VIH con o sin terapia antirretroviral que asisten a la FUNDASIDA.

Yo.....

Con documento de identidad número.....
confirmando mi participación y firmo el presente documento, después de haberlo comprendido, teniendo la oportunidad de entender el procedimiento que se realizará, los resultados que se pretenden los beneficios y los riesgos que puedan derivarse.

San Salvador.....de.....de.....

Firma.....