

**PREVALENCÍA DE LESIONES EN CAVIDAD ORAL EN PACIENTES CON
VIH/SIDA EN HERES SALUD E.U. DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA
(MAGDALENA) EN EL PERIODO 2006-2007**

**CONTRERAS MANOSALVA YENCY MAILIN
CURIEL ESCALANTE LAURA PATRICIA
GARCÍA BRUGES NAYRETH LORENA**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTLOGIA
SANTA MARTA MAGDALENA D.T.C.H
2008**

**PREVALENCIA DE LESIONES EN CAVIDAD ORAL EN PACIENTES CON
VIH/SIDA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EN EL PERIODO
2006-2007**

**CONTRERAS MANOSALVA YENCY MAILIN
CURIEL ESCALANTE LAURA PATRICIA
GARCÍA BRUGES NAYRETH LORENA**

**Memoria de grado presentada como requisito para optar al título de
Odontólogo General**

**Dr. HERNANDO ESTRADA PACHECO
Dra. ADRIANA POLO PADILLA
Asesores Científicos**

**Dra. CARMEN ARRIETA
Dra. NASLY GOENAGA
Asesores metodológicos**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTLOGIA
JUNIO
2008**

Nota de aceptación

Presidente

Jurado

Jurado

Santa Marta, Agosto 21 del 2008

Al todo Poderoso quien me acompaño en este camino largo y con muchas dificultades pero con su ayuda me permitió terminar satisfactoriamente mis estudios y por cuidar a mi familia en los momentos de mi ausencia

A mi mamá: **Elizabeth Brugés** porque no tengo palabras para agradecerte, eres el norte y el motor de mí vida gracias a tu apoyo y consejo he llegado a realizar la más grande de mis metas. Gracias porque me enseñaste a dudar, a decidir, a reconocer mis errores, a darme cuenta una y otra vez que al final tenías razón; por ayudarme a crecer no solo profesionalmente si no como persona. Todos los días le pido a mi Dios que me de la dicha de seguir disfrutándote por muchos años más.

A mi papa: **Félix García** que me ha apoyado y comprendido en todo momento, en este periodo tan largo que resolvió mis problemas antes que yo pensara cómo empezar, gracias por dejarme tomar decisiones aunque fueran equivocadas.

A Mis hermanos **Nohora, Félix, y Grace García Brugés** por su comprensión, paciencia me han sabido soportar, porque siempre los llevare en mi corazón y estaré ahí para ustedes cuando me necesiten.

A mi Familia: porque siempre me han apoyado en todas mis decisiones muchas gracias a mis tíos, abuelas y primos.

A mis amigos: en especial **Yency y Laura** juntas construimos un camino y hoy termina y aunque la distancia nos separe queda un sentimiento profundo que siempre nos obligará a encontrarnos. Gracias por su confianza, y amistad incondicional, gracias por estar ahí en los buenos y en los malos momentos, porque ustedes me enseñaron muchas cosas que jamás olvidaré.

NAYRETH LORENA GARCIA BRUGÉS.

Agradezco a **DIOS** primeramente, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres **CECILIA MANOSALVA Y CARLOS CONTRERAS** quienes me infundieron la ética y el rigor que guían mi transitar por la vida. Por mi oportunidad de existir, por su sacrificio en algún tiempo incomprensido, por su ejemplo de superación inalcanzable, por su comprensión y confianza, por su amor y amistad incondicional, porque sin su apoyo no hubiera sido posible la culminación de mi carrera profesional.

A mis hermanos **KELLY, CARLOS Y MAURICIO CONTRERAS MANOSALVA** por las conversaciones y momentos vividos, aún en la distancia porque a pesar de no estar presentes físicamente, se que procuran mi bienestar.

A mi **FAMILIA** que desde el primer momento me brindaron todo el apoyo, colaboración y cariño sin ningún interés.

A mis **AMIGOS** por que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional, por su confianza y apoyo.

A todas las personas que han creído en mí...

YENCY MAILIN CONTRERAS MANOSALVA.

Ante todo a **Dios**, por darme las virtudes y la fortaleza necesaria para salir siempre adelante pese a las dificultades, por colocarme en el mejor camino, iluminando cada paso de mi vida.

A mis padres porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de la vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que en mí se depositó y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales que constituyen el legado más grande que pude recibir y por los cuales les viviré eternamente agradecida, con cariño y respeto.

A mis hermanos por el apoyo y paciencia que me han tenido en los momentos difíciles. Los quiero mucho.

A mi novio, por haberme brindado su apoyo incondicional y pese a las dificultades que se presentaron, siempre estuvo allí para no dejarme decaer e incitarme a seguir luchando y conseguir mis propósitos.

A mi familia por el ánimo constante, apoyo y cariño que siempre me han brindado.

A mis amigas por sus preciados consejos, gratos momentos, y generoso apoyo que siempre me han brindado.

LAURA PATRICIA CURIEL ESCALANTE.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios** quien preservó la vida, nuestra alma y no permitió que nuestros pies resbalasen (Salmo 66:9).

Deseamos extender un especial reconocimiento a **HERES SALUD E.U**, en particular al **Dr. HERNANDO ESTRADA**, así como a todos los funcionarios de esta prestigiosa institución quienes colaboraron en este proyecto, disponiendo de su valioso tiempo demostrándonos respaldo e interés para la ejecución de esta investigación.

A la **Dra. Nasly Goenaga** por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis, por su disponibilidad y paciencia, cabe resaltar que su colaboración ha enriquecido el trabajo realizado. Le agradecemos también por su siempre atentas y rápidas respuestas a las diferentes inquietudes surgidas durante el desarrollo de este trabajo.

A la **Dra. Adriana Polo Padilla** por habernos asesorado científicamente brindándonos su apoyo y confianza, por su capacidad para guiar nuestras ideas lo cual ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis sino también en nuestra formación como investigadoras.

Al Dr. **Ivan Manotas Arèvalo** por su generosidad al brindarnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para el aporte de esta investigación.

A la **Universidad del Magdalena** por habernos permitido contar con un cuerpo docente idóneo, capacitado en la formación de profesionales integrales.

CONTENIDO

	Pág.
0. INTRODUCCIÓN	17
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	20
2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
3. JUSTIFICACIÓN.....	22
4. LIMITACIONES	24
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	25
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
6. MARCO REFERENCIAL	26
6.1 MARCO TEORICO.....	26
6.2 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	36
6.3 MARCO LEGAL Y JURIDICO	38
7. DISEÑO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN	39
7.1 VARIABLES.....	39
7.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	39
7.2.1 Poblacion y Muestra.....	39
7.2.2 Materiales y Metodos.....	39
7.2.3 Técnica aplicadas en la Recolección de la Información.....	40
8. RESULTADOS	41

	Pág.
8.1 RESULTADOS CUALITATIVOS.....	41
8.2 RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	42
9. DISCUSION DE LOS RESULTADOS	61
10. RECOMENDACIONES.....	63
11. CONCLUSIONES	64
BIBLIOGRAFIA	65
ANEXOS.....	68

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Distribución de Casos VIH Según Grupos de Edad en Santa Marta 2007	19
Tabla No 2. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA en el periodo 2006-2007/Santa Marta. .	42
Tabla No 3. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes convivientes con VIH/SIDA según edad en el periodo 2006-2007/Santa Marta.....	43
Tabla No 4. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según el Sexo en el periodo 2006-2007/Santa Marta.....	45
Tabla No 5. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Estado Civil en el periodo 2006-2007/Santa Marta.....	46
Tabla No 6. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Escolaridad en el periodo 2006-2007/Santa Marta.....	47
Tabla No 7. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Actividad Laboral en el periodo 2006-2007/Santa Marta.....	48
Tabla No 8. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres salud E.U. en pacientes Convivientes con el VIH/SIDA según Estrato socioeconómico en el periodo 2006-2007/Santa Marta.	50
Tabla No 9. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes convivientes con el VIH/SIDA según Patologías Asociadas en el periodo 2006-2007/Santa Marta.	51

Tabla No 10. Población Usuaría de la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Lugar de procedencia en el periodo 2006-2007/Santa Marta..... 56

Tabla No 11. Población Usuaría de la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con el VIH/SIDA según lesiones en cavidad oral en el periodo 2006-2007/Santa Marta. 59

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfica No 1. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA en el periodo 2006-2007/Santa Marta. .	43
Gráfica No 2. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes convivientes con VIH/SIDA según edad en el periodo 2006-2007/Santa Marta.	44
Gráfica No 3. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Sexo en el periodo 2006-2007/Santa Marta.....	45
Gráfica No 4. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes convivientes con VIH/SIDA según Estado Civil en el periodo 2006-2007/Santa Marta.	46
Gráfica No 5. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Escolaridad en el periodo 2006-2007/Santa Marta.	47
Grafica No 6. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Actividad Laboral en el periodo 2006-2007/Santa Marta.	50
Grafica No 7. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con el VIH/SIDA según Estrato socioeconómico en el periodo 2006-2007/Santa Marta.	51
Gráfico No 8. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes convivientes con el VIH/SIDA según Patologías Asociadas en el periodo 2006-2007/Santa Marta.	56
Grafica No 9. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Lugar de procedencia en el periodo 2006-2007/Santa Marta.	58

Grafica No 10. Población Usuaría de la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con el VIH/SIDA según lesiones en cavidad oral en el periodo 2006-2007/Santa Marta.	59
--	----

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento Informado Institucional	69
Anexo B. Formato de Recolección de Información.....	70

RESUMEN

Introducción: Se determinó la prevalencia de lesiones orales en un grupo de pacientes con VIH/SIDA, que acudieron al servicio de atención en la institución HERES SALUD E.U. en el año 2006-2007 en la ciudad de Santa Marta.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en 224 pacientes usuarios de la institución HERES SALUD E.U, con el objetivo de determinar la prevalencia de lesiones en cavidad oral y características de estos pacientes. El método utilizado para la recolección de datos, fue la observación de las historias clínicas para luego ser reportada en un formato, dicha información fue estratificada por año y se codificaron las variables a estudiar en una base de datos en Excel y un programa estadístico SPSS.

Resultados: Se encontró que la Gingivitis presentó la mayor prevalencia con una frecuencia de un 28 (13%), se observó que en el 2006 ingresaron al servicio 92 pacientes equivalente al 41%, y durante el 2007, 132 pacientes que representa un 59%. En relación al sexo predominó el sexo masculino con una frecuencia de 121(54%). El grupo de edad que con mayor frecuencia se observó fue de 21-25 años 41(18%). En cuanto al nivel de escolaridad el más frecuente fue el bachiller con una frecuencia de 88(39%). Las parejas que conviven en unión libre presentaron la mayor frecuencia de infección con un resultado de 97(43%). Según la actividad laboral de cada paciente se encontró como resultado que las amas de casa presentan una frecuencia de 45(20%). El estrato socioeconómico más afectado fue el estrato uno con una frecuencia de 186 (83%) La procedencia que mayor frecuencia obtuvo fue la ciudad de Santa Marta con una frecuencia de 90(40%),

Conclusión: La Candidiasis Bucal constituye en la actualidad una de las patologías más frecuentes en la práctica estomatológica, posee un enorme valor clínico, ya que puede ser una de las primeras manifestaciones en los pacientes VIH/SIDA, constituyéndose no solo como indicador precoz de la enfermedad, sino como marcador de la severidad y marcador pronóstico de la misma. Entre la variedad de Candidiasis Bucal, la eritematosa y la pseudomembranosa resultaron ser una de las formas clínicas más frecuente en las historia de los pacientes VIH/SIDA examinados.

ABSTRACT

Introduction: was determined the prevalence of oral lesions in a group of patients with HIV / AIDS, who attended the service at the institution HERES SALUD E.U., in the year 2006-2007 in the city of Santa Marta.

Materials and methods: A descriptive study was conducted in 224 patients, users of the institution HERES SALUD E.U., with the aim of determining the prevalence of oral's cavity lesions and features of these patients. The method used for data collection, was observing the medical history and then be reported in a format, This information was stratified per year and encoded the variables of a study in a database in Excel and a statistical program SPSS.

Results: We found that gingivitis presented the mayor prevalence with a Frequency of 28 (13%), it was observed that in 2006 joined the service 92 patients, equivalent to 41%, and during 2007, 132 patients representing 59%. In relation to gender the male gender prevailed with a frequency of 121 (54%). The age group that was observed more often was 21-25 years old with a frequency of 41 (18%). As the level of schooling the most frequent was high school with a frequency of 88 (39%). Couples who live in free union presented a higher frequency of infection with a score of 97 (43%). According work of each patient was found as a result that housewives have a frequency of 45 (20%). The socioeconomic stratum affected the most was stratum one with a frequency of 186 (83%). Origin with mayor Frequency was the city of Santa Marta with a frequency of 90 (40%) .

Conclusion: The Oral Candidiasis constitutes one of the most frequent pathology in practice dental, has an enormous clinical value, because it may be one of the first manifestations in patients infected with HIV / AIDS, constituting not only as an indicator of early disease, but as a marker of the severity and prognosis of the same. Among the variety of oral candidiasis, erythematous and pseudomembranous proved to be one of the most frequent forms clinics in the history of the HIV / AIDS patients examined.

0. INTRODUCCIÓN

Los primeros reportes datan de 1978 (Canadá) y 1980 (Estados Unidos), años en que se documenta la deficiencia inmunológica asociada a enfermedades oportunistas como la neumonía por *Pneumocystis carinii* en un grupo de varones homosexuales. El seguimiento epidemiológico mostró la presencia de una nueva infección producida por un virus desconocido, originada en el África y que hasta ese momento había afectado a individuos con antecedentes de promiscuidad sexual, preferentemente con participación en relaciones homosexuales.

En 1983, Montagnier identifica, un nuevo retrovirus humano denominado virus de la inmunodeficiencia humana tipo1 (HIV-1) no oncogénico que se ha diseminado rápidamente por todo el mundo durante los últimos años, dando lugar a una pandemia de consecuencias imprevisibles.¹

Las manifestaciones estomatológicas que se presentan en la infección por VIH-SIDA son diversas. Lifson² en 1993 manifiesta que la presencia de ciertas lesiones orales sugiere que un individuo puede estar infectado por el VIH y otras lesiones pueden ayudar a indicar el pronóstico para la progresión del SIDA.

Greenspan Deborah en 1994, menciona que las manifestaciones de la infección por VIH son comunes e incluye lesiones orales nuevas y diferentes presentaciones de enfermedades oportunistas ya conocidas³. El reconocimiento Requiere de una cuidadosa historia clínica y revisión de la cavidad oral; este reconocimiento puede cambiar la clasificación del estadio en la infección por VIH.

La presente investigación tiene como objetivo identificar la prevalencia de lesiones orales y las características de estos pacientes. El odontólogo debe conocer cada una de estas lesiones presentes en los pacientes infectados por VIH ya que muchas veces puede ser este profesional de la salud quien detecte la enfermedad; además, muchas de estas lesiones son indicadores clínicos de un deterioro en el sistema inmunológico.

¹ FARRERAS V. Medicina XII. Edición. Madrid España: Mosby-Doyma Libros S.A. 1997.

² LIFSON A.R. Oral lesions and epidemiology of HIV. En Greenspan J.S., Greenspan D. editores. Oral manifestations of HIV infection: Proceedings of 2nd Internacional workshop on the oral manifestations of 3.

³ HIV INFECTION. Jan 31 st – Feb 3rd 1993. Carol Stream ILL: Quittesence Publishing 1995.

GREENSPAN D. Opportunistic Infections of themouth. The AIDS Knowledge Base (5.2) Jan. 1994.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH-SIDA es una infección viral causada por el virus de inmunodeficiencia humana que destruye en forma gradual el sistema inmune, produciendo infecciones difíciles de combatir por el organismo.

Para el año 2001, la OMS estimó que había 40 millones de infectados en el mundo y para el año 2003, 60 millones. En América Latina, se calcula que hay 1.600.000 infectados.⁴ Esta enfermedad es la cuarta causa de muerte en el mundo y según el informe de ONU/SIDA y la OMS, África sigue siendo el continente más afectado, con 28,1 millones de portadores del virus, un promedio de 3,4 millones de infectados por año y la primera causa de muerte para los africanos.⁵

Se estima que a final de 2005 había 38,6 millones [33,4–46,0 millones] de personas en todo el mundo que vivían con el VIH; que en el curso del año 4,1 millones [3,4–6,2 millones] contrajeron la infección por el VIH, y que 2,8 millones [2,4–3,3 millones] perdieron la vida a causa del SIDA.⁶

Los primeros casos de personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) fueron reportados en Colombia a partir de 1983. En un hecho aparentemente aislado en ese momento, pero a la vez irónico, el primer caso fue registrado en Cartagena de Indias: Una mujer joven con antecedentes de prostitución internacional itinerante, quien había regresado al país procedente de los E.U., en un estado terminal de la enfermedad por la destrucción que había experimentado su sistema inmunológico, y murió poco después, posiblemente sin haber logrado contagiar a otras personas.⁷

En Santa Marta, la morbilidad por el VIH/SIDA ha pasado de 71 casos confirmados en el año 2002 a 132 en el 2005 y 183 en 2006. En el año 2007 se notificó un total de 83 casos (tabla 23) de los cuales el 63% son de sexo masculino, el 34% de sexo femenino, lo que determina una razón de 2:1, es decir que por cada 2 hombres infectados 1 mujer se infecta. Esta proporción cada día

⁴ CAMPO TJ. CANO SJ. ROMERO G J. MORENO L L.A. CERO LR. BASCONES MA. Dental management of patients immunodeficiency virus. Quintessence Int 2003. 34(7): 515-525 p.

⁵ <http://www.Elcolombiano.Terra.Com.co/Portada.Asp.El>.

⁶ http://www.copresida.gob.do/epidemia_mundial.html

⁷ http://www.universia.net.co_Universia Colombia

es más estrecha, lo que indica que la vulnerabilidad de la enfermedad es igual para todos los grupos de personas.⁸

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

Tabla 1. Distribución de Casos VIH Según Grupos de Edad en Santa Marta 2007.

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

Fuente: Perfil Epidemiológico 2006-2007. Grupo de epidemiología de la secretaria de Salud Distrital.

La infección por VIH/SIDA se caracteriza por una amplia variabilidad de enfermedades oportunistas entre ellas: hepatitis B, tuberculosis, herpes zoster, herpes simple, citomegalovirus y mononucleosis, entre otras⁹.

Las manifestaciones orales aparecen como primer signo clínico de la infección por VIH, estas son indicadores importantes del estadio VIH y del estado de inmunosupresión.

Las lesiones orales pueden causar en los pacientes dolor e incomodidad, pérdida del gusto y xerostomía, llevando a una disminución de la calidad de vida¹⁰.

⁸ Perfil Epidemiológico 2006-2007. Grupo de Epidemiológica de la Secretaría de Salud Distrital.

⁹ GREENSPAN D. GREENSPAN JS. HIV-related oral disease. Lancet 1996. 348:729-33 p.

La aparición de las manifestaciones orales de la infección por VIH depende del estado de inmunosupresión, la vía de contagio y algunos factores étnicos, geográficos, sociales y demográficos en regiones concretas

Con base en el análisis anteriormente planteado surge la siguiente formulación del problema.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia que tienen las lesiones en cavidad oral en pacientes con VIH/SIDA en la institución HERES SALUD E.U en la ciudad de Santa Marta (Magdalena) en el periodo 2006-2007?

¹⁰ SILVERMAN S, Migliorati CA, Lozada Nur F, Greenspan D, Conant M. Oral findings in people with or at high risk for AIDS: a study of 375 homosexual males. JADA 1986. 112, 187-92 p.

2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se ejecuto en HERES SALUD E.U., institución prestadora de servicio de salud que cuenta con un recurso humano idóneo comprometido con estándares de calidad y con el bienestar de los usuarios.

Ese llevo a cabo gracias a la autorización y colaboración del Dr. Estrada y funcionarios de esta institución, asesorados metodológicamente por la Dra. Carmen Arrieta epistemóloga, Dra. Nasly Goenaga epidemióloga y asesorados científicamente por la Dra. Adriana Polo cirujana maxilofacial y el Dr. Hernando Estrada médico internista.

La investigación se realizo entre los años 2006 y 2007, teniendo en cuenta las variables tales como: año, edad, sexo, escolaridad, procedencia, estrato, ocupación, patologías asociadas, lesiones en cavidad oral.

3. JUSTIFICACIÓN

Con cada año de convivencia con la epidemia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH/SIDA se operan cambios sociales que exigen reflexionar sobre los posibles escenarios en los que se desarrollará el futuro de la enfermedad, para poder poner en marcha planes de prevención apropiados. Más que proyecciones estadísticas, se trata de comprender las transformaciones cualitativas que afectan al comportamiento de las nuevas generaciones frente a la epidemia. Fernando Conde Gutiérrez, en su reciente editorial de la Revista Española de Salud Pública, contrasta la "enfermedad acontecimiento" de los años ochenta y su fuerte carga simbólica y metafórica con la "enfermedad crónica" actual y su contexto de desigualdad social¹¹.

En el Sistema General De Seguridad Social. En Salud se considera una patología de alto costo por generar un fuerte impacto sobre las finanzas en el SGSSS y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluida las repercusiones laborales.

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

Resulta muy importante que todos los trabajadores de la salud dominen a su nivel de profesionalidad la patogenia, la evolución, las manifestaciones tempranas y las medidas de control y prevención del VIH/SIDA.

Esta investigación estudia la prevalencia de lesiones en cavidad oral en pacientes con VIH/SIDA en la institución Heres Salud E.U. de la ciudad de Santa Marta en el periodo 2006-2007.

¹¹ CONDE GUTIÉRREZ, Fernando. Enfermedad Acontecimiento. Revista Española de Salud Pública. 2004.

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

Ya que, habiendo observado que en este medio se han realizado escasos estudios sobre la prevalencia de lesiones en cavidad oral en pacientes con VIH/SIDA en la ciudad de Santa Marta se decidió realizar esta investigación.

Los cuestionamientos que justifican el alcance del proyecto son:

¿Cómo contribuiría el conocimiento de la prevalencia de lesiones en cavidad oral en pacientes con VIH/SIDA en Heres Salud E.U?

4. LIMITACIONES

Las limitaciones que se presentaron durante el inicio de la investigación fue el acceso a las Historias Clínicas debido al grado de confidencialidad que estas requieren, según lo establecido en el decreto 1543, sin embargo se hizo posible dicha revisión por medio de un acuerdo institucional anexo a la investigación.

Al momento de la recopilación de la información que soportan las historias clínicas, solo se tuvo en cuenta el criterio que tuvo el Médico Internista u odontólogo-especialistas al identificar y diagnosticar las diferentes lesiones, ya que se realizó la revisión de dichas historias y no el examen clínico de los pacientes.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia de las lesiones de la cavidad Oral en pacientes con VIH/SIDA, a través de la revisión de las historias clínicas de la Unidad de Atención de Heres Salud 2006-2007.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Caracterizar los pacientes con Diagnóstico de VIH/SIDA según año, edad, sexo, escolaridad, procedencia, estrato, ocupación, patologías asociadas, lesiones en cavidad oral
- Identificar las patologías que han padecido los pacientes convivientes con el VIH/SIDA.
- Identificar Las Lesiones en cavidad oral que han padecido los Pacientes convivientes con el VIH/SIDA y su posible asociación con las variables a investigar.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 MARCO TEORICO

La era del SIDA empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando el Center for Disease Control and Prevention (Centro para la prevención y control de enfermedades) de Estados Unidos convocó una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles . Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco.

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

Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al SIDA «peste rosa», debido a esto se confundió, y se le atribuyó a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables, los receptores de transfusiones sanguíneas y las mujeres heterosexuales. En 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).¹²

Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del SIDA. La teoría con más apoyo planteaba que el SIDA era causado por un virus. La evidencia que apoyaba esta teoría era, básicamente, epidemiológica. En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con sida de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que

¹² LAWRENCE M. Terney, Jr. Stephen J.Mc Phee, Maxine A. Papadakis. Diagnóstico clínico y tratamiento.41ª edición, 2006. Cap. 31 1150-1151 p.

mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas.

Otras teorías sugieren que el SIDA surge a causa del excesivo uso de drogas y de la alta actividad sexual con diferentes parejas. También se planteó que la inoculación de semen en el recto durante el sexo anal combinado con el uso de inhalantes con nitrito (poppers) producía supresión del sistema inmune. Pocos especialistas tomaron en serio estas teorías, aunque algunas personas todavía las promueven y niegan que el SIDA sea producto de la infección del VIH.

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

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

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

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

El SIDA pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia. Gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal, la correspondiente a una enfermedad crónica, sin las infecciones oportunistas características del SIDA no tratado. Los antirretrovirales están disponibles mayormente en los países desarrollados. Su disponibilidad en los países en desarrollo está creciendo, sobre todo en América Latina; pero en África, Asia y Europa Oriental muchas personas todavía no tienen acceso a esos medicamentos, por lo cual desarrollan las infecciones oportunistas y mueren algunos años después de la seroconversión.

CONOCIMIENTO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD

La pandemia actual arrancó en África Central, pero pasó inadvertida mientras no empezó a afectar a población de países ricos, en los que la inmunosupresión del SIDA no podía confundirse fácilmente con depauperación debida a otras causas, sobre todo para sistemas médicos y de control de enfermedades muy dotados de recursos. La muestra humana más antigua que se sepa que contiene VIH fue tomada en 1959 a un marino británico, quien aparentemente la contrajo en lo que ahora es la República Democrática del Congo. Otras muestras que contenían el virus fueron encontradas en un hombre estadounidense que murió en 1969 y en un marino noruego en 1976. Se cree que el virus se contagió a través de actividad sexual, posiblemente a través de prostitutas, en las áreas urbanas de África. A medida que los primeros infectados viajaron por el mundo, fueron llevando la enfermedad a varias ciudades de distintos continentes¹³.

En la actualidad, la manera más común en que se transmite el VIH es a través de actividad sexual desprotegida y al compartir agujas entre usuarios de drogas inyectables. El virus también puede ser transmitido desde una madre embarazada a su hijo (transmisión vertical). En el pasado también se transmitió el sida a través de transfusiones de sangre y el uso de productos derivados de ésta para el tratamiento de la hemofilia o por el uso compartido de material médico sin esterilizar; sin embargo, hoy en día esto ocurre muy raramente, salvo lo último en regiones pobres, debido a los controles realizados sobre estos productos¹⁴.

¹³ <http://es.wikipedia.org/wiki/SIDA>

¹⁴ <http://www.sinsida.com/montador.php?tipo>

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

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

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

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

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

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

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

MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES CON VIH/SIDA

Desde el inicio de la epidemia por VIH/SIDA, se ha comprobado que es una enfermedad que afecta al sistema inmune; observándose frecuentemente en un 90% de las personas que viven con VIH/SIDA, el compromiso de la boca y manifestaciones orales con diferentes infecciones oportunistas producto de la inmunosupresión derivada de la infección por VIH.¹⁵

Además de la importancia que existe en detectar un individuo infectado, lo cual se puede realizar por las manifestaciones bucales; también es importante diagnosticar y tratar adecuadamente las lesiones que se presentan en todo el organismo, ya que pueden ser causa de severa morbilidad. Numerosos estudios han demostrado que aproximadamente del 40 al 50% de pacientes que viven con VIH/SIDA, han tenido en el inicio de la enfermedad, infecciones virales, bactericidas o fungicidas.¹⁶

Las manifestaciones orales de esta enfermedad son comunes e incluyen nuevas presentaciones de enfermedades oportunistas conocidas previamente. La historia tomada cuidadosamente y el examen detallado de la cavidad oral son partes importantes del examen físico y el diagnóstico requiere una observación adecuada.

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

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

Lesiones orales asociadas con VIH

- **Micóticas:** Candidiasis, pseudomembranosa, eritematosa, queilitis angular, histoplasmosis, criptococosis.
- **Virales:** Herpes simple, herpes zoster, papiloma virus humano, citomegalovirus, leucoplasia vellosa.

¹⁵ BRAVO, Inés María. Lesiones Bucles en Pacientes VIH/SIDA y su relación con la carga viral y el conteo de la sub población de células CD4. Maestría de Clínica Estomatológica. Caracas.

¹⁶ PETERSEN, Erick.: Strengthening the prevention of HIV/AIDS - related oral disease: A global approach. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2.004 <http://who.int>

- **Bacteriana:** Eritema gingival lineal, periodontitis ulcerativa necrotizante,
- **Neoplásicas:** Sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin.
- **Otros:** Aftas recurrentes, púrpura trombocitopénico inmune, enfermedad de la glándula salival.

Candidiasis

La candidiasis oral está más comúnmente asociada con *Candida albicans*, si bien otras especies como *C. tropicalis* y *C. glabrata* son frecuentemente parte de la flora oral normal. Se describe candidiasis oral durante el estadio agudo de la enfermedad. Pero ocurre más comúnmente cuando cae el CD4+ en los estadios medio y tardío de la enfermedad.

La presentación más común incluye candidiasis pseudomembranosa y eritematosa las cuales son igualmente predictivas del desarrollo de SIDA. En la primera hay placas que blancas que se remueven dejando mucosa eritematosa, puede comprometer cualquier parte de la boca o faringe.

En la candidiasis eritematosa aparecen parches rojos de tamaño variado comúnmente en el paladar o en la superficie dorsal de la lengua. La queilitis angular aparece como un enrojecimiento, ulceración o fisura. en uno o ambos ángulos de la boca. Puede aparecer sola o junto con otras formas de candidiasis.

Candidiasis hiperplásica es inusual en pacientes con VIH. Las áreas blancas son debidas a hiperqueratosis y a diferencia de la forma pseudomembranosa no puede ser removida por lo que se pueden confundir con leucoplaquia vellosa.

Histoplasmosis

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

Criptococosis

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

Herpes simple

Causa enfermedad en la cavidad oral primaria, secundaria o recurrente. La gingivostomatitis herpética primaria ocurre comúnmente en niños y adultos

jóvenes y puede ser seguida de recurrencias frecuentes. Al episodio primario el virus se toma latente en el ganglio trigeminal. El herpes recurrente oral ocurre a cualquier edad sea intra o extraoral. El tratamiento puede acortar el episodio individual y la dosis óptima es entre 1000 a 1600 mg/día 7 a 10 días, el acidovirtópico no es útil.

Herpes zoster

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

Papiloma virus humano

Las lesiones causadas por VPH sobre la piel y membranas mucosas de personas con VIH. Las verrugas anales han sido reportadas frecuentemente entre varones homosexuales. El tipo de VPH encontrado en las lesiones genitales por lo que no se debería usar el término condiloma acuminado para describir las lesiones de VPH orales. La transformación maligna del VPH oral no ha sido reportada.

Citomegalovirus

Las úlceras orales causadas por citomegalovirus (CMV) pueden aparecer sobre cualquier superficie mucosa y puede ser confundida con úlceras aftosas, periodontitis ulcerativa necrotizante y linfoma. A diferencia de las úlceras aftosas, las cuales tienen usualmente un margen eritematoso, las úlceras de CMV aparecen necróticas con un halo blanco. El diagnóstico es con la ayuda de inmunohistoquímica. Las úlceras en la cavidad oral usualmente ocurren en individuos con enfermedad por CMV diseminada.

Virus Epstein Barr y leucoplasia vellosa

Las lesiones se presentan como vellosidades corrugadas que no se remueven y que se localizan en los bordes laterales de la lengua, ocurre en todos los grupos de riesgo por infección VIH. Es menos común en niños que en adultos. No se ha descrito en otras mucosas. Se ha reportado en pacientes no VIH como receptores de médula ósea, trasplantados cardíacos y renales.

Enfermedad periodontal

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

Sarcoma de Kaposi

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

Linfoma

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

Úlceras orales

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

Púrpura trombocitopénica idiopática

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

Xerostomía

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

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

Santana Garay¹⁷. En su libro Infección por el VIH en el complejo bucal plantea que en agosto de 1991 se reunió en Amsterdam un grupo de expertos en patología bucal, del Centro de Colaboración en Manifestaciones Bucles del VIH, perteneciente a la OMS, donde se redactó un documento sobre actualización de la clasificación y criterio diagnóstico de las lesiones bucales en la infección por VIH. Con la experiencia acumulada sobre la materia se propusieron 3 grupos de lesiones, que son:

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

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

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

Existe un cuarto grupo en el que se consideran ciertas lesiones asociadas con el uso de las drogas, pero no ha sido totalmente aceptado.¹⁸

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

1. Candidiasis.

a. C. Pseudomembranosa.

¹⁷ SANTANA, Garay. Oral Candidiasis high -risk patients as the initial manifestation of acquire immunodeficiency síndrome. N Engl J Med 1984; 311: 54.

¹⁸ Axell T, et al. An update of the classification and diagnostic criteria of oral lesions in HIV infection. J Oral Pathol Med 1991;20:97. p.

- b. C. eritematosa.
 - c. hiperplásica.
2. Leucoplasia pilosa.
 3. Gingivitis por VIH.
 4. Periodontitis por VIH.
 5. Gingivitis necrotizante por VIH.
 6. Sarcoma de Kaposi.
 7. Linfomas no hodgkinianos.

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

1. Ulceraciones atípicas
2. Enfermedad de glándulas salivales.
 - .Enfermedad bucal por la disminución del flujo salival.
 - Inflamación unilateral o bilateral de las glándulas salivales mayores.
3. Púrpura trombocitopénica.
4. Infecciones virales (otras que no sean asociadas con el virus del Epstein Barr).
 - Infección por virus del herpes simple.
 - Infección por virus del papiloma humano.
 - Infección por citomegalovirus.
 - Infección por virus de la varicela zóster.
 - Condiloma acuminado.
 - Hiperplasia epitelial focal.

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

1. Infecciones bacterianas (se excluyen la gingivitis y la periodontitis).
 - Enterobacter cloacae.
 - Escherichia coli.
 - Klebsiella pneumoniae.
 - Mycobacterium tuberculosis.
 - Actinomyces israelii.
2. Enfermedad arañazo de gato.
3. Reacciones a las drogas (ulceración eritema multiforme lesión liquenoide).
4. Exacerbación de la periodontitis apical.
5. Infecciones por hongos (que no sean candidiasis).
 - Cryptococcus neoformans.
 - Geotrichium candidum.
 - Histoplasma capsulatum.

- Mucoraceae (mucormicosis).
 - Aspergillus flavus.
6. Hiperpigmentación melanocítica
 7. Disturbios neurológicos.
 - Neuralgia trigeminal.
 - Parálisis facial.
 8. Osteomielitis.
 9. Sinusitis.
 10. Celulitis submandibular.
 11. Carcinoma epidermoide.
 12. Epidermofitosis.

6.2 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

PREVALENCIA DE CANDIDIASIS BUCAL EN PACIENTES VIH/SIDA: ESTUDIO RETROSPECTIVO

VOLUMEN 42 Nº 2 / 2004 >

- **Tovar V. Y COLS.**

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

¹⁹ TOVAR, Vilma. y Colaboradores. Prevalencia de Candidiasis Bucal en Pacientes VIH/SIDA. Estudio Retrospectivo.

MANIFESTACIONES BUCALES E INFECCIONES OPORTUNISTAS MAS FRECUENTES ENCONTRADAS EN 208 PACIENTES CON INFECCION POR VIH/SIDA

VOLUMEN 40 N° 3 / 2002 >

- **Tovar Vilma y COLS.**

Este es un estudio descriptivo, transversal, preliminar y exploratorio que incluye un grupo de 208 pacientes con evidencia serológica de infección por VIH/SIDA, los cuales fueron examinados durante el período comprendido entre los meses de noviembre de 1998 y julio de 2000. Dentro de este grupo de pacientes 108 (66%) presentaron lesiones bucales. Las más comunes fueron las siguientes: Candidiasis (48.7%), Leucoplasia Velloso (12.3%), Herpes labial (11.7%), otras lesiones bucales vistas fueron Leucoplasia (6.5%), Hiperpigmentación melánica (4.5%). Las enfermedades infecciosas oportunistas mas frecuentes fueron la hepatitis (14.9%), Neumonía por *Pneumocistis carinii* (11,5%), infección por el Virus del Herpes zoster (8.6%) y Toxoplasmosis (8.6%).²⁰

MANIFESTACIONES ESTOMATOLÓGICAS EN PACIENTES VIH/SIDA

Garibay Lorena Y COLS

Artículo de Revisión

El presente estudio se realizó en 128 pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana, en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, con la finalidad de encontrar la frecuencia de lesiones orales y la ubicación de éstas en los pacientes VIH/SIDA de acuerdo a la edad y sexo; además establecer la relación existente entre la cifra de linfocitos CD4 con las lesiones detectadas. La muestra fue tomada de manera probabilística; el método utilizado para la recolección de datos fue la observación y la información obtenida se registro en una ficha previamente diseñada. De la muestra 74 pertenecían al sexo masculino y 57 al femenino y sólo el 57,8% presentaban lesiones estomatológicas. En relación a la edad, el mayor número de pacientes se encontraba ubicado en el grupo de 26 a 35 años (43,8%). Las lesiones que se presentaron con mayor frecuencia fueron: la candidiasis pseudomembranosa (21,9%) ubicándose principalmente en lengua, paladar duro y carrillo, úlceras aftosas (14,1%) ubicándose principalmente en carrillo, lengua y labio, la candidiasis eritematosa

²⁰ TOVAR, Vilma. y Colaboradores. Manifestaciones Bucales e Infecciones Oportunistas mas Frecuentes Encontradas en 208 pacientes con infección por VIH/SIDA. Vol. 40 No. 3. 2002

(10,1%) principalmente en paladar blando, queilitis angular (10,1%) y la leucoplasia vellosa (7%). Existe una relación significativa entre la presencia de candidiasis pseudomembranosa y la leucoplasia oral vellosa con niveles de CD4 menores de 200 cel/mm³ ($p < 0,05$).²¹

6.3 MARCO LEGAL Y JURIDICO

Según el decreto 1543 del 12 junio de 1997 el MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), decreta en el capítulo v en el:

ARTICULO 32. DEBER DE LA CONFIDENCIALIDAD

ARTICULO 33. HISTORIA CLINICA.

ARTICULO 34. REVELACION DEL SECRETO PROFESIONAL.

Según la resolución **N 008430** del 4 del octubre de 1993 establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, manifiesta:

- En el título II capítulo 1 sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.
- Considera en el artículo 5 que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.
- Manifiesta en el artículo 5 que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

²¹ GARIBAY, Lorena y Colaboradores. Manifestaciones Estomatológicas en Pacientes VIH/SIDA.

7. DISEÑO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptivo longitudinal retrospectivo donde se estimó la prevalencia de las lesiones en cavidad oral en pacientes con VIH/SIDA en HERES SALUD E.U, de la ciudad de Santa Marta en el período 2006-2007.

7.2 VARIABLES

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

- Año
- Edad.
- Género.
- Actividad
- Estrato socioeconómico.
- Patologías asociadas.
- Procedencia
- Lesiones en cavidad oral
- Estado civil.
- Escolaridad.

7.3 Población y Muestra:

La población de estudio estuvo conformada por 224 registros de historias clínicas de pacientes que acudieron a la institución HERES SALUD E.U. de la ciudad de Santa Marta en los periodos 2006-2007.

La muestra consistió en la totalidad de los 224 registros de Historias Clínicas, los criterios de inclusión fueron presentar VIH/SIDA, haber sido atendido durante los años 2006-2007.

7.4 Materiales y Métodos:

1. Se utilizó como elemento de recolección un formato elaborado por los investigadores con todas las variables a estudiar.

2. Se diseñó una base de datos en Excel con la información recolectada en el formato anteriormente mencionado, para identificar las lesiones orales y características que presentaron estos pacientes según los registros de historias clínicas de los periodos 2006-2007.
3. Métodos estadísticos con los cuales se obtuvo los datos necesarios para establecer cuáles son las manifestaciones orales más comunes en pacientes con VIH y SIDA y sus variables asociadas.

7.4.1 Técnica aplicadas en la Recolección de la Información. Instrumentos de Medición.

La información fue tomada a través de las historias clínicas de los pacientes que acudieron a HERES SALUD E.U. en el periodo comprendido de 2006 al 2007, con el propósito de identificar en estos pacientes el tipo de lesión y las características de cada uno.

8. RESULTADOS

8.1 RESULTADOS CUALITATIVOS

La investigación se realizó en la unidad de atención Heres Salud, en donde se revisaron registro de 224 personas convivientes con el virus del VIH/SIDA.

En cuanto a la prevalencia de las lesiones a nivel oral en primer lugar se encontró la gingivitis con una frecuencia de 28(13%), en segundo lugar la candidiasis eritematosa con una frecuencia de 22(10%), de igual forma se encontraron pacientes asintomáticos. Con una alta frecuencia de 82 (37%)

Teniendo en cuenta los resultados de este estudio en cuanto a los pacientes ingresados por año podemos decir que el año 2007, hubo un aumento muy significativo con relación al 2006, mientras que en el 2006 la frecuencia fue de 92 (41%) pacientes ingresados; en el 2007 la frecuencia aumentó a 132(59%) pacientes ingresados.

Con relación a la edad el resultado obtenido demuestra que los pacientes con un rango de edad entre 21-25 años presentan una frecuencia de 41(18%), seguido de 31-35 años 36(16%), los que nos indica el inicio de la vida sexual temprana.

Se puede demostrar que el género masculino es el que presenta mayor frecuencia de infección VIH/SIDA encontrándose una diferencia de 121(54%) para hombres y una frecuencia de 100(45%) para mujeres.

Según la actividad laboral de cada paciente se encontró como resultado que las amas de casa presentan una frecuencia de 45(20%), seguidos de oficios varis con una frecuencia de 24(11%)

El estrato socioeconómico más afectado fue el estrato uno con una frecuencia de 186 (83%), en segundo lugar encontramos el estrato dos con una frecuencia de 21(9%), esto es entendible por el tipo de población que atendieron por ser ARS y vinculados

Las parejas que conviven en unión libre presentaron la mayor frecuencia de infección de VIH/SIDA con un resultado de 97(43%) esto indica que , seguido de los casados con una frecuencia de 61(27).

En cuanto al nivel de escolaridad el más afectado fue el bachiller con una frecuencia de 88(39%), seguidos de analfabeta 78(35%) entendido por esto que los rangos de edades en donde se presentó la enfermedad, indica que según las teorías evolutivas del individuo debe o debió haber cursado el bachillerato.

La procedencia que mayor frecuencia obtuvo fue la ciudad de Santa Marta con una frecuencia de 90(40%), en segundo lugar Ciénaga con una frecuencia de 26(12%). Esto debido a que la mayor población fue aportada del distrito de Santa Marta.

La patología asociada con mayor frecuencia fue la diarrea con un 44(20%), seguido de la neumonía 11(5%) datos que nos concuerda con la literatura revisada.

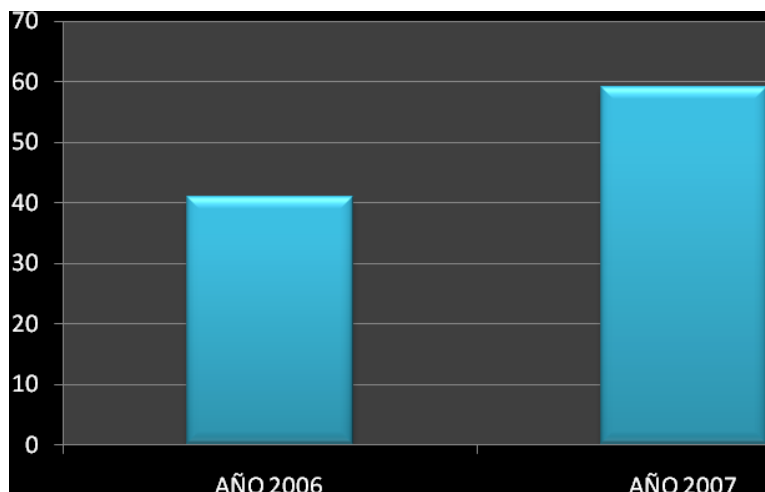
8.2 RESULTADOS CUANTITATIVOS

Tabla No 2. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA en el periodo 2006-2007/Santa Marta.

Años del estudio	Frecuencia	%	% Acumulado
2006	92	41	41
2007	132	59	100
Total	224	100	100

Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Gráfica No 1. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA en el periodo 2006-2007/Santa Marta.



Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

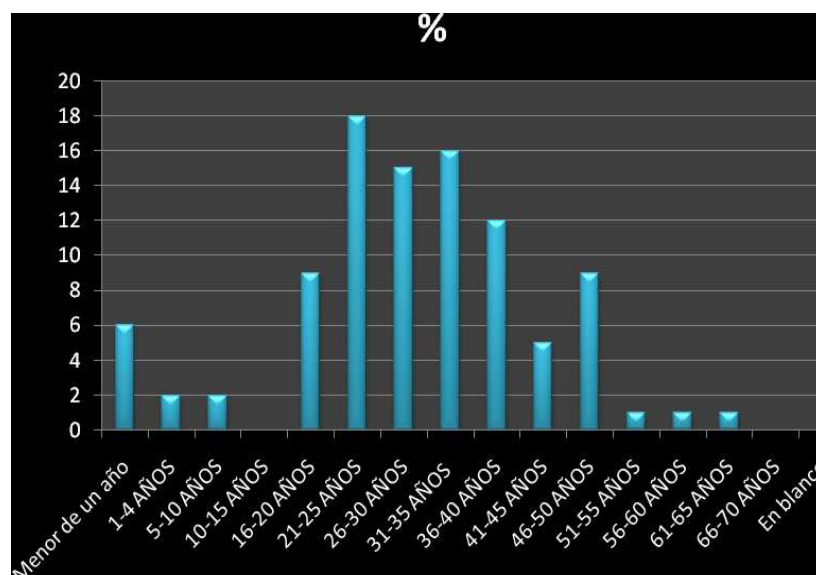
Tabla No 3. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes convivientes con VIH/SIDA según edad en el periodo 2006-2007/Santa Marta

Grupo de edad	Frecuencia	%	% Acumulado
Menor de un año	13	6	6
1-4	5	2	8
5-10	4	2	10
11-15	1	0	10
16-20	21	9	20
21-25	41	18	38
26-30	33	15	53
31-35	36	16	69

Grupo de edad	Frecuencia	%	% Acumulado
36-40	27	12	81
41-45	12	5	86
46-50	20	9	95
51-55	3	1	97
56-60	3	1	98
61-65	3	1	99
66-70	1	0	100
En blanco	1	0	100
Total	224	100	100

Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Gráfica No 2. Población Usuaría de la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes convivientes con VIH/SIDA según edad en el periodo 2006-2007/Santa Marta.



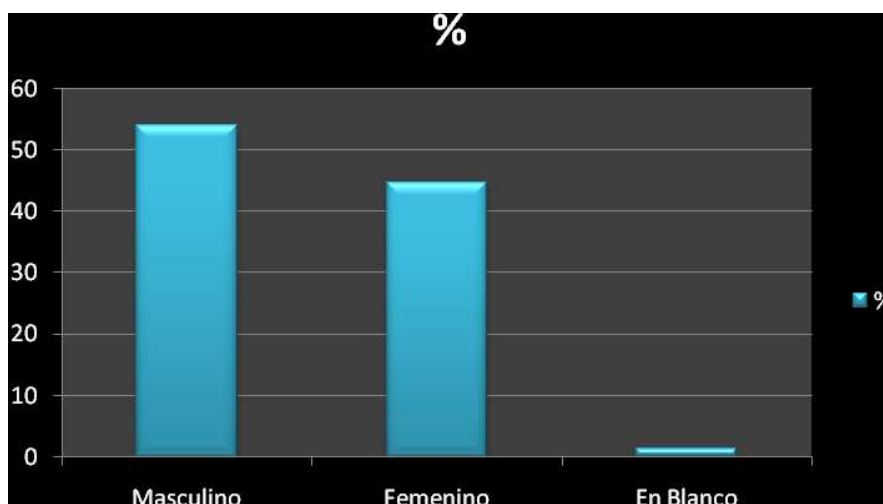
Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Tabla No 4. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según el Sexo en el periodo 2006-2007/Santa Marta.

Sexo	Frecuencia	%	% Acumulado
Masculino	121	54	54
Femenino	100	45	99
En Blanco	3	1	100
Total	224	100	100

Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Gráfica No 3. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Sexo en el periodo 2006-2007/Santa Marta.



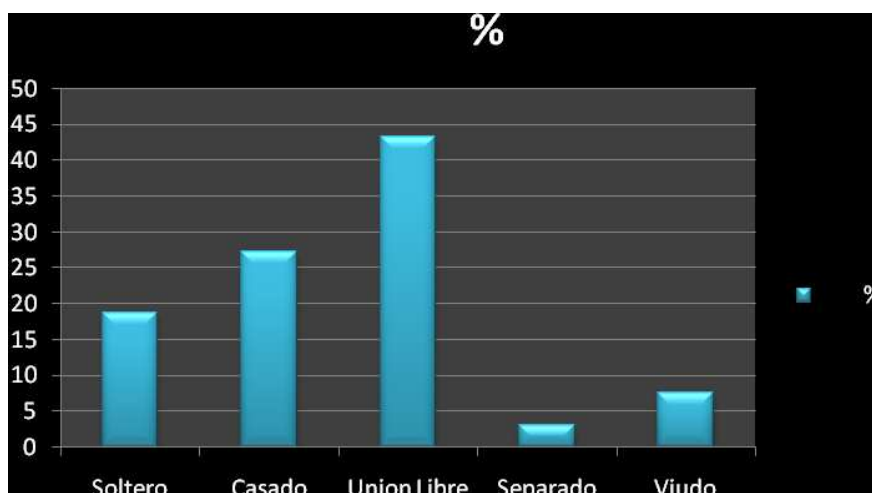
Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Tabla No 5. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Estado Civil en el periodo 2006-2007/Santa Marta.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Soltero	42	19	19
Casado	61	27	46
Unión Libre	97	43	90
Separado	7	3	93
Viudo	17	8	100
Total	224	100	100

Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Gráfica No 4. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes convivientes con VIH/SIDA según Estado Civil en el periodo 2006-2007/Santa Marta.



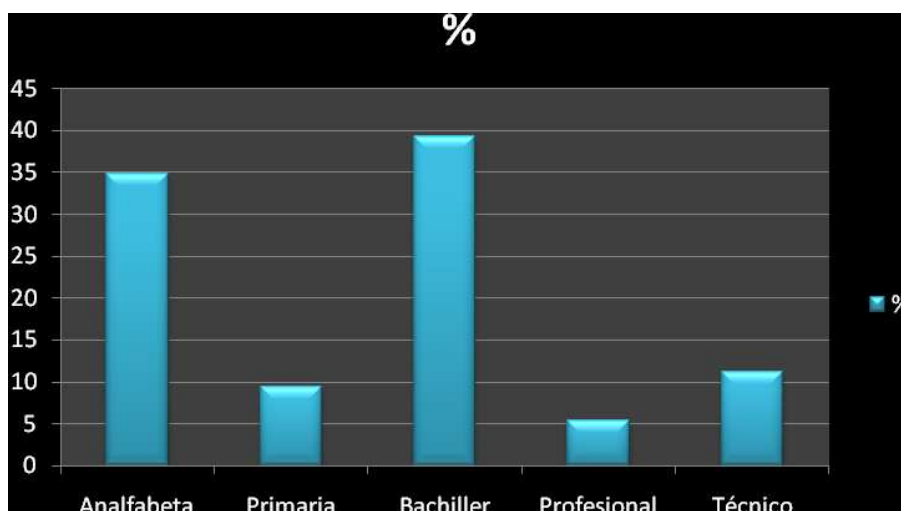
Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Tabla No 6. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Escolaridad en el periodo 2006-2007/Santa Marta.

Escolaridad	Frecuencia	%	% Acumulado
Analfabeta	78	35	35
Primaria	21	9	44
Bachiller	88	39	84
Profesional	12	5	89
Técnico	25	11	100
Total	224	100	100

Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Gráfica No 5. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Escolaridad en el periodo 2006-2007/Santa Marta.



Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

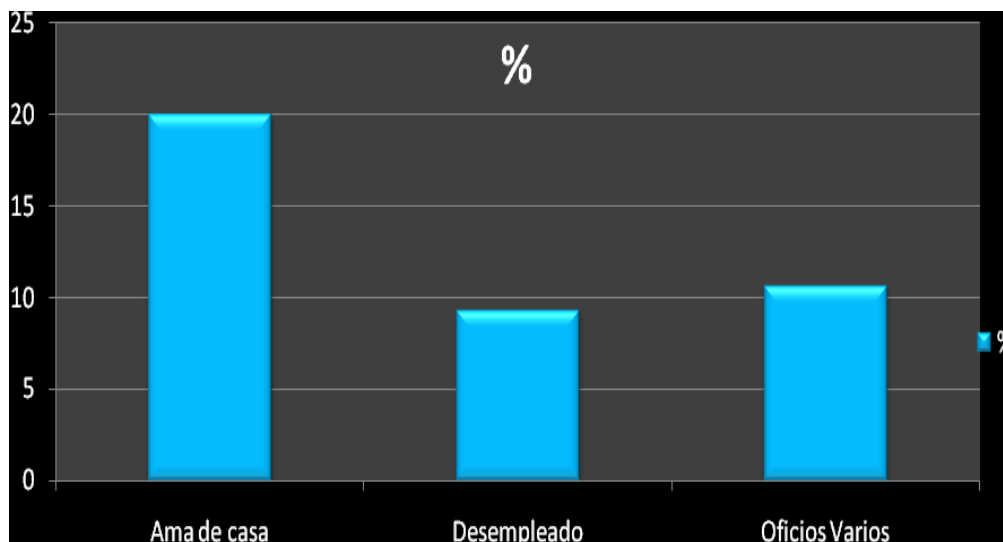
Tabla No 7. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Actividad Laboral en el periodo 2006-2007/Santa Marta.

Actividad Laboral	Frecuencia	%	% Acumulado
Ama de casa	45	20	20
Trabajadora sexual	6	3	23
Comerciante	7	3	26
Desempleado	21	9	35
Estilista	4	2	37
Machetero	1	0	37
Pescador	6	3	40
Técnico en Higiene Oral	1	0	40
Oficios Varios	24	11	51
Sanadora	1	0	52
Agricultor	7	3	55
Conductor	3	1	56
Albañil	4	2	58
Pintor	1	0	58
Moto taxista	4	2	60
Ayudante de Buseta	1	0	60
Soldador	2	1	61
Estudiante	5	2	64
Inspector de policía	1	0	64
Vendedora de Plantas	1	0	64
Doméstica	16	7	72
Administrador de Cafetería	1	0	72

Actividad Laboral	Frecuencia	%	% Acumulado
Peluquero	3	1	73
Cobrador de buseta	1	0	74
Carpintero	1	0	74
Docente	3	1	76
Inspector de Alcantarillado	1	0	76
Panadero	1	0	76
Administrador de SAI	1	0	77
Administrador de empresa	1	0	77
Corte de Banano	1	0	78
Ebanista	2	1	79
Vigilante	2	1	80
Publicista	1	0	80
Vendedor Ambulante	10	4	84
Carnicero	1	0	85
Auxiliar de enfermería	1	0	85
Contador	1	0	86
Asesor de Cartera	1	0	86
Guía turística	3	1	88
Mesero	1	0	88
Cartero	1	0	88
En blanco	21	9	98
No aplica	4	2	100
Total	224	100	100

Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Grafica No 6. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Actividad Laboral en el periodo 2006-2007/Santa Marta.



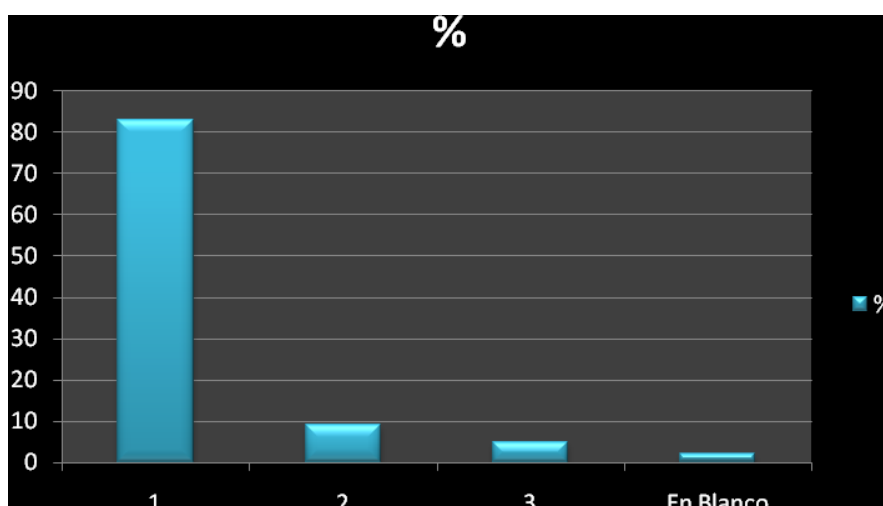
Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Tabla No 8. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres salud E.U. en pacientes Convivientes con el VIH/SIDA según Estrato socioeconómico en el periodo 2006-2007/Santa Marta.

Estrato socioeconómico	Frecuencia	%	% Acumulado
1	186	83	83
2	21	9	92
3	12	5	98
En Blanco	5	2	100
Total	224	100	100

Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Grafica No 7. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con el VIH/SIDA según Estrato socioeconómico en el periodo 2006-2007/Santa Marta.



Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Tabla No 9. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes convivientes con el VIH/SIDA según Patologías Asociadas en el periodo 2006-2007/Santa Marta.

Patologías asociadas	Frecuencia	%	% Acumulado
En blanco	22	10	10
Amebiasis	5	2	12
Síndrome de Desgaste	1	0	13
Caquexia	2	1	14
Sífilis secundaria	4	2	15
Neumonía	11	5	20

Patologías asociadas	Frecuencia	%	% Acumulado
Toxoplasmosis Cerebral	7	3	23
Escabiosis	3	1	25
Neuropatía	1	0	25
Infección Respiratoria Aguda	5	2	27
Citomegalovirus	2	1	28
Dermatitis	6	3	31
Litiasis Renal	1	0	31
Tuberculosis	1	0	32
Bronquitis	2	1	33
Síndrome de emaciación	4	2	35
Gastritis	5	2	37
Herpes Zoster	1	0	37
Colelitiasis	1	0	38
Condilomatosis	1	0	38
Adenopatías	2	1	39
Amigdalitis	1	0	39
Cataratas	1	0	40
Desnutrición	1	0	40
Nefritis	3	1	42
Pulmonía	1	0	42
Dermatomicosis	1	0	43
Hepatitis C	1	0	43
Anemia	1	0	43
Vaginosis	1	0	44
Gonorrea	2	1	45

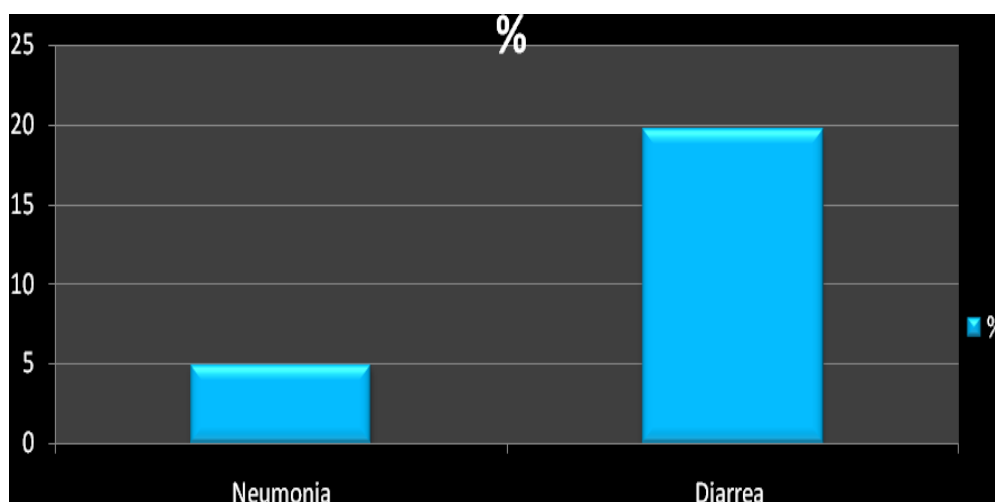
Patologías asociadas	Frecuencia	%	% Acumulado
Fibroadenoma	1	0	45
Liquen plano	1	0	46
Herpes genital	3	1	47
Pterigio	1	0	48
Diabetes	1	0	48
Diarrea	44	20	68
Asintomático	30	13	81
Diarrea, Rinofaringitis aguda	1	0	81
Diarrea, Condilomatosis, Micosis Cutánea	2	1	82
Diarrea, neumonía, Tuberculosis	1	0	83
Dermatitis, Bronquitis	1	0	83
Condilomatosis, neumonía, Bronquitis	1	0	84
Diarrea, Toxoplasmosis	1	0	84
Diarrea, Gastroenteritis, Bronquitis, Dermatitis	1	0	85
Diarrea, Sífilis Secundaria, Colelitiasis	1	0	85
Diarrea, Síndrome de emaciación	5	2	87
Neumonía, Toxoplasmosis, Síndrome de emaciación	1	0	88
Diarrea, Herpes Genital	2	1	89
Toxoplasmosis, Gastritis, Dermatocosis, Lumbalgia	1	0	89

Patologías asociadas	Frecuencia	%	% Acumulado
Diarrea, Neumonía, Neuropatía, Mialgia	1	0	89
Neumonía, Toxoplasmosis, Rinorrea	1	0	90
Toxoplasmosis, Herpes genital	2	1	91
Sífilis secundaria, Herpes genital	2	1	92
Toxoplasmosis, Linfodema, Dermatomicosis	1	0	92
Neumonía, Dermatomicosis	1	0	93
Amebiasis, Sífilis secundaria, Escabiosis, Dermatomicosis	1	0	93
Nefritis, Lumbalgia	2	1	94
Escabiosis, Dermatitis, Herpes genital	1	0	94
Toxoplasmosis, Hepatitis B, Herpes genital	1	0	95
Dermatitis, Síndrome emaciación, Dermatomicosis	1	0	95
Rinofaringitis aguda, Toxoplasmosis, Psoriasis	1	0	96
Diarrea, Epilepsia	2	1	97
Toxoplasmosis, varicocele	2	1	97
Toxoplasmosis, citomegalovirus, Adenopatías	1	0	98

Patologías asociadas	Frecuencia	%	% Acumulado
Infección Respiratoria Aguda, Dermatitis	1	0	98
citomegalovirus, Síndrome de emaciación	1	0	99
Neumonía, Síndrome de emaciación, Diuresis	1	0	99
Lipoma, Fibroadenoma	1	0	100
Epilepsia, Piodermatitis	1	0	100
Total	224	100	100

Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Gráfico No 8. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes convivientes con el VIH/SIDA según Patologías Asociadas en el periodo 2006-2007/Santa Marta.



Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Tabla No 10. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Lugar de procedencia en el periodo 2006-2007/Santa Marta.

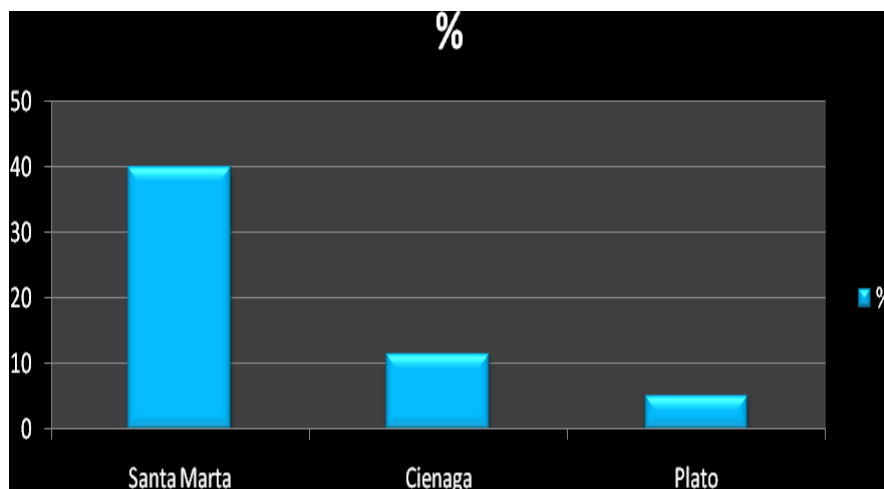
Procedencia	Frecuencia	%	% Acumulado
Santa Marta	90	40	40
Ciénaga	26	12	52
Fundación	6	3	54
Barranquilla	4	2	56
Tasajera	4	2	58
Sabanas de Venao	2	1	59
El banco	7	3	62

Procedencia	Frecuencia	%	% Acumulado
Riohacha	2	1	63
Plato	12	5	68
Pueblito (Granada)	1	0	68
El difícil	5	2	71
Cerro de San Antonio	2	1	72
Tucurinca	1	0	72
Palermo	1	0	72
El reten	2	1	73
San Sebastián	1	0	74
Aracataca	6	3	76
Tenerife	4	2	78
El piñón	3	1	80
Santa Ana	3	1	81
Guacamayal	9	4	85
Monterubio	1	0	85
Guachaca	1	0	86
Taganga	5	2	88
Sitio Nuevo	4	2	90
Piñuela	1	0	90
Orihuela	2	1	91
Pueblo Viejo	4	2	93
Zona bananera	4	2	95
Villa Nueva	1	0	95
Varela	2	1	96
Algarrobo	1	0	96
Regiola (Bolívar)	1	0	97
Guamal	1	0	97
El salao remolino	1	0	98

Procedencia	Frecuencia	%	% Acumulado
Mingueo	1	0	98
Fonseca	1	0	99
Carmen de Bolívar	1	0	99
En Blanco	1	0	100
Total	224	100	100

Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Grafica No 9. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con VIH/SIDA según Lugar de procedencia en el periodo 2006-2007/Santa Marta.



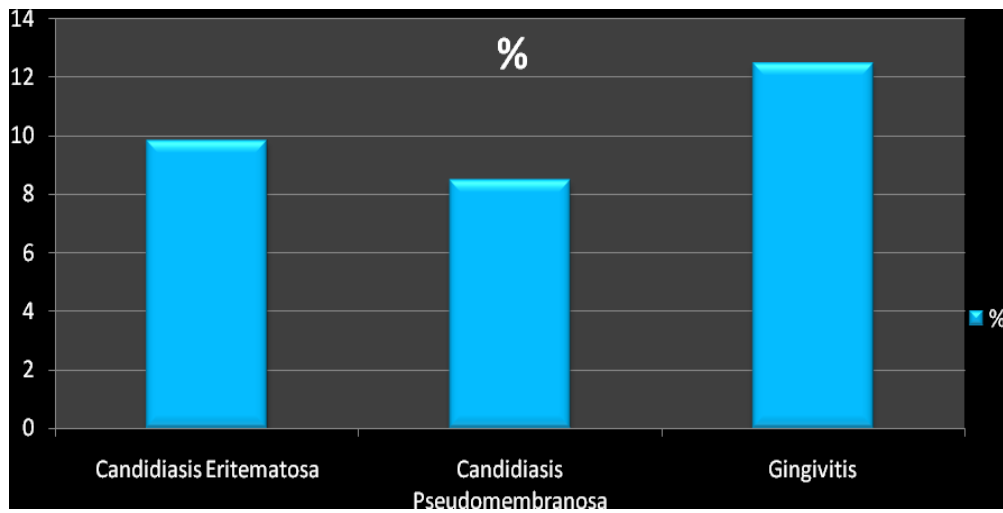
Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Tabla No 11. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con el VIH/SIDA según lesiones en cavidad oral en el periodo 2006-2007/Santa Marta.

Lesiones en cavidad oral	Frecuencia	%	% Acumulado
Candidiasis eritematosa	22	10	10
Candidiasis pseudomembranosa	19	8	18
Gingivitis	28	13	31
Leucoplasia vellosa	5	2	33
Verrugas orales	2	1	34
Ulceraciones aftosas recurrentes	3	1	35
Herpes simple	2	1	35
Herpes zoster	4	2	37
Eritema gingival lineal	2	1	39
En blanco	55	25	64
Asintomático	82	37	100
Total	224	100	100

Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

Grafica No 10. Población Usuaria del la Unidad Atención Heres Salud E.U. en pacientes Convivientes con el VIH/SIDA según lesiones en cavidad oral en el periodo 2006-2007/Santa Marta.



Fuente. Resultado del Análisis de Historias Clínicas de HERES SALUD E.U.

9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación trata de describir la prevalencia de lesiones en cavidad oral en 224 pacientes infectados por VIH/SIDA, de los cuales 13% del total de los pacientes presentaron gingivitis, estos resultados concuerdan con Santana y Cols quienes hallaron en su investigación una frecuencia de 15.4% en pacientes VIH/SIDA²².

Dentro de las manifestaciones también se encontró que la Candidiasis eritematosa fue la más prevalente con una frecuencia de 10%, y la Candidiasis pseudomembranosa con una frecuencia de 8%, esto coincide con la investigación realizada por Sharma y Cols.²³ y Kerdpon²⁴ quienes reportaron la candidiasis eritematosa como la más frecuente con un porcentaje de 44.5%.

Nuestros resultados arrojan que el sexo masculino es el más afectado por el VIH/SIDA con una frecuencia 54%, esto coincide con estudio realizado por Garibay²⁵ quien encontró una prevalencia de (57.8%) para el sexo masculino.

Al estudiar la edad se encontró que el grupo con una alta prevalencia fue el de 21-25 años con una frecuencia de 18%, estos resultados coinciden con Guevara²⁶ donde obtuvo una frecuencia de 63.4% en un rango de edad de 15-35 años.

²² SANTANA Yrma, Navas Rita, Morón Alexis, Chaparro Neira, García Roberto, Suárez Ivette. Investigadores de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, 2008 VOLUMEN 46 N° 2

²³ SHARMA G, Pai K, Suhas S, Ramapuram J, Doshi D, Anup N. Oral manifestations in HIV/AIDS infected patients from India. Oral Dis. 2006 ;12(6):537-42 p.

²⁴ KERDPON D, Pongsirwet S, Pangsomboon K. Iamaroon A, Kampoo K. Sretrirutchai S et al. Oral manifestations of HIV infection in relation to clinical and CD4 immunological status in northern and southern Thai patients. Oral Dis. 2004;10(3):138-44 p.

²⁵ RODRÍGUEZ Lorena Elvira ;Zárate ,Luis Cisneros CD. Práctica privada.2 Departamento Académico MédicoQuirúrgico. Facultad de Odontología. Odontol. Sanmarquina 2007; 10(1): 39-40 p.

²⁶ GUEVARA Silva, sucel, clínica estomatológica provincial docente santiago

En cuanto a las patologías asociadas se encontró que la más frecuente fue la diarrea con una frecuencia de 20%, lo cual coincide con la investigación realizada por Sorto²⁷, otra de las patologías asociadas fue la neumonía con una frecuencia del 5%, lo que coincide con estudio de Tovar²⁸

Dentro del estado civil se encontró que la unión libre fue la más prevalente con 43%, de lo cual no se encontraron estudios reportados.

En cuanto al nivel de escolaridad se encontró mayor frecuencia en bachilleres con un 39%, de lo cual no se encontraron reportes, seguido de analfabetas con una frecuencia de 35%.

A nivel de estrato socioeconómico se encontró que el estrato uno fue el más afectado con una frecuencia de 83%, seguido del dos con un 9%, de los cuales no se encuentran investigaciones reportada.

²⁷ SORTO, Rocío, FIGUEROA Blu Efraín, Perfil clínico-parasitológico de pacientes con VIH/SIDA y diarrea crónica atendidos en el Hospital Escuela del 2003 al 2005.

²⁸ Acta odontol. venez, dic. 2002, vol.40, no.3, p.260-264.

10. RECOMENDACIONES

Promover en la comunidad medidas encaminadas a fomentar un ambiente de concientización sobre el riesgo de contagio del VIH/SIDA, a través de medidas de promoción y prevención tales como el uso del condón

A los profesionales de la salud se les recomienda no dejar pasar en alto las lesiones que se encuentran en cavidad oral, ya que esto puede servir para un diagnóstico oportuno de la enfermedad y un tratamiento acertado.

Realizar un estudio experimental donde se investigue la prevalencia de lesiones orales en pacientes VIH/SIDA y su posible asociación a sexo, edad y patologías asociadas.

Realizar estudios a nivel departamental para evaluar la prevalencia de lesiones en cavidad oral en pacientes VIH/SIDA

Realizar un protocolo de manejo para la atención odontológico de pacientes VIH/SIDA

11. CONCLUSIONES

En relación a los resultados esperados podemos concluir:

La gingivitis esta fuertemente relacionada a los pacientes VIH/SIDA, sin tener en cuenta el estadio de inmunosupresión en el que se encuentre.

La candidiasis bucal posee un enorme valor clínico, ya que puede ser una de las primeras manifestaciones en los pacientes VIH/SIDA, constituyéndose no solo como indicador precoz de la enfermedad, sino como marcador de la severidad y marcador pronóstico de la misma entre la variedad de Candidiasis Bucal, la eritematosa y la pseudomembranosa resultaron ser una de las formas clínicas mas frecuente en las historia de los pacientes VIH/SIDA examinados.

En cuanto al aporte de la investigación para la institución HERES SALUD E.U, se contribuyo al conocimiento e identificación de la lesión más frecuente asociada a las variables mencionadas, con el propósito de dar un tratamiento oportuno y acorde al diagnóstico establecido con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFIA

AXELL T, et al. An update of the classification and diagnostic criteria of oral lesions in HIV infection. J Oral Pathol Med 1991;20:97.

BRAVO, Inés María. Lesiones Bucales en Pacientes VIH/SIDA y su relación con la carga viral y el conteo de la sub población de células CD4. Maestría de Clínica Estomatológica. Caracas.

BRAVO, Inés María: Lesiones Bucales en Pacientes VIH/SIDA y su relación con la carga viral y el conteo de la sub población de células CD4. Maestría de Clínica Estomatológica. Caracas

CAMPO TJ, Cano SJ, Romero G J, Moreno L L.A, Cero LR, Bascones MA. Dental management of patients immunodeficiency virus. Quintessence Int 2003; 34(7): 515-525.

CONDE GUTIÉRREZ, Fernando. Enfermedad Acontecimiento. Revista Española de Salud Pública. 2004.
<http://www.Elcolombiano.Terra.Com.co/Portada.Asp.El>.

FARRERAS V. Medicina Interna. XII Edición. Madrid España: Mosby-Doyma Libros S.A. 1997.

http://www.copresida.gob.do/epidemia_mundial.html

GARIBAY, Lorena y Colaboradores. Manifestaciones Estomatológicas en Pacientes VIH/SIDA.

GREENSPAN D. GREENSPAN JS. HIV-related oral disease. Lancet 1996. 348:729-33 p.

HIV infection. Jan 31 st – Feb 3rd 1993. Carol Stream ILL: Quittesence Publishing 1995. GREENSPAN D. Opportunistic Infections of themouth. The AIDS Knowledge Base (5.2) Jan. 1994.

<http://es.wikipedia.org/wiki/SIDA>
http://www.copresida.gob.do/epidemia_mundial.html

<http://www.Elcolombiano.Terra.Com.co/Portada.Asp.El>.

<http://www.sinsida.com/montador.php?tipo>

[http://www.universia.net.co_Universia Colombia](http://www.universia.net.co_Universia_Colombia)

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

LAWRENCE M. Terney, Jr. Stephen J.Mc Phee, Maxine A. Papadakis. Diagnóstico clínico y tratamiento.41^a edición, 2006. Cap. 31 1150-1151 p.

LIFSON A.R. Oral lesions and epidemiologyof HIV. En Greenspan J.S.,Greenspan D.editores. Oral manifestations of HIV infection: Proceedings of 2nd Internacional workshopon the oral manifestations of 3.

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

Organización Panamericana de la Salud Organización Programa de Publicaciones (DBI/E) 25 Twenty-third Street, NW Washington, DC 20037, EUA

Perfil Epidemiológico 2006-2007. Grupo de Epidemiológica de la Secretaría de Salud Distrital.

PETERSEN, Erick.: Strengthening the prevention of HIV/AIDS - related oral disease: A global approach. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2004 <http://who.int>

Porter SR, Luker J, Scully C, Glover S, Griffiths MJ. Orofacial manifestations of a group of British patients infected with HIV-1. Oral Pathol Med 1989; 18:47-8.

SAAVEDRA TCH. Epidemiología de la infección por el VIH. Salud Holes. Inmunodeficiencia Humana (VIH/sida). Editorial Unión Gráficas Ltda., Santafé de Bogotá. Edición especial 2001:8-118.

Sanmarquina 2007; 10(1): 39-40 CD. Práctica privada.2 Departamento Académico Médico Quirúrgico. Facultad de Odontología.

SANTANA, Garay. Oral Candidiasis high -risk patients as the initial manifestation of acquire immunodeficiency síndrome. N Engl J Med 1984; 311: 54.

SCHULTEN EAJM, Ten Cate RW, Van Der Waal I. Oral manifestations of HIV infection in 75 Dutch patients. J Oral Pathol Med 1989; 18:42-6.

SHIBOSKI CH, Hilton JF, Neuhaus JM, Canchola A, Greenspan D. Human immunodeficiency virus-related oral manifestations and gender. A longitudinal analysis. Arch Intern Med 1996;28;156:2249-54.

SILVERMAN S, Migliorati CA, Lozada Nur F, Greenspan D, Conant M. Oral findings in people with or at high risk for AIDS: a study of 375 homosexual males. JADA 1986. 112, 187-92 p.

SIMOSA M., María Eugenia: Enfermedad Periodontal del Paciente con Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA). Post grado de Periodoncia U.C.V. Caracas. 2001

Sondergaard J, Weismann K, Vithayasai P, Srisuwan S, Manela-Azulay M. Ethnic and geographic differences and similarities of HIV/AIDS-related mucocutaneous diseases. Int J Dermatol 1995;34:416-9.

SYRJANEN S, Valle SL, Antonen J, Suni J, Saxinger C, Kronhn K, et al. Oral candidal infection as a sign of HIV infection in homosexual men. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 65: 36-40.

TOVAR, Vilma. y Colaboradores. Prevalencia de Candidiasis Bucal en Pacientes VIH/SIDA. Estudio Retrospectivo.

TOVAR, Vilma. y Colaboradores. Manifestaciones Bucales e Infecciones Oportunistas mas Frecuentes Encontradas en 208 pacientes con infección por VIH/SIDA. Vol. 40 No. 3. 2002
UNMSM

VAN DER VAAL I, Schulten EA, Pindborg II. Oral manifestations of AIDS: an overview. *Int Dent J* 1991;41:3-8.

VIH, una amenaza que crece sin control *El Colombiano*, [Fecha de acceso: 29 de agosto de 2004] [En línea]. Disponible

SANTANA Yrma, Navas Rita, Morón Alexis, Chaparro Neira, García Roberto, Suárez Ivette. Investigadores de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, 2008, volumen 46 n 2

SHARMA G, Pai K, Suhas S, Ramapuram J, Doshi D, Anup N. Oral manifestations in HIV/AIDS infected patients from India. *Oral Dis.* 2006 ;12(6):537-42 p.

KERDPON D, Pongsirwet S, Pangsomboon K. Iamaroon A, Kampoo K . Sretrirutchai S et al. Oral manifestations of HIV infection in relation to clinical and CD4 immunological status in northern and southern Thai patients. *Oral Dis.* 2004;10(3):138-44 p.

RODRÍGUEZ Lorena Elvira ;Zárate ,Luis Cisneros CD. Práctica privada.2
Departamento Académico MédicoQuirúrgico. Facultad de Odontología. Odontol. Sanmarquina 2007; 10(1): 39-40 p.

GUEVARA Silva, Sucel, clínica estomatológica provincial docente Santiago de Cuba, 19 p.

SORTO, Rocío, FIGUEROA Blu Efraín, Perfil clínico-parasitológico de pacientes con VIH/SIDA y diarrea crónica atendidos en el Hospital Escuela del 2003 al 2005.

Acta odontol. venez, dic. 2002, vol.40, no.3, p.260-264.

ANEXOS



Santa Marta 21 de Mayo, del 2008

Dr.

HERNANDO ESTRADA

E.S.D

ASUNTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

CORDIAL SALUDO

La presente tiene como objetivo la autorización a las estudiantes de la UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA de X semestre de Odontología, YENCY CONTRERAS, LAURA CUIEL, NAYRETH GARCIA, para el acceso a la recopilación de datos necesarios en la ejecución del proyecto PREVALENCIA DE LESIONES EN CAVIDAD ORAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN HERES SALUD E.U. DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EN EL PERIODO 2006-2007

Bajo las condiciones propuestas por la institución tales como:

- Solo tendrá acceso una estudiante bajo la asesoría de la Dra. NASLY GOENAGA.
- Se asignara un horario determinado para la revisión de datos
- Se establecerá un acuerdo de confidencialidad de los pacientes encontrados en esta institución
- La institución será reconocida dentro del proyecto de grado anteriormente mencionado.

Agradecemos la atención prestada

Dr. HERNANDO ESTRADA

Fecha	Edad	Ocupación	Estrato	Patología Asociadas	Procedencia	Lesiones	Estado	Escolaridad
	M F		1. 2. 3.	1. 2. 3.		Micotinas Aftas Bacteriana Enf. Glandulo salival Neoplasia Virales		
Fecha	Edad	Ocupación	Estrato	Patología Asociadas	Procedencia	Lesiones	Estado	Escolaridad
	M F		1. 2. 3.	1. 2. 3.		Micotinas Aftas Bacteriana Enf. Glandulo salival Neoplasia Virales		
Fecha	Edad	Ocupación	Estrato	Patología Asociadas	Procedencia	Lesiones	Estado	Escolaridad
	M F		1. 2. 3.	1. 2. 3.		Micotinas Aftas Bacteriana Enf. Glandulo salival Neoplasia Virales		
Fecha	Edad	Ocupación	Estrato	Patología Asociadas	Procedencia	Lesiones	Estado	Escolaridad
	M F		1. 2. 3.	1. 2. 3.		Micotinas Aftas Bacteriana Enf. Glandulo salival Neoplasia Virales		