

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

E.A.P. DE ODONTOLOGÍA

**Estudio comparativo de las lesiones periodontales en
gestantes VIH seropositivas y VIH no seropositivas**

Tesis

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Donald Ramos Perfecto

Lima - Perú

1999

OD
85
ej.2

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

BIBLIOTECA CENTRAL

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA



**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS LESIONES
PERIODONTALES EN GESTANTES VIH
SEROPOSITIVAS Y VIH NO SEROPOSITIVAS**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

BACHILLER

DONALD RAMOS PERFECTO

21136

LIMA - PERU

1999

***A MIS PADRES, HERMANOS Y AMIGO,
QUE FUERON LA FUENTE CONSTANTE
DE APOYO PARA QUE MIS METAS
SE CUMPLAN "MI PROFESION"***

AGRADECIMIENTOS

El autor de la tesis agradece muy sinceramente a las siguientes personas por su valiosa colaboración en la realización de la presente investigación:

- Dr. Luis Maita Véliz, por sus conocimientos puestos al servicio del investigador y su incondicional apoyo para la realización de la investigación.
- C.D. Marco A. Castillo Prada, Jefe de Servicio del Departamento de Odontología del Hospital San Bartolomé, por su apoyo incondicional para la realización de la investigación.
- C.D. Américo Munayco Magallanes, Odontólogo asistente del Hospital Maternidad de Lima, por sus consejos y apoyo incondicional en la realización de la investigación.
- Bio estadista Ronald Martínez, por su apoyo incondicional en la realización de la parte estadística de la investigación.
- Sra. Julia Perfecto Maguiña, mi madre, por el apoyo constante en todos los momentos de la realización de la investigación.
- C.D. Oswaldo Orbegozo Venegas, por su apoyo incondicional y consejos que me sirvieron para culminar la investigación.

INDICE

I.	INTRODUCCION	3
II.	MARCO TEORICO	5
2.1	Antecedentes	5
2.2	Planteamiento del Problema	23
2.3	Justificación	26
2.4	Objetivos de la Investigación	26
2.5	Hipótesis	27
III.	MATERIAL Y METODOS	35
3.1	Tipo de Estudio	35
3.2	Población y Muestra	35
3.2.1	Población	35
3.2.2	Muestra	35
3.3	Materiales	36
3.4	Métodos	36
3.4.1	Procedimientos y Técnicas	36
3.4.2	Recolección de Datos	37
3.4.3	Procesamiento de Datos	37
3.4.4	Análisis de Datos	38

IV. RESULTADOS	39
V. DISCUSION	41
VI. CONCLUSIONES	43
VII. RECOMENDACIONES	44
• RESUMEN	45
• REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	46
• ANEXOS	56
Tablas y Cuadros	

I. INTRODUCCION

En la actualidad una enfermedad, viene propagándose en todos los rincones del mundo, siendo considerado toda una pandemia, esta enfermedad es llamada Infección por VIH. /SIDA. Que según cifras dada por la O.M.S., presentaba un número de infectados de 33.4 millones en el mundo, hasta diciembre de 1998. Para América Latina las cifras son 1,400,000 infectados, siendo estas cifras alarmantes. En el Perú las cifras no son tan altas, pero viene teniendo un crecimiento acelerado.

Esta enfermedad tiene sus primeros casos en los reportes dados por el Centro de Control de Enfermedades (CDC), en Atlanta, Estados Unidos en 1981. En el Perú, los primeros casos se dan en 1983, y hasta la fecha viene teniendo un crecimiento rápido. Si bien al principio se suponía que las personas que mayor riesgo tenían en infectarse eran homosexuales y drogadictos; actualmente nadie está en la seguridad de no contagiarse, ya que esta enfermedad se puede dar en niños, adultos y ancianos, no importando raza, sexo o condición social. Se tiene conocimiento que diariamente, casi 16,000 nuevos casos de infección por VIH/SIDA, se presentan en el mundo, estimándose que para el año 2,000 habrá más de 40 millones de personas viviendo con el VIH. Pero no hay que olvidar, que así como existen personas que saben que están infectadas, se estima que más de 27 millones de personas no saben que están infectadas.

En los principios de la década del 90, se presentan los primeros casos de infección VIH/SIDA de tipo vertical o de madre niño, en la cual, el nuevo ser por nacer tiene un riesgo del 30% de salir infectado, ya sea en el proceso gestacional de 9 meses, en el trabajo de parto o mediante la lactancia materna. En la actualidad el número de casos se viene incrementando,

presentando una situación alarmante para el niño, ya que este puede adquirir la enfermedad o tener una pérdida temprana de sus padres, presentándose al niño un futuro incierto.

En lo que concierne a la especialidad médica de Odontología, esta enfermedad ha sido estudiada y sigue siendo estudiada por la complejidad que entorna la infección por VIH/SIDA, si bien las lesiones periodontal, mencionadas por las diversas literaturas, son la gingivitis lineal eritematosa, gingivitis ulcero necrotizante y periodontitis ulcero necrotizante, estas se van a presentar según la inmunosupresión que presenta la persona infectada.

Con respecto a gestantes VIH. seropositivas se sabe poco o nada de las posibles lesiones periodontales que puedan presentar en su proceso gestacional. Si bien se sabe que entre el 40 a 100% de las gestantes, presentan algún tipo de lesión periodontal, no se tiene conocimiento que en una gestante VIH seropositiva las lesiones periodontales, se presentan en mayor cantidad o mayor severidad.

Ante la presencia de esta disyuntiva el autor se ha propuesto realizar una investigación, que trate de dar respuesta a tal pregunta.

Quiero dejar constancia que no es mi intención, que el presente estudio constituya una labor acabada, ni mucho menos perfecta, es tan sólo, un avance con voluntad de querer conocer, algo mas de las gestantes VIH seropositivas.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del Estudio

En la primavera de 1981 la revista Reporte Semanal de Morbilidad y Mortalidad del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (USA) informó sobre los casos de dos enfermedades muy raras, la primera era la neumonía por *neumocystis carinii* y la segunda el sarcoma de Kaposi, en jóvenes homosexuales en la ciudad de Nueva York y de California, a su vez todos los casos presentaban cuadros de inmunosupresión. Unas semanas mas tarde esta revista informó el aumento de estas dos enfermedades, para meses posteriores se reportaron 26 casos de sarcoma de Kaposi, en pacientes homosexuales, además que siete de estos pacientes también sufrían de neumonía por *neumocysti carinii*. (6), (5), (35).

Esta publicación de 1981, abrieron la puerta al mundo de una pandemia, que ha ganado millones de personas infectadas. Si bien se han identificado casos retrospectivos de 1979, de una médica danesa, que presentaba las características de la enfermedad y que posteriormente a su muerte se comprobó que era causado por la infección con VIH., enfermedad muy prevalente en el Zaire, donde esta mujer trabajó (6).

En Mayo de 1983 Luc Montagnier, científico del Instituto Pasteur, Francia, aisló de un enfermo con linfadenopatía, un virus que identifico como causante del SIDA y que llamó L.A.V. o virus asociado a linfadenopatias. A su vez en Bethesda, EE.UU., Robert Gallo, lideró un grupo que casi simultáneamente, aisló un virus muy parecido a los causantes de la Leucemia T Humana llamada, HTLV-I, llamándose al virus

reciente HTLV-III, mas adelante estudios demostraron que ambos virus eran los mismos y que a su vez eran causantes del SIDA. (5), (6), (35).

En Mayo de 1986 el comité Internacional de taxonomía de los Virus, propuso que el virus causante del SIDA se llamaria Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH. (5).

Para la década del 90 esta enfermedad esta diseminada en todo el mundo y según la OMS, señalan que en 1997 existian no menos de 8 millones, de los cuales, 400 mil casos son de SIDA y que para el año 2000 existirán cuarenta millones de personas infectadas por el VIH.

En el Perú el primer caso, fue detectado en 1983 y hasta la fecha se han diagnosticado 7734 casos con dicho mal. (15).

En el departamento de Lima se han registrado 5,456 casos y en el Callao las cifras son de 480 casos. A su vez los datos del interior del país, identifican a Loreto como el departamento de mayores casos, con 171 casos reportados. (31), (15).

Además esta población infectada tiene entre 25 a 29 años, siendo la forma de contagio en el 97.5% de casos, la vía sexual. A su vez en los inicios de la aparición del SIDA en el Perú, los varones eran el mayor grupo de infectados, pero en la actualidad el grupo femenino esta aumentando, hasta encontrar reportes estadísticos proporcionales de 3 varones por 1 mujer, situación que alarma (15), porque las mujeres infectadas pueden llegar a embarazarse y traer al mundo un niño infectado, presentando un riesgo de 25 a 30%. (6), (10), (13), (35). Se tiene información que mas de 2 millones de niños no infectados han nacido de mujeres portadoras (12), los cuales presentan un futuro incierto como huérfanos, ya que sus padres o alguno de

ellos, probablemente morirán jóvenes, de enfermedades oportunistas.

En la cavidad oral, específicamente el periodonto, en pacientes infectados con VIH, se han podido detectar patologías como gingivitis marginal localizada o gingivitis lineal eritematosa, gingivitis ulcero necrotizante, periodontitis ulceronecrotizante y estomatitis gangrenosa o noma. Estas lesiones han llegado a presentarse en estadios tempranos o tardíos de la enfermedad en que se presenta inmunosupresión por VIH. (6), (8), (14), (22), (27), (28), (34), (35). Pero todavía hay un campo poco estudiado, en el conocimiento de las lesiones periodontales en gestantes con VIH positivo.

Lo que si se ha podido tener información es sobre la incidencia de cierta alteración gingival en el embarazo (1), (4), exacerbada por los cambios hormonales de estrógeno y progesterona, que aumenta su concentración en los tejidos periodontales, los cuales son utilizados como elementos nutrientes por bacterias como la Prevotella intermedia (25), presentándose así un medio adecuado para la aparición de una lesión periodontal, esto asociado a otros factores como es la placa bacteriana. Además se han identificado evoluciones graves, de una simple inflamación gingival a un granuloma piógeno o tumor del embarazo.

Bases Teóricas

Embarazo

Es un estado de la mujer, que comienza con la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. Durante aproximadamente 275 a 280 días o 38 a 40 semanas. (20), (19). El embarazo trae a la mujer diferentes cambios en su cuerpo, ya sea físicos, psíquicos, fisiológicos, durante todo el tiempo que dure éste, y que se van a manifestar

mediante signos y síntomas que se van a presentar en los tres trimestres del embarazo. (23).

Manifestaciones Generales del Embarazo según Trimestre

Primer Trimestre:

Amenorrea

Nauseas y vómitos, se da en el 50% de casos aproximadamente.

Sensación de hormigueo y crecimiento de mamas.

Pigmentación de los pezones.

Aumento de peso (sensación de llenura del abdomen).

Aumento de descarga vaginal de coloración blanquecina.

El pulso se acelera ligeramente. (23).

Segundo Trimestre:

Distensión abdominal, esto se hace notorio por el aumento o crecimiento del feto, a su vez esto desplaza órganos abdominales, comprimiendo la vejiga lo que trae un aumento de la frecuencia de micción.

El diafragma es desplazado hacia arriba, por lo tanto disminuye el volumen respiratorio.

La presión arterial se presenta por debajo de lo normal.

Empleza a fluir calostro del pezón.

Se produce un aumento de peso de media libra por semana.

Se oye latido cardíaco con estetoscopio.

Aparecen manchas oscuras en la cara (23).

La gingivitis oral suele aparecer como un agrandamiento gingival inflamatorio

Tercer Trimestre:

El crecimiento de mamas y abdomen es notorio.

Se presenta dificultad para sentarse y caminar.

Aumento de la descarga vaginal.

La presión arterial esta disminuida

El crecimiento fetal, comprime los vasos abdominales, esto dificulta el retorno venoso, produciéndose edema de tobillos o aumento de volumen de piernas.

Los latidos cardíacos y movimientos fetales son mas intensos (23) (7).

Cambios Físicos.- Estas se dan desde el primer trimestre con un aumento de peso, que se va incrementando en los demas trimestres, así como el aumento de volumen de mamas y abdomen.

Cambios psíquicos.- La gestante presenta cambios en su personalidad, los cuales son necesarios para preparar a la mujer para sobrellevar su embarazo, parto y cuidados del niño.

Cambios Fisiológicos.- Se aprecia cambios como, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria (7).

La gestante presenta mayor demanda de insulina, a su vez puede presentarse hipoglicemia en la madre, ya que el feto consume los carbohidratos de la madre.

Todos estos cambios en el embarazo, así como la presencia de hipoalbuminemia y linfocitopenia, hacen que la respuesta inmunitaria este disminuida, y mucho más en pacientes infectados con VIH, que poco a poco

van disminuyendo sus defensas. Es así que ante éstas alteraciones, las patologías periodontales pueden estar exacerbadas en las pacientes gestantes seropositivas. (1)

SIDA

Epidemiología Mundial del SIDA

Los primeros casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fueron reconocidos en homosexuales de los Ángeles en 1981 (6). La Organización Mundial de Salud (OMS), según informes de 208 países, reporta 985,119 casos de SIDA, estimando que existe más de 16 millones de individuos infectados en 1994, estimando que para el año 2000, habrá de 30 a 40 millones de individuos infectados, en el cual el 90% pertenecen a países en vías de desarrollo.

El VIH se ha extendido por todo el mundo, siendo el continente africano el que sostiene una carga desproporcionada de la epidemia VIH, teniendo un estimado del 70% de individuos infectados en el mundo. (35). El 30% restante está distribuido aproximadamente de manera uniforme entre Norteamérica/Europa, América del Sur y Asia.

El Padrón Epidemiológico de la Infección por VIH varía geográficamente y ha sido caracterizado por la OMS en diferentes patrones básicos.

El patrón tipo I, caracteriza a los Estados Unidos, Europa Occidental y Oceanía, el cual se originó a finales de los 70 y comienzos del 80 y afectó principalmente a homosexuales y drogadictos endovenosos.

El Patrón II, caracteriza a los países del África sub-Sahariana y del Caribe, en el cual la epidemia se inició durante la década del 70, siendo la forma

heterosexual la predominante.

El Patrón III están considerando Asia, Norte de Africa, el medio Este y Europa Oriental, quienes tienen un ingreso de la epidemia a mediados de 1980 y en donde el número de casos son limitados y no existen patrones de distribución de grupos con comportamiento de riesgo (35). América del Sur, en un principio estaba agrupada en el patrón I, pero el incremento de personas infectadas por relaciones sexuales heterosexuales, actualmente, a hecho que se le considere en un patrón I / II.

Epidemiología del SIDA en las Américas

Al 10 de diciembre de 1993, los 45 países y territorios de las Américas habían notificado 435, 978 casos de SIDA a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde que se inició la vigilancia en 1983. De este total, han muerto un número acumulado de 248,446 personas. Para el 30 de junio de 1994 el número de casos se incrementó a 523,777 y se espera un crecimiento mas acelerado de la cifra.

Según la OPS, el mayor aumento en las tasas se ha registrado en el cono sur y el istmo centroamericano, con un incremento de alrededor del 620% y 440% entre 1987 y 1992 respectivamente, a estas subregiones le siguen el área andina, Brasil y México con 320%, 316%, 260% respectivamente.

Los aumentos mas importantes se registraron en las subregiones y países, en que la epidemia se introdujo mas tardíamente y donde aún cabe esperar un incremento mayor en los próximos años.

Para Diciembre de 1993 en América del Norte, la transmisión entre

hombres homosexuales o bisexuales corresponde al 57% de los casos y la transmisión entre personas que se inyectan drogas a más de una cuarta parte. En el Caribe la transmisión heterosexual representa el 71% de los casos, con el consiguiente porcentaje elevado de 9% de transmisión de la madre al hijo, la transmisión por contacto homo o bisexual es de 18%, la transmisión por transfusión de productos sanguíneos contaminados es de 2% (35).

En América Latina, la distribución porcentual de casos de SIDA, para diciembre de 1993 transmitidos entre hombres homosexuales y bisexuales varía de un 14% en el Caribe Latino a un 69.5% en el área andina, existiendo una tendencia a la disminución de casos, en este grupo poblacional en toda la región. La transmisión heterosexual ha aumentado y está cerca del 75% en el Caribe Latino del 25% en el área andina y por encima de 20% en Brasil y México.

Epidemiología del SIDA en el Perú

En el Perú se reportó el primer caso de síndrome de inmunodeficiencia adquirida en 1983, desde entonces se han reportado casos de SIDA, primero al Programa Especial de Control del SIDA (PECOS) del Ministerio de Salud y actualmente, se reporta al Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS), llegando a un acumulado de 7549 casos de SIDA a febrero de 1999. Según PROCETSS, la forma de transmisión por relaciones sexuales, se presentó en el 95.9% de casos de infectados por VIH, la transmisión por vía sanguínea representa el 1.9% de casos de infectados por VIH y para la forma de transmisión perinatal, el

porcentaje es de 2.2% del total de infectados. El grupo etareo de 25 a 29 años representa el mayor número de infectados, siendo para los varones de 18.8% y para las mujeres de 17.1%. Además la relación de infección de hombre, mujer es para 1998 de 3 a 1. (53).

En relación a los departamentos del Perú, Lima presentó hasta 1998, 5456 casos de SIDA; el Callao 480 casos. Siendo los departamentos con mas alto Índice, los de Ancash, Arequipa, Loreto, donde representaron 167, 151, 171 casos respectivamente hasta 1998. (53).

En lo que respecta a gestantes infectadas en el Perú, hasta 1997 se reportaron 168 casos, y para el primer semestre de 1998 aun cuando no se han recibido reportes de condiciones obstétrica para el caso de SIDA, las cifras indican 132 gestantes seropositivas. (54).

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Es un virus de envoltura pequeña que contiene en su estructura interna (Core), el genoma constituido por Ácidos nucleicos virales contenidos en una cadena simple de ARN y algunas enzimas requeridas en los eventos iniciales en la introducción a la célula humana y replicación. El Core está rodeado por una cápside constituida por secuencia concadenada de proteínas P24, a su vez, esta cápside esta rodeada por una membrana lipídica que contiene importantes glicoproteínas (gp); la gp 120 de la parte externa de la membrana y la transmembranica gp 41. (33), (35).

El SIDA es una compleja enfermedad, debida a múltiples interacciones que ocurren entre el virus y el huésped. Esta es causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El VIH es un virus ARN, de la familia de

los retrovirus, por transcribirse el ARN a ADN y de la subfamilia de los lentivirus, que se caracterizan por producir enfermedades lentamente progresivas y fatales.

Fisiopatología

El VIH es adquirida a través de la exposición, a la sangre del huésped o de sus membranas mucosas con sangre, o secreciones infectadas. Es decir el virus se ha aislado aparte de la sangre, en el semen, secreciones vaginales, saliva, lágrimas, leche materna, pero no todos estos fluidos son vehículos igualmente eficaces para el contagio, ya que esta situación depende de la cantidad de células T-CD4 y macrófagos infectados. (34).

Con respecto a la saliva, se sabe que el virus está presente, pero de que es una secreción infectante, todavía no se ha establecido, se sabe que la baja densidad del virus presente en la saliva y la integridad de las barreras naturales, tanto físicas como químicas de la cavidad oral, hacen considerar que, por ejemplo el sexo oral presenta menor riesgo de adquirir la infección por el VIH. Según estudios, se ha demostrado que la saliva desempeña un papel protector para eludir la infección de glóbulos blancos, esto invitro, una de las explicaciones, es que la saliva presenta pequeñas proteínas, que se adhiere a las células inmunes que bloquea la infección de ésta por parte del virus, esta proteína es la Proteasa Inhibidora secretada por leucocitos (PISL), que ha demostrado impedir la adhesión de las partículas virales a las células, como resultado de su unión con los receptores específicos en la membrana de los linfocitos. (13).

La infección por VIH se da en tres formas:

1. Por relaciones sexuales.

2. Directa exposición a la sangre del huésped: drogas intravenosas y transfusión de sangre o derivados contaminados.
3. Transmisión vertical o perinatal, la que se puede realizar durante el embarazo, trabajo de parto y lactancia.

El virus que ingresa al cuerpo de una persona, presenta un tropismo a las células que tienen la molécula CD4 en su membrana celular o sea linfocitos T4 y en menor grado monocitos y macrófagos. Este poder citopático del VIH se manifiesta en un deterioro funcional de los linfocitos infectados, e incluso de los no infectados. En su máxima expresión, destruye a la célula huésped y de esta manera en un periodo variable de meses o años depleta de linfocitos CD4 al sistema linfático. A su vez se sabe que las células T coordinan la respuesta inmune, ya que al estar alteradas, trae como consecuencia una Inmunodeficiencia progresiva y profunda, así descensos de células CD4 inferior a 200 por cc., paralizan el sistema inmunológico, dejando a la persona a merced de una variedad de enfermedades oportunistas. (11), (16), (34), (35).

Clínica de la Infección por VIH

Esta infección se caracteriza por una depresión del sistema inmunológico y según casos estudiados, puede presentar cuatro estadios. (6), (8), (13), (29), (33), (34), (35).

Primer Estadio.- Llamado primo infección o síndrome retroviral agudo (SRA), que se presenta en el 50% a 80% de los pacientes infectados. Esta se produce entre la primera a sexta semana post entrada del VIH. Esta primo

infección es similar a una mononucleosis infecciosa. Se caracteriza por cefalea, fiebre, adenopatías, mialgias, artralgias, trombocitopenia, leucopenia y diarrea. Además se da el periodo de ventana, en el cual el VIH no es detectado por pruebas convencionales como el ELISA (Ensayo Inmuno Solvente Ligado a Enzimas) hasta los primeros 3-6 meses, luego de la primo infección.

Segundo Estadio.- Llamado también portador asintomático, en este periodo ya se puede detectar el virus con pruebas convencionales. Se presenta una latencia clínica que dura en promedio de 8 a 10 años. Esto dependiendo del sistema inmunológico del paciente.

Tercer Estadio.- Llamado portador sintomático, el paciente presenta una variedad de signos y síntomas, siendo los mas característicos:

- Disminución del 10% de su peso corporal.
- Diarreas continuas que pueden durar de 20 a 30 días.
- Fiebre continua que puede tener varias semanas de duración.
- Malestar general, dolor articular, cefalea.

Cuarto Estadio.- Llamado estadio SIDA, en el cual el sistema inmunológico está totalmente disminuido, manifestándose enfermedades oportunistas como; neumonía por neumocysti carinii, tuberculosis, toxoplasmosis, candidiasis oral y vaginal, varicela zoster, patologías de cáncer de piel como el sarcoma de Kaposi. El promedio de sobrevida sin tratamiento es de 9 a 24 meses, aunque con tratamiento retroviral puede presentar una sobrevida de 2 ó 3 años.

Diagnóstico

Clínico.- Cuando se asiste a un síndrome retroviral agudo o en caso de enfermedades oportunistas,

Por Laboratorio.- Mediante pruebas serológicas que detectan anticuerpos contra el virus. Entre estos tenemos el Elisa VIH y el Western Blot.

Otro método utilizado para identificar el virus, es mediante el método viral directo el cual cualifica al virus, mediante detección de antígenos virales como el P24, PCR del material genético del VIH y el cultivo viral (6), (10), (28), (33), (34), (35).

Tratamiento

Hasta la actualidad no existe tratamiento de cura para la enfermedad. Lo que si se ha podido realizar es prolongar en unos cuantos años la vida del paciente con VIH, mediante terapia retroviral y profilaxis de las enfermedades oportunistas. (30).

Se ha demostrado que la tasa de replicación viral puede llegar a 10^9 y 10^{10} viriones por día, a mayor concentración de carga viral (mayor de 30,000 copias/mm cúbico) indican rápida progresión y menor tiempo en adquirir el SIDA, con menor supervivencia. Bajas concentraciones (menor de 5,000 copias/mm cúbico) predicen un pronóstico favorable. (30).

En cuanto al tipo de tratamiento este puede ser, por medio de una monoterapia, biterapia ó terapia con triple tipo de medicamento. Entre los medicamentos hasta la actualidad conocidos tenemos a los Inhibidores de la transcriptasa reversa, análogos no nucleosidos y los Inhibidores de la proteasa.

Si bien es cierto que la combinación de estos medicamentos ha producido una reducción del incremento viral a niveles indetectables y el conteo de CD4 aumenta en promedio de 0.1 a 0.15 x 10⁹/ l (30).

Para Brigitte Autran, en un estudio, en 300 pacientes en estados muy avanzados de la enfermedad, la combinación de medicamentos produjo un aumento sostenido significativo de células CD4 en el 80% de los pacientes, en un periodo de 18 meses, el recuento de células CD4 ascendió de 51/mm cúbico a 194/mm cúbico, estimándose que la recuperación completa del sistema inmunitario puede tomar de 4 a 8 años. (32).

Además de lo mencionado, el tratamiento tiene ciertos problemas relacionados a costo, toxicidad, durabilidad, y resistencia. El costo del régimen comúnmente usado es de 10,000 a 12,000 dólares al año. La toxicidad se produce por mayor dosis y mientras mas prolongada sea la terapia. Aun es muy poco tiempo de uso de la terapia para saber cuál puede ser la durabilidad. En cuanto a la resistencia, ésta se presenta si hay suspensión del tratamiento.

En el caso del paciente gestante con VIH, la profilaxis retroviral se da con la finalidad de reducir la posibilidad de infección del recién nacido de un 30% a un 8%. Esta medicación se da a partir de la 35ava semana, se da Zidovudina, la cual se administra diariamente en dosis de 300 mg. por vía oral, dos veces al día hasta el inicio de la labor del parto, donde empezará a recibir Zidovudina 300 mg. por vía oral cada 3 horas hasta el momento del corte del cordón umbilical. (9), (54).

En caso del recién nacido, este pasa a recibir también Zidovudina (en jarabe), en dosis de 2 mg./Kg. cada 6 horas por vía oral, a partir de las 8

horas de vida y durante las 6 semanas siguientes, además de promover la lactancia artificial. (54).

Patología o Manifestaciones Periodontales en Gestantes y Pacientes con VIH Positivo.

Alteraciones Periodontales en Gestantes:

1979.- O'Neil TC, estudió la gingivitis crónica durante el embarazo, en un grupo de 24 pacientes embarazadas, que fueron observadas a la 14 y 30 semanas y siendo ya puerparas; la presencia de gingivitis ocurría a pesar de una caída en la cantidad de acumulación de placa, confirmando que un factor además de la placa bacteriana esta relacionada a la gingivitis del embarazo, este estudio demostró que en el embarazo hay una depresión de sensibilidad T celular maternal y se sugiere que esta depresión de la contestación inmunitaria mediada por célula, pudiera ser un factor de sensibilidad alterada de los tejidos gingivales a la placa. (37).

1984.- WONG RC; ELLIS CN; manifiesta que el embarazo produce muchos cambios en la mujer, siendo los de la piel el mas relacionado al embarazo (dermatosis del embarazo), si bien los cambios no dañan la salud de la madre o del feto, pero si cosméticamente, causan un problema significativo. En relación a los cambios en la cavidad oral, la gingivitis es la lesión mas común presente en este tipo de paciente. (44).

1991.- OJANOTKO-HARRI MP y Col; manifiesta que el metabolismo de progesterona juega un papel importante en la fisiología de la gingivitis, así a mas bajo metabolismo de progesterona, mayor es su actividad hormonal en el tejido. En la gingiva humana saludable, la progesterona se metaboliza sólo parcialmente y esta por consiguiente en su forma activa, de esto se sugiere que la progesterona funciona como una hormona inmunosupresante en los

tejidos de la gingiva de la mujer, produciendo un tipo de gingivitis crónica aumentada, apareciendo una exagerada inflamación clínicamente. (38).

1991.- RABER-DURLACHER JE y Col; realizó un estudio para evaluar los números absolutos y porcentajes de células T periféricas, en gestantes durante el 2do. trimestre y 6 meses después del parto. El examen clínico dio a conocer que las bolsas periodontales y el Índice de sangrado era mayor durante el embarazo que después del parto. Además que los números absolutos de CD3, CD4 y CD1, parecían estar disminuida durante el embarazo comparado después del parto. (43).

1993.- ZACHARIASEN RD; manifiesta que en mujeres con elevado nivel de hormonas ováricas, visto en gestantes, en personas que usan anticonceptivos y jóvenes en plena pubertad; se va a producir un aumento de la inflamación gingival, el cual puede minimizarse estableciendo una fisioterapia adecuada. Además los datos de numerosos estudios, manifiestan, que no son las hormonas las que producen directamente las alteraciones gingivales, sino que estas hormonas producen cambios metabólicos en ciertas bacterias, produciendo su crecimiento y cambios en su población. (41), (42).

1994.- RABER DURLACHER JE y Col; realizan un estudio con la finalidad de evaluar, si practicando un régimen de higiene oral intensivo durante el embarazo, estos pacientes presentan una saludable gingiva; de éste estudio se sugiere que como resultado de la acumulación de placa dental, esta no es determinante de la inflamación gingival sino que sobrepuesto a ella, la alteración se debe a la fisiología asociada al embarazo. (40).

1995.- LAPP CA; THOMAS ME y Col; manifiesta que la gingivitis

asociada al embarazo se ha atribuido a las concentraciones aumentadas de estrógeno circulante y progesterona, sin embargo, el mecanismo por el cual estos esteroides aumentan la inflamación gingival no es conocida, sin embargo, los niveles altos de progesterona durante el embarazo afecta el desarrollo de la inflamación, por una baja en la regulación de formación de interleukinas-6(IL-6), produciendo en la gingiva menor eficacia en la resistencia a los desafíos inflamatorios producidos por las bacterias. (39).

Gingivitis Marginal.- Suele aparecer en el segundo trimestre, se aprecia hipertrofia de la encía, así como un color frambuesa, tendencia al sangrado, dolor ligero incluso en lesiones grandes, es raro que presente úlceras, salvo que se infecte con fusospiroquetas. (3), (4), (17), (18).

Tumor del Embarazo.- Es una lesión hiperplásica, frecuentemente observada hacia el final del primer trimestre del embarazo. Su origen se podría explicar al existir en el embarazo, una alteración hormonal, que sirve como influencia sistémica, que modifica la respuesta del tejido gingival, a la irritación local, siendo estos irritantes locales, el cálculo, los bordes de una incrustación o corona, retenedores de una prótesis parcial o la acumulación de restos alimenticios. clínicamente la lesión aparece como una masa roja o púrpura, sesil o pediculada, variando de tamaño de 2-3 mm. a varios centímetros. Se origina en la papila gingival entre dos dientes adyacentes, aun que puede presentarse en la superficie lingual o vestibular de la encía marginal. (1), (4).

Alteración Periodontal en Pacientes con VIH Positivo:

1995.- SMITH GL; CROSS DL y WRAY D; en su estudio realizado de relación entre la pérdida severa de inserción periodontal (P.I.P.) y el empeoramiento del estado inmune, debido a la infección por VIH, evaluando 474 pacientes. Concluyendo que esta P.I.P. se puede asociar a la deficiencia inmunitaria por VIH, dando a entender que esta puede ser una asociación indirecta, debido al uso de medicación, infección oportunista y otros factores. (45).

1996.- BRADY LJ y Col; en un estudio de 25 mujeres VIH infectadas; sintomáticas y asintomáticas, observa que la candidiasis oral era observada en el 44% de los pacientes, la leucoplasia Velloso era clínicamente diagnosticada en un 16%. Con respecto a las alteraciones periodontales, la gingivitis moderada y periodontitis se observa 84% y 52% de los pacientes respectivamente. En conclusión la candidiasis oral era la manifestación clínica mas notable en las mujeres VIH infectadas estudiadas, pudiendo ser un indicador clínico útil de temprana inmunidad. (49).

1996.- MICHELBERGER F.; MATTHEWS D.; manifiestan que la enfermedad periodontal se presenta por toxinas bacterianas, presente en la placa dental y que varias enfermedades sistémicas, influyen en el curso y severidad de la enfermedad, como son la diabetes mellitus, cambios hormonales durante el embarazo y pubertad, y la infección por VIH. (36).

1996.- MARTINEZ CANUT P y Col; realizó un estudio para determinar las patologías periodontales en relación al nivel de CD4, en pacientes VIH

infectados en una muestra de 101 individuos, en el cual se realizó el examen clínico, índice de higiene oral, radiografías y sondeo periodontal para determinar profundidad y pérdida de inserción periodontal. Los resultados fueron; la gingivitis se presentó en 21.8%, periodontitis temprana en 43.6%, periodontitis moderada en 10.9% y periodontitis avanzada en 8.9%. La gingivitis lineal eritematosa se vio en 17.8% y la periodontitis ulcero necrotizante en 4.9% de total de pacientes. Además ninguna enfermedad se encontró en 14.8% de la muestra. (50).

1997.- SHEUTZ F; MATEE MI y Col; hizo un estudio comparativo en individuos de Tanzania, para evaluar la significancia de la lesión periodontal en seropositivos y seronegativos, los resultados fueron; que no hubo ninguna significancia en el sangrado al realizar el sondaje periodontal, se aprecia mayor formación de bolsas o pérdida de inserción periodontal con respecto a la disminución de linfocitos T y células CD4. (48).

1997.- PHELAN JA; manifiesta que en los pacientes VIH infectados, se presenta la disminución salival, la cual es una condicionante, así como otros, para producir formas atípicas de gingivitis y enfermedad periodontal como: gingivitis lineal eritematosa, gingivitis ulcero necrotizante y periodontitis ulcero necrotizante, problemas de gingivorragia relacionada a la trombocitopenia o a una lesión periodontal. (51).

1997.- ROBINSON PG. y Col; según sus investigaciones, presenta una revisión para identificar los cambios periodontales asociados con la infección al VIH. En este estudio, él nombra a la presencia de periodontitis ulcero

necrotizante, así como ulceración de la gingiva, probando cambios periodontales en pacientes VIH infectados. (52).

1997-1998.- LAMSTER IB; GRBIC JT; y Col; menciona que las manifestaciones periodontales asociadas a la infección por el VIH, se describen primero en 1987, siendo estas; la gingivitis VIH asociadas, ahora conocida como gingivitis lineal eritematosa (G.L.E), el cual recientemente ha sido asociado con una infección intraoral por *Candida*; y la periodontitis ulcero necrotizante (PUN), antes conocida como periodontitis asociada a VIH, el cual tiene un predominio bajo (menor o igual al 5%), siendo esta lesión asociada con inmunosupresión severa (SIDA). (46), (47).

Gingivitis Lineal Eritematosa.- Es una lesión eritematosa en el margen gingival de mas o menos de 2-3 mm. que abarca varios dientes. Radiográficamente no se evidencia daño del hueso alveolar. Usualmente la lesión esta asociada con moderada a severa inmunosupresión. (5), (6), (22), (27), (28), (33), (34), (35).

Gingivitis Ulcero Necrotizante.- Se ha presentado en un gran número de pacientes con VIH. Su inicio es repentino o insidioso, se aprecia sangrado al cepillado, dolor y halitosis. La encía se torna roja e inflamada, siendo tanto para el margen de la encía como las puntas de las papilas interdentes, además esta lesión necrótica presenta una coloración amarilla grisácea, que sangra fácilmente. Radiográficamente no presenta lesión de hueso alveolar. Usualmente la lesión esta asociada con moderada a severa inmunosupresión. (5), (6), (22), (27), (28), (33), (34), (35).

Periodontitis Ulcero Necrosante.- Es una patología periodontal, caracterizada por una destrucción localizada o generalizada, rápida de tejidos blandos y duros, lo que conduce a una movilidad dentaria, sangrado gingival espontáneo usualmente nocturno y olor fétido. Esta patología esta asociada con una severa inmunosupresión. (5), (6), (22), (27), (28), (33), (34), (35).

Estomatitis Gangrenosa (NOMA).- Es una patología severa, ya que existe destrucción masiva de la mucosa oral y penetración eventual de las lesiones en la superficie de la piel. Esta lesión presenta una destrucción extensa de tejidos en individuos seriamente debilitados.

El NOMA esta asociado con una severa inmunosupresión como en el caso de SIDA. (4), (22).

2.2. Planteamiento del problema

2.2.1 Definición del Problema de Investigación

En la actualidad el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el cual es una enfermedad infecto contagiosa, viene teniendo un crecimiento rápido, siendo un grave problema de salud en el Perú como en todo el mundo.

Según la OMS a la fecha (1997) existen en el mundo no menos de 8 millones, 400 mil casos de SIDA, y que para el año 2000, existirán 40 millones de personas infectadas por el VIH. En el Perú esta enfermedad tiene un crecimiento acelerado. Según el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS), estima según casos reportados, no menos de 8 mil casos de SIDA y que existen de 50 mil a 60 mil personas infectadas por VIH (1997) siendo Lima el lugar que presenta el mayor número de infectados, como de pacientes con SIDA.

Sabemos que el SIDA, es una enfermedad, que no se ubica en una condición social, sexo, raza, o edad y que todos estamos en las posibilidades de contagiarnos, aunque uno mas que otros. Si bien algunos llamaron al SIDA como la peste rosa, por ser la forma de infección más común, la de relaciones sexuales, pero en la actualidad éste concepto es algo anacrónico, ya que las formas de infección no solo se da por relaciones sexuales sino también por transmisión sanguínea y de madre a hijo (infección perinatal o vertical), siendo esta última, la infección de madre a hijo, la que se puede dar ya sea en el proceso de embarazo (9 meses), en el momento del parto y por medio de la lactancia que brinda la madre a su hijo.

Si bien la mujer gestante presenta cambios físicos, psicológicos y fisiológicos, en cada uno de los tres trimestres de su proceso gestacional, así como cambios en el equilibrio hormonal y el crecimiento constante del feto, van a producir, aumento del volumen minuto cardíaco, aumento de la volemia, y aumento en el consumo de oxígeno, cambios del funcionamiento hepático, filtración glomerular, flujo plasmático y disminución de la eficiencia inmunológica., cualquiera de estas modificaciones, podrían ser causales de una reacción inesperada. Así por ejemplo la presencia de focos sépticos dentarios son considerados como causa de pielitis en la mujer gestante, la cual se presenta en muchas ocasiones. Así también no es raro encontrar alteraciones en la mucosa oral de las gestantes, especialmente la periodontal, la cual pierde su integridad de tejido conjuntivo subyacente, secundarias al desequilibrio hormonal, a su vez, estas lesiones al infectarse pueden producir lesiones de mayor severidad como los conocidos "tumores del embarazo".

Además hay que recordar que la mujer grávida presenta una hipoalbuminemia como una leucocitosis, linfocitopenia, haciéndolas más sensibles ante cualquier infección.

Es así que teniendo conocimiento de un gran número de casos de madres gestantes con el VIH, y conociendo poco o nada de sus lesiones periodontales, me he decidido hacer un estudio acerca de este tema.

2.2.2 Delimitación del Problema de Investigación

El estudio de la Literatura y documentos acerca del tema, tanto de la enfermedad por VIH, como del proceso de gestación de la mujer y de los diversos cambios posibles en la mucosa oral, periodontal y estructura

dental, así como la consulta a personalidades conocedoras del tema hemos considerado:

Que no existe en el Perú un estudio que identifique las lesiones periodontales y su gravedad en gestantes seropositivas.

No se conoce los posibles cambios en la mucosa oral y periodontal de la gestante seropositiva al VIH, en los tres trimestres.

El estudio de este tema se ve limitado, por el desconocimiento y gran temor de tener contacto con estos pacientes.

Por lo dicho anteriormente, este estudio a realizarse tiene por fin tomar con todo respeto, como unidad de estudio a la gestante seropositiva, en un número considerable, para el estudio y según avances en todo el año 1999, siendo la prioridad del estudio identificar las lesiones periodontales y su gravedad en las gestantes seropositivas, las cuales son el grupo de estudio.

2.2.3 Formulación del Problema de Investigación

¿La severidad de la enfermedad periodontal es mayor en gestantes VIH seropositivas?

2.3 Justificación de la Investigación

- Es necesario realizar un estudio nacional, sobre los casos de gestantes VIH seropositivas, para determinar un patrón de lesiones o manifestaciones de acuerdo a nuestra situación.
- Este trabajo brindará un aporte para futuras investigaciones con respecto al tema, así además podrá servir como un modelo de investigación.

2.4 Objetivos de la Investigación

Objetivo General

- Identificar si las lesiones periodontales en gestantes VIH seropositivas presentan mayor severidad que las gestantes VIH no seropositivas .

Objetivos específicos

- Identificar las lesiones gingivales en las gestantes VIH seropositivas presentan mayor severidad que en las gestantes VIH no seropositivas.
- Identificar si el agrandamiento gingival inflamatorio en gestantes VIH seropositivas presentan mayor severidad que en las gestantes VIH no seropositivas.
- Identificar si la gingivitis úlcero necrotizante en las gestantes VIH seropositivas presentan mayor severidad que en las gestantes VIH no seropositivas.
- Identificar si la periodontitis en gestantes VIH seropositivas presentan mayor severidad que en las gestantes VIH no seropositivas

2.5 Hipótesis

Las pacientes gestantes VIH seropositivas presentarían mayor severidad de lesiones periodontales que las gestantes VIH no seropositivas.

Hipótesis específicas

1. Las pacientes gestantes VIH seropositivas presentarían mayor severidad de gingivitis que las pacientes gestantes VIH no seropositivas .
2. La gestantes VIH seropositivas presentarían mayor severidad del agrandamiento gingival inflamatorio que las gestantes VIH no seropositivas .
3. las gestantes VIH seropositivas presentarían mayor severidad de gingivitis ulcero necrotizante que las gestantes VIH no seropositivas.
4. Las gestantes VIH seropositivas presentarían mayor severidad de periodontitis que las gestantes VIH no seropositivas.

Sistema de Variables

Variables Principales:

- Gestantes Seropositivas
- Enfermedad Periodontal

Variable Independiente: Gestantes VIH seropositivas

Variable Dependiente: Enfermedad Periodontal

Gestantes VIH Seropositivas.- Se denomina gestantes seropositivas, a

aquellas pacientes, que presentan un estado de embarazo, confirmado por un examen médico y de laboratorio, además que presentan un análisis de Elisa positivo.

Enfermedad Periodontal.- Se denomina enfermedad periodontal a aquellas lesiones presentes en el periodonto (encia, cemento, ligamento periodontal, hueso alveolar) y que es diagnosticado por un odontólogo mediante un examen estomatológico y radiológico

Operacionalización de Variables

Problema

¿La severidad de la Enfermedad Periodontal es mayor en gestantes VIH seropositivas?

Hipótesis Principal

Las pacientes gestantes VIH seropositivas presentarían mayor severidad de Enfermedad Periodontal.

Variables

Variable Independiente: Gestantes VIH Seropositivas

Variable Dependiente : Enfermedad Periodontal

Variables Intervinientes:

- Nivel socioeconómico

- Educación en la Higiene Bucal
- Índice de Higiene Oral

Gestantes Seropositivas

1. Trimestre Gestacional

Indicador

- Tiempo de embarazo según diagnóstico clínico o de laboratorio
 - 1er. Trimestre
 - 2do. Trimestre
 - 3er. Trimestre

2. Estadio de las Infección VIH

Indicador

- Diarreas, adenopatias, fiebre, cefalea
 CD4 de 1000 a 500 u/mm cúbico,
 Elisa Seronegativo.
 - Estadio 1
- CD4 de 1000 a 500 u/mm cúbico,
 Elisa Seropositivo
 - Estadio 2 ó
 - Portador Asintomático
- CD4de500a200/mmc·bico,
 Elisa seropositivo
 - Estadio 3 ó
 - Portador Sintomático
- CD4 menos de 200 u/mm cúbico
 Elisa Seropositivo
 - Estadio 4 ó
 - SIDA

ENFERMEDAD PERIODONTAL

1. Lesión Periodontal

Indicador

<p>Enrojecimiento de la encía con aumento de volumen de 1 a 2 mm. a varios cm. puede haber o no dolor.</p>	<p>AGRANDAMIENTO GINGIVAL INFLAMATORIO</p>
<p>Encía enrojecida, tendencia al sangrado, localizada en una área o mas de la encía marginal, pero no en todas, dolor ligero.</p>	<p>GINGIVITIS MARGINAL LOCALIZADA</p>
<p>Encía enrojecida, tendencia al sangrado, en zona marginal, adherida y papilar, localizada en un área o mas, pero no todas las áreas.</p>	<p>GINGIVITIS DIFUSA LOCALIZADA</p>
<p>Encía enrojecida, tendencia al sangrado , en papilas interdentes, puede haber dolor ligero, se ubica en un área o mas, pero no todas las áreas.</p>	<p>GINGIVITIS PAPILAR LOCALIZADA</p>
<p>Encía enrojecida, tendencia al sangrado, en todos los márgenes gingivales, leve dolor.</p>	<p>GINGIVITIS MARGINAL GENERALIZADA</p>
<p>Encía enrojecida, tendencia al sangrado, dolor moderado, que afecta toda la encía.</p>	<p>GINGIVITIS DIFUSA GENERALIZADA</p>
<p>Encía enrojecida, tendencia al sangrado, dolor moderado, que afecta todas las papilas interdentes.</p>	<p>GINGIVITIS PAPILAR GENERALIZADA</p>
<p>Encía enrojecida, tendencia al sangrado, bolsa periodontal de 4 a 5 mm. Movilidad 1 de Miller, dolor leve provocado.</p>	<p>PERIODONTITIS LEVE</p>
<p>Encía enrojecida, tendencia al sangrado, dolor moderado, bolsa periodontal de 5 a 6 mm, movilidad 2 de Miller.</p>	<p>PERIODONTITIS MODERADA</p>
<p>Encía enrojecida, tendencia al sangrado, dolor moderado, bolsa periodontal de 7 a 8 mm., movilidad de 3 de Miller, puede haber retracción gingival.</p>	<p>PERIODONTITIS AVANZADA</p>

Zona eritematosa en margen gingival de 2 a 3 mm., que abarca varios dientes, con tendencia al sangrado, asociada con moderada a severa inmunosupresión.

GINGIVITIS
LINEAL
ERIMATEMATOSA

Encía enrojecida en margen y papila interdental, con dolor. La zona necrótica presenta una coloración amarillenta grisácea, que sangra fácilmente, olor fétido. Asociada con moderada a severa inmunosupresión.

GINGIVITIS
ULCERO
NECROTIZANTE

Sangrado gingival espontáneo, movilidad dentaria, olor fétido, destrucción de tejidos duros y blandos. Asociada con severa inmunosupresión.

PERIODONTITIS
ASOCIADA AL
VIH O
PERIODONTITIS
ULCERO
NECROTIZANTE

Variables Intervinientes

1. Nivel socioeconómico

Indicador

Tenencia de servicios básicos (agua, luz, desagüe, teléfono)	SI o No
Tenencia de trabajo	SI o No
Tenencia de Vivienda	SI o No
Sueldo Mensual	Menos de 500 soles De 500 a 1000 soles de 1000 a 2000 soles Mas de 2000 soles

2. Educación de la Higiene Bucal

Indicador

Técnica de uso de cepillo dental	SI o No
Uso de hilo dental	SI o No
Uso de otros accesorios (Palitos dentales, puntas de jebe, irri- gadores)	SI o No
Uso de enjuagatorios orales	SI o No
Visita al odontólogo para profilaxis	SI o No
Visita al odontólogo para el control del cuidado bucal.	SI o No
Número de veces que se cepilla al día.	1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día Esporádicamente

3. Índice de Higiene Oral

Indicador

Presencia de placa bacteriana o	BUENO
cálculo en tercios de las super-	REGULAR
ficies examinadas, según Índice	MALO
de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillon	

Total de Valores Obtenidos + + + + + =

- Baja presencia y severidad de lesión periodontal ()
- Mediana presencia y severidad de la lesión periodontal ()
- Alta presencia y severidad de lesión periodontal ()

III. MATERIAL Y METODOS

3.1 Tipo de Estudio

El presente trabajo es un estudio Comparativo, Transversal, de casos y controles, porque trata de identificar, qué población expuesta a una causa (VIH), presenta un deterioro o resultado (Enfermedad Periodontal), presentando para dicho estudio un grupo de estudio (gestantes seropositivas) y un grupo control (gestantes no seropositivas).

3.2 Población y Muestra

3.2.1. Población.- Conformado por todas las gestantes VIH seropositivas y gestantes no seropositivas de los hospitales de referencia (San Bartolomé, Maternidad de Lima).

3.2.2 Muestra.- Conformado por una relación de 60 pacientes, divididos en un grupo control de 30 pacientes gestantes no seropositivas y un grupo de estudio de 30 pacientes gestantes seropositivas (pacientes del 2do. mes al 9no. mes.),

El grupo de estudio presenta las siguientes características:

1. Gestantes VIH seropositivas entre 20 a 35 años.
2. Gestantes seropositivas que no presentan enfermedad sistémicas (Diabetes, Epilepsia, afecciones cardiovasculares, Hepatitis).
3. Gestantes seropositivas que presentan el estadio de la enfermedad: I, II, III, IV.
4. Gestantes que no cursen tratamiento prolongado con corticoides, sedantes, antibióticos y antirretrovirales.

El grupo de control esta conformado por gestantes no seropositivas que presentan las mismas características salvo ser VIH no seropositivos.

La Unidad de Análisis esta dado por el estudio periodontal de la gestante seropositivas.

El tipo de muestreo es probabilístico al asar, para dar mayor confiabilidad al estudio..

3.3 Materiales

Las pacientes fueron examinadas en los consultorios del servicio de estomatología del Instituto Materno Perinatal (Maternidad de Lima) y en el Hospital Nacional Docente San Bartolomé.

Ficha de registro de datos del Paciente: El registro de las pacientes, se hizo mediante una ficha enumerada (ver Anexo 1), en el cual se consideraron la filiación del paciente, periodo de gestación, grado de instrucción, situación socioeconómica, hábitos de higiene oral, periodontograma, Índice de higiene oral y otros.

Instrumental para el examen: Para la ejecución de los exámenes periodontales, se requirió un equipo de diagnóstico bucal convencional, que consta de 2 espejos bucales, un explorador dental biactivo, una sonda periodontal calibrada, una pinza para algodón, bandeja porta instrumento, algodonerero, envase portadesechos y cierta cantidad de solución esterilizante. Estos instrumentos eran exclusivos para cada grupo de pacientes, ya sean gestantes VIH seropositivas o gestantes VIH no seropositivas.

3.4 Métodos

3.4.1 Procedimientos y Técnicas

Para la ejecución del Proyecto se examinaron 30 gestantes VIH seropositivas, que presentaban un periodo de gestación de 2 meses a 9 meses. Este grupo constituyó el grupo de estudio. también se examinó un grupo control de 30 gestantes VIH no seropositivas que presentan las características del periodo gestacional antes mencionado.

Metodología:

El examen consistió en una evaluación clínica, que tuvo como objetivo, determinar la presencia y severidad de las lesiones periodontales en las gestantes VIH seropositivas y gestantes VIH no seropositivas, con fines comparativos, evaluar la presencia de placa bacteriana, así como obtener información sobre su situación socioeconómica y hábitos de higiene oral.

3.4.2 Recolección de Datos

El presente estudio identificará las lesiones periodontales en las gestantes VIH. seropositivas y VIH no seropositivas con fines comparativos, haciendo uso de un formulario clínico, el cual contiene trimestre gestacional, estadio de la infección por VIH/SIDA, índice de higiene oral, periodontograma el cual se llenará con un minucioso sondaje periodontal y tomas de radiografías según situación (profundidad de bolsa mayor de 5 mm). Además la entrevista que tendrá el paciente tocará puntos como hábitos de higiene oral y situación socioeconómica.

Esta ficha de registro se repite para ambos grupos, salvo el rubro

estadio de la infección por VIH/SIDA en el grupo control.

3.4.3 Procesamiento de Datos

Tablas:

Se emplearon tablas de distribución de la frecuencia, según presencia de lesiones periodontales por paciente y en relación a piezas dentarias, según trimestre gestacional, estadio de la infección por VIH/SIDA, nivel socioeconómico, Índice de higiene oral y educación y hábitos de higiene oral, obtenidos en base a los datos registrados en las variables de estudio.

Gráficos:

Se confeccionaron gráficos de barras simples (dobles) y tartas, en base a lo registrado en las tablas.

3.4.4 Análisis de Datos

Con los datos obtenidos y registrados en las respectivas tablas, se procedió al análisis estadístico, el cual se realizó en forma autorizada, empleando un ordenador pentium y aplicando los siguientes paquetes informáticos:

- EPI-INFO, para hallar frecuencia, proporciones y cruce de tablas.
- EPICALC, para la significancia estadística, mediante la prueba no paramétrica del
chi- cuadrado (χ^2).

IV. RESULTADOS

1. De un total de pacientes examinados, 30 de estudio y 30 de control, hemos encontrado que todos presentan algún tipo de lesión periodontal, pero algunos con mayor presencia o severidad.
2. En lo que concierne al agrandamiento gingival este fue encontrado en 10 pacientes del grupo de estudio (33.3%) y en 4 pacientes del grupo control (13.37%). La gingivitis marginal localizada fue identificada en los 30 pacientes del grupo control (100%) y 30 pacientes del grupo de estudio (100%). La gingivitis papilar localizada fue diagnosticada en 19 pacientes del grupo estudio (63.3%) y 26 pacientes del grupo control (86.7%). La gingivitis difusa localizada fue diagnosticada en 7 pacientes del grupo estudio (23.3%) y 5 pacientes del grupo control (16.7%). La periodontitis leve fue identificada en 4 pacientes del grupo de estudio (13.3%) y 2 pacientes del grupo control (6.7%). La periodontitis moderada fue diagnosticada en 1 paciente del grupo de estudio (3.3%) y 1 paciente del grupo de control (3.3%). La gingivitis ulcero necrotizante, solo identificado en un solo paciente del grupo de estudio (3.3%). (Tabla N°1)
3. Al determinar la frecuencia de lesiones periodontales en relación a piezas dentarias, encontramos que: el agrandamiento gingival se encontró en 22 casos en el grupo de estudio (5.5%), 23 casos en el grupo control (6.9%). La gingivitis marginal localizada se encontró 282 casos en el grupo de estudio (71.3%) y 209 casos en grupo control (62.4%). La gingivitis papilar localizada se encontró 67 casos en el grupo de estudio (17%) y 70 casos en el grupo control (20.9%). La gingivitis difusa localizada se encontró 13 casos en el grupo de estudio (3.3%) y 24 casos en el grupo control (7.2%). La periodontitis leve se encontró 9 casos en el grupo de estudio (2.3%) y 7 casos en el grupo control (2%). La periodontitis moderada se diagnosticó 1 vez en el grupo de estudio (0.5%) y 2 veces en el grupo control (0.6%). La gingivitis ulcero necrotizante solo fue diagnosticado en un solo caso en un paciente del grupo de estudio (0.3%). El grupo de estudio presentó 395 lesiones (100%) en relación a piezas dentarias y el grupo control

- presentó 335 (100%) lesiones en relación a piezas dentarias. (Tabla N°2)
4. En lo que concierne al nivel socio económico de nuestros pacientes, los resultados fueron: 10 pacientes del grupo de estudio (33.3%) y 20 pacientes del grupo control (66.7%), pertenecían a la clase media; 20 pacientes del grupo de estudio (66.7%) y 10 pacientes del grupo control (33.3%) pertenecen a la clase baja. Ningún paciente de los dos grupos pertenecen a la clase alta. (Tabla N° 3)
 5. El número de gestantes examinadas en el 1er. trimestre fue de 3 pacientes para el grupo de estudios (10%) y 6 pacientes para el grupo control (20%). En el segundo trimestre fue 6 pacientes para el grupo de estudio (20%) y 15 del grupo control (50%). En el tercer trimestre fue 21 pacientes del grupo de estudio (70%) y 9 pacientes del grupo control (30%). (Tabla N°4).
 6. El número de pacientes examinados en el grupo de estudio, según estadio fue: 1er. estadio, cero pacientes (0%); 2do estadio, 18 pacientes (60%); 3er. estadio, 10 pacientes (33.3%) y 4to. estadio, 2 pacientes (6.7%).
 7. En lo concierne a educación y hábitos de higiene oral, los resultados fueron: Bueno, en 1 paciente del grupo de estudio (3.3%) y cero pacientes del grupo control (0%). Regular, en 6 pacientes del grupo de estudio (20%) y 8 pacientes del grupo control (26.7%). Malo, en 23 pacientes del grupo de estudio (76.7%) y 22 pacientes del grupo control (73.3%). (Tabla N°5).
 8. Los resultados en el Índice de higiene oral de las pacientes fue: Bueno, en 3 pacientes del grupo de estudio (10%) y 7 pacientes en el grupo de control (23.3%). Regular, en 22 pacientes del grupo de estudio (73.3%) y 20 pacientes del grupo control (66.7%). Malo, en 5 pacientes del grupo de estudio (16.7%) y 3 pacientes del grupo control (10%). (Tabla N°6).
 9. El análisis estadístico, realizado en la prueba no paramétrica, Chi Cuadrado (χ^2), se encuentra significancia estadística, para las tablas 2, 3, 4 (Tabla N° 7).

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION DE LAS LESIONES PERIODONTALES
POR PACIENTES

LESION PERIODONTAL	G E S T A N T E S			
	SEROPOSITIVAS		NO SEROPOSITIVAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Agrandamiento Gingival Inflamatorio	10	23.3%	4	13.3%
Gingivitis Marginal Localizada	30	100%	30	100%
Gingivitis Papilar Localizada	19	63.3%	26	81.7%
Gingivitis Difusa Localizada	7	23.3%	5	16.7%
Periodontitis Leve	4	13.3%	2	16.7%
Periodontitis Moderada	1	3.3%	1	3.3%
Gingivitis Ulcero Necrotizante	1	3.3%	0	0.0%

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DE LAS LESIONES PERIODONTALES
EN RELACION A PIEZAS DENTARIAS**

LESION PERIODONTAL	G E S T A N T E S			
	SEROPOSITIVAS		NO SEROPOSITIVAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Agrandamiento Gingival Inflamatorio	22	5.5%	23	6.9%
Gingivitis Marginal Localizada	282	71.3%	209	62.4%
Gingivitis Papilar Localizada	67	17.%	70	20.9%
Gingivitis Difusa Localizada	13	3.3%	24	7.21%
Periodontitis Leve	9	2.3%	7	2,00%
Periodontitis Moderada	1	0.3%	2	0.6%
Ginvivitis Ulcero Necrotizante	1	0.3%	0	0.0%
TOTAL DE PIEZAS	395	100%	335	100%

TABLA Nº 3

**DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES SEGUN
NIVEL SOCIO-ECONOMICO**

TRIMESTRE GESTACIONAL	G E S T A N T E S			
	SEROPOSITIVAS		NO SEROPOSITIVAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Alto	0	0.0%	0	0.0%
Medio	10	33.3%	20	66.7%
Bajo	20	66.7%	10	33.3%
TOTAL	30	100%	30	100%

TABLA Nº 4

**DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES SEGUN
TRIMESTRE GESTACIONAL**

TRIMESTRE GESTACIONAL	G E S T A N T E S			
	SEROPOSITIVAS		NO SEROPOSITIVAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1er. Trimestre	3	10%	6	20%
2do. Trimestre	6	20%	15	50%
3er. Trimestre	21	70.%	9	30%
TOTAL	30	100%	30	100%

TABLA Nº 5

DISTRIBUCION DE LA CALIFICACION DE EDUCACION Y HABITOS DE HIGIENE ORAL EN GESTANTES

EDUCACION Y HABITOS DE HIG. ORAL	G E S T A N T E S			
	SEROPOSITIVAS		NO SEROPOSITIVAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Bueno	1	3.3%	0	0.0%
Regular	6	20%	8	26.7%
Malo	23	76.7%	22	73.3%
TOTAL	30	100%	30	100%

TABLA Nº 6

DISTRIBUCION DE LA CALIFICACION DEL INDICE DE HIGIENE ORAL EN GESTANTES

INDICE DE HIGIENE ORAL	G E S T A N T E S			
	SEROPOSITIVAS		NO SEROPOSITIVAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Buena	3	10%	7	23.3%
Regular	22	73.3%	20	66.7%
Malo	5	16.7%	3	10%
TOTAL	30	100%	30	100%

TABLA N° 7

ANALISIS ESTADISTICO DE LAS TABLAS

ANALISIS EST. DE TABLAS	CHI CUADRADO X²	GRADO DE LIBERTAD	VALOR P.
Tabla 1	4.6	4	0.331220
Tabla 2	9.57	4	0.048365
Tabla 3	6.67	1	0.009823
Tabla 4	8.51	1	0.003532
Tabla 5	1.62	1	0.202993
Tabla 6	0.29	1	0.589535

V. DISCUSION

1. La totalidad de pacientes gestantes, tanto del grupo control, como de estudio presentan algún tipo de lesión periodontal, esto concuerda, por lo manifestado por Paz Mayuri, Pozo Picasso, Santiago Díaz, Tremolada Alvarez, O'Neil (37), Lappca (39), Raber Durlacher Je (46), Zachariasen Rd (41) y otros.
2. La lesión periodontal por paciente, que mas se ha identificado con diferencia, es el agrandamiento gingival inflamatorio, el cual es de 33.3% del grupo de estudio y 13.3% del grupo control, pero si lo analizamos en relación al número de piezas dentarias, encontramos que en el grupo de estudio hay 22 pacientes y en el grupo control de 23 pacientes. Lo cual nos da a entender que hemos encontrado mas pacientes con agrandamiento gingival inflamatorio, pero con menos número de lesiones en el grupo de estudio; no así en el grupo control, que es todo lo contrario. Si bien autores como Bascones (17), Philip (18), Glickman (26), y otros manifiestan que el agrandamiento gingival es una lesión común en las gestantes, pero no manifiestan que tanta diferencia hay en gestantes VIH seropositivas y gestantes VIH no seropositivas. Al parecer del investigador esto puede deberse al número de pacientes sintomáticos examinados en el estudio.
3. La totalidad de pacientes presentan gingivitis marginal localizada (G.M.L.), esto es en el grupo de estudio y el grupo control, pero si lo analizamos en relación al número de piezas dentarias, en el grupo de estudio encontramos que el 71.3% de lesiones son G.M.L. y en el grupo control es de 61.4%. Esta diferencia es algo significativa ya que nos da a entender que en el grupo de estudio, hay mayor presencia de G.M.L. Si bien autores como Glickman (26), Torquil (55), Raber Duracher (40), manifestaron que la gingivitis es la lesión mas común presente en el embarazo, y que su aparición es a partir del 2do. mes de gestación. Pero no manifiestan diferencia en gestantes VIH seropositivas y gestantes VIH no seropositivas. Al parecer del investigador esto puede deberse al número de pacientes asintomáticos y iniciales, que aunque no están en el estadio SIDA, ya presentan una disminución en su sistema

inmunológico. Esto puede concordar por lo dicho por autores como: D. Greenspan (6), Michael Glick (22), Peter Foltyn (27), lobos (34), que manifiestan que a medida que el paciente esta en un estadio avanzado, este va a presentar lesiones periodontales de mayor severidad.

4. La gingivitis ulcerosa necrotizante, es identificado sólo en un paciente sintomático del grupo de estudio, aunque el número no es significativo, vale decir que esta lesión esta asociada a una inmunosupresión moderada a severa, esto, según autores, W. Delgado (35), J. Philip Sapp (33), Michael Glick (22) y otros, lo cual coincide con el estadio del paciente.
5. Las demás lesiones identificadas como gingivitis papilar localizada, gingivitis difusa localizada, periodontitis moderada, no presentan diferencias significativas para el estudio, aunque su presencia esta influenciada por su índice de higiene oral, malo a regular y hábitos de higiene oral malo a regular, en mayor proporción.
6. El mayor número de exámenes en el grupo de estudio, se llevó en pacientes asintomáticos (60%) y sintomáticos iniciales (33.3%), lo cual lleva a comprender la ausencia de lesiones periodontales severas, ya que según autores nombrados anteriormente, manifiestan que a medida que la inmunosupresión es mayor en el paciente, hay mayor presencia de severidad en la lesión periodontal.
7. El estudio se realizó en una muestra de condición socioeconómica, media a baja, presentando una mayor frecuencia, la condición baja, para el grupo de estudio, esto pudiera ser un condicionante para poder encontrar mayor cantidad de lesiones en el grupo de estudio. Según autores: Carranza, Genco, O.M.S. y otros, manifiestan que en poblaciones con nivel socio-económico bajo, encontramos mayor prevalencia de enfermedades periodontal, que en otros niveles.
8. Los resultados en educación y hábitos de higiene oral y como de índice de higiene oral, en los dos grupos no determina diferencia para ninguno de ellos, ya que el mayor porcentaje, para los 2 grupos, esta entre regular y malo; según autores: Torquill (55), Glickman (26), Philip (18), y otros dan gran valor a estos rubros, por ser condicionantes para la presencia y mayor severidad de la lesión periodontal.

VII. CONCLUSIONES

1. La severidad de la lesión periodonal es mayor y significativa en gestantes VIH seropositivas en relación a piezas dentarias, no encontrándose lesiones tan severas como la gingivitis úlcero necrotizante (salvo un solo caso en un paciente VIH seropositivo) y periodontitis asociada al VIH ya que el grupo de estudio esta conformado en su totalidad de gestantes asintomaticas y sintomaticas iniciales .
2. La gingivitis, es identificada en todos los pacientes tanto el grupo control y de estudio, siendo la gingivitis marginal localizada la que tiene mayor presencia y severidad en gestantes VIH seropositivas, encontrándose significancia estadística.
3. El agrandamiento gingival inflamatorio se encuentra en el mayor número de casos por pacientes en el grupo de gestantes VIH seropositivos.
4. La gingivitis úlcera necrotizante se identificó en una sola gestante VIH seropositiva.
5. La periodontitis en gestantes VIH seropositivas presentan una mayor severidad que la gestantes VIH no seropositivas, en relación a piezas dentarias, no identificándose periodontitis severas o periodontitis asociadas al VIH.
6. Las lesiones periodontales como gingivitis papilar localizada, gingivitis difusa localizada, periodontitis leve y periodontitis moderada, presenta significancia estadística en relación a piezas dentarias.
7. La educación y hábitos de higiene bucal, como el índice de higiene bucal, son variables constantes en ambos grupos, ya que presentan igual calificación.
8. El nivel socioeconómico de la muestra estudiada es de media y baja, siendo el grupo de estudio, el que presenta mayor número del nivel socioeconómico bajo.

VII. RECOMENDACIONES

1. Realizar un estudio en gestantes VIH seropositivas estratificando la muestra por trimestre gestacional, para poder obtener una mayor identificación de lesiones en cada una de ellas.
2. Realizar trabajos con mayor población muestral, extendiéndose a otros hospitales de la capital o del país.
3. Realizar un estudio teniendo en cuenta la posible disminución de la lesión periodontal en pacientes infectados con VIH, luego de haber dejado de ser gestantes (puerperas).
4. Realizar un estudio en gestantes VIH seropositivas, estratificando la muestra, para cada estadio, con la finalidad de ver las diferencias en cada una de ellas.
5. Realizar estudios en gestantes VIH seropositivas a nivel periodontal, realizando aparte del examen clínico convencional, pruebas de laboratorio como radiografías y tomas de muestras para el estudio histo-patológico.
6. Realizar estudios en gestantes VIH seropositivas, abarcando otras áreas de la cavidad bucal (dientes, carrillos, paladar, lengua y otros) siguiendo las recomendaciones anteriores.

RESUMEN

La presente investigación de tipo comparativo, transversal, prospectivo, sobre las lesiones periodontales en gestantes VIH seropositivas (grupo de estudio) y gestantes VIH no seropositivas (grupo control), se realiza con una muestra total de 60 pacientes, 30 del grupo control y 30 del grupo de estudio. Este estudio fue realizado en los Hospitales Maternidad de Lima y San Bartolomé, ambos localizados en Lima, capital del Perú, durante el año 1999.

El estudio consistió en realizar un examen periodontal, toma de índice de higiene oral, averiguar su situación socioeconómica y educación y hábitos de higiene bucal, las cuales fueron variables del estudio. Toda esta información era vaciada en una ficha cuestionario, que el investigador llenó para cada uno de los pacientes examinados, de toda las fichas llenada, se obtuvo como resultado; que en ambos grupos, se presentaron lesiones periodontales desde las más simples hasta las moderadamente severas, lo mas resaltante fue, que en relación a pacientes, el agrandamiento gingival se encontró en el 33.3% del grupo de estudio y 13.3% en el grupo control, existiendo aquí una diferencia.

En relación al número de piezas dentarias, la gingivitis marginal localizada fue identificada 282 veces en el grupo de estudio (71.3%) y 209 casos en el grupo control (62.4%). La situación socioeconómica de ambos grupos es de media y baja. El índice de higiene oral, que presentó mayor porcentaje, en ambos grupos fue de regular a malo, presentando una calificación de mala en lo que conierne a educación y hábitos de higiene oral.

Los estudios estadísticos, para esta investigación, encuentran significancia estadística, para aceptar la hipótesis principal de la investigación.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. **FRANK M. Mc. CARTHY**
EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA
Editorial Ateneo. 2da. Edición, Pág. 451-469. 1973.
2. **EFRAIN SUELDO RIVERO**
MANUAL DE PERIODONCIA
Ira. Edición, Lima-Perú, Pág. 11-18. 1992
3. **JOHN F. PRICHARD**
ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA
Editorial Labor S.A. 2da. Edición, Pág. 90-91. 1971.
4. **PHILIP L. Mc CARTHY/ GERALD SHKLAR**
ENFERMEDAD DE LA MUCOSA BUCAL
Editorial El Ateneo. 2da. Edición, Pág. 88'95, 119-124, 305-315. 372-378. 1985.
5. **CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA**
SIDA Y OTROS PROBLEMAS MEDICOS EN EL VARON HOMOSEXUAL
Editorial Interamericana. Volumen 3, Pág. 675-703. 1986.
6. **DEBORAH GREENSPAN - JOHNS GREENSPAN**
EL SIDA EN LA CAVIDAD BUCAL
Editorial Latinoamericana. Ira. Edición, Pág. 54-58, 48-54. 1990.
7. **MAJOR - DELF**
PROPEUDICA MEDICA
8. **CECCOTI**
CLINICA ESTOMATOLOGICA
Editorial Panamericana. 2da. Edición, Pág. 277-289, 320-324. 1993

9. PROCETSS
DIRECTIVA DEL PROGRAMA DE SALUD, 1997.
10. INFORED SIDA NUEVO MÉXICO
EMBARAZO Y SIDA
04 de Abril, 1997.
11. JORDI XERCAVINS MONTOSA - ANTONI PAYA PANADES
SIDA Y GESTACION
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL MAR, BARCELONA, 1998.
12. ALEJANDRO HAKIN Y HORACIO G. GIMENEZ
PROBLEMÁTICA DEL SIDA EN LA MUJER EMBARAZADA
FUNDAMIND
Hospital Municipal General de Agudos "José M. Ramos M", Nov. 1997.
13. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION
SALVARY COMPONENT BLOCK HIV INFECTION
JADA, Pág. 126-292. 1995.
14. COLGATE LATINO AMERICANA
EL CUIDADO BUCAL REPORTE. Volumen 4, Número 3, Pág. 5. 1995.
15. EL COMERCIO
REVISTA SOMOS. Año XII N° 608, Pág. 12-16. 1998.
16. JENNY REATEGUI Y PEPE RAMIREZ P.
SIDA Y RIESGOS ODONTOLÓGICOS
MUNDO ODONTOLÓGICO. Año III, N° 12, Pág. 15-16. 1996.

17. ANTONIO BASCONES MARTINEZ
PERIODONCIA: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA
ENFERMEDAD PERIODONTAL.
Editorial Educación Avances. - 3ra. Edición, Pág. 85-102.
18. PHILIP M. HOAG Y ELIZABETH A. PAWLAK
FUNDAMENTO DE PERIODONCIA
Editorial Mosby Year Book.. 4ta. Edición, Pág. 35. 1992.
19. WILLIAM F. GANONG
FISIOLOGIA MEDICA
Editorial El Manual Moderno S.A. 13ava. Edición, Pág.410-413. 1992.
20. PITKIN Y ZLATNIK
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
Editorial Médica-Panamericana, Pág. 24, 1983.
21. O.P.S.
CUADRO ESTADISTICO DE CASOS CON H.I.V.
Hasta: 1996-1997.
22. MICHAEL GLICK/ PETER BERTHOLA/ SASKIA ESTUPIDAN/
ROLF ATTSTROM.
LESIONES PERIODONTALES ASOCIADAS A H.I.V.
Created, September 1996, last updated March 13, 1997, Internet.
23. HELLEN COX
MANUAL ELEMENTAL DE OBSTETRICIA
Editorial Mc Graw-Hill. 1ra. Edición, Pág. 14-16. 1971.

24. WALTER DAVIS B.S.M.S. Ph. D.
HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCAL
Editorial Interamericana - Mc. Graw-Hill, México.
2da. Edición, Pág. 161-162, 171-172. 1990.
25. J. LIEBANA UREÑA
MICROBIOLOGIA ORAL
Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. 1ra. Edición, Pág. 468. 1995.
26. FERMIN A. CARRANZA
PERIODONTOLOGIA CLINICA DE GLICKMAN
Editorial Interamericana MC Graw-Hill
7ma. Edición, Pág. 332, 333. 1993.
27. PETER FOLTYN Y DEBORAH J. E. MARRIOTT
H.I.V. AND ORAL DISEASE:
Revista Noticias Dentales. Agosto-Octubre, 1998. Pág. 7-9.
28. EDUARDO L. CECCOTI
MANIFESTACIONES DEL SIDA/ATLAS
Editorial Panamericana. 1ra. Edición, Pág. 53-62. 1995.
29. RAUL LAZARTE CUBA
COMPLICACIONES MAS FRECUENTES EN H.I.V.
Gestión Médica, Pág. 8, 15 al 21 Marzo, 1999.
30. RAUL LAZARTE CUBA
TERAPIA DE INDUCCION Y MANTENIMIENTO EN VIH/SIDA
Gestión Médica, Pág. 18, 8 al 14 de marzo, 1999.

31. PROCETSS
INFORME DE VIH/SIDA EN EL PERU
Gestión Médica: Pág. 10, 7 al 13 Diciembre, 1998.
32. BRIGETE AUTRAN Y CRISTIANE KATLAMA
SORPRENDENTE RECUPERACION DEL SISTEMA INMUNOLOGICO
Gestión Médica: Pág. 17, 15 al 21 de Febrero, 1999.
33. J. PHILIP SAPP/ LEWIS R. EVERSELE/ GEORGE P. WYSOCKI
PATOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL CONTEMPORANEA.
Edit. Harcourt Brace. 1ra. Edición, Pág. 215-221- 1998.
34. NELSON LOBOS JAIMES FREYRA
PATOLOGIA DE LA MUCOSA ORAL
Editorial Mediterráneo. 1ra. Edición, Pág. 193-207. 1995.
35. GUIDO MAZZOTTI/ EDUARDO GOTUZZO/ WILSON DELGADO
SIDA: EPIDEMIOLOGIA, Dx., Tto. y CONTROL DE LA INFECCION
VIH/SIDA.
Editores: Jorge Sánchez - Guido Mazzoti - Luis Cuellar.
1ra. Edición, Pág. 166, 151-165. 1993.
36. MICHELBERGER D; MATTHEWS D.
PERIODONTAL MANIFESTATIONS OF SYSTEMIC DISEASES AND
MANAGEMENT.
J. Can Dent Assoc. 1996, Apr., 62:4, 313-4, 317-21.
37. O'NELL TC
MATERIAL T-LYMPHOCYTE RESPONSE AND GINGIVITIS IN
PREGNANCY
J. Periodontol, 1979, Apr., 50:4, 178-84.

38. OJANOTKO-HARRI MP; HURTTIA HM; SEWON LA ALTERED TISSUE METABOLISM OF PROGESTERONE IN PREGNANCY GINGIVITIS AND GRANULOMA.
J. Clin Periodontol, 1991, Apr. 18:4, 262-6
39. LAPP CA; THOMAS ME; LEWIS JB.
MOODULATION BY PROGESTERONE OF INTERLEUKIN-6 PRODUCTION BY GINGIVAL FIBROBLASTS.
J. Periodontol, 1994, Sep. 21:8, 549-58.
40. RABER DURLACHER JE; VAN STEENBERGEN TJ.; AND COL.
EXPERIMENTAL GINGIVITIS DURING PREGNANCY AND POST PARTUM.
J. Clin Periodontol, 1994, Sep. 21:8, 549-58.
41. ZACHARIASEN RD.
THE EFFECT OF ELEVATED OVARIAN HORMONES ON PERIODONTAL HEALLTH:
ORAL CONTRACEPTIVES AND PREGNANCY.
Women Health, 1993, 20:2, 21-30.
42. ZACHARIASEN RD.
OVARIAN HORMONES AND ORAL HEALTH: PREGNANCY GINGIVITIS COMPENDIUM, 1989 Sep. 10:9, 508-12.
43. RABER-DURLACHER JE; ZEIJLEMAKER; AND COL.
CD4 to CD8 RATIO IN VITRO LYMPHOPROLIFERATIVE RESPONSES DURING EXPERIMENTAL GINGIVITIS IN PREGNANCY AND POST PARTUM.
J. Am. Acad Dermatol, 1994, Jun., 10:6, 929-40.

44. WONG RC; ELLIS CN.
PHYSIOLOGIG SKIN CHANGES IN PREGNANCY
J. Am. Acad Dermatol, 1984, Jun., 10:6, 929-40.
45. SMITH GL; CROSS DL; WRAY D.
COMPARISON OF PERIODONTAL DESEASE IN H.I.V.
SEROPOSITIVOS
SUBJECTS AND CONTROL (1). CLINICAL FEATURES.
J. Cli Periodontol, 1995, Jul., 22:7, 558-98.
46. LAMSTER IB; GRBICC JT; MITCHELL-LEWIS DA; BEGG MD;
MITCHELL
A NEW CONCEPTS REGARDING THE PATHOGENESIS OF
PERIODONTAL
DISEASE IN H.IV. INFECTION
Ann Periodontol, 1998, Jul, 3:1, 62-75.
47. LAMSTER IB; GRBIC JT; BUCKLAN RS; MITCHELL LEWIS D;
REYNOLDS HS; ZAMBON JJ.
EPIDEMIOLOGY AND DIAGNOSIS OF H.I.V.-ASSOCIATED
PERIODONTAL DISEASE .
Oral Dis, 1997 May, 3 supp 1: S141-8.
48. SCHEUTZ F. MATEE MI; ANDSAGER L; HOLM AM; MOSHI J;
KAGOMA C; MPEMBA N.
IS THERE AN ASSOCIATION BETWEEN PERIODONTAL CONDITION
AND HIV INFECTION.
J. Clin Periodontol, 1997 Aug. 24:8, 580-7.

49. BRADY LJ.; ALAMBIRSTA C.; OXFORD GE; STEWART C;
MAGNUSSON I; Mc ARTHUR W.
ORAL DISEASES, MYCOLOGY AND PERIODONTAL MICROBIOLOGY
OF HIV-1 INFECTED WOMEN.
Oral Microbiol Immunol., 1996, Dec. 11:6, 371-80.
50. MARTINEZ CANUT P; GUARINOS J; BAGAN JV.
PERIODONTAL DISEASE IN HIV SEROPOSITIVE PATIENTS AND ITS
RELATION
TO LYMPHOCYTE SUBSETS.
J. Periodontol., 1996, Jan., 67:1, 33-6
51. PHELAN JA.
DENTAL LESIONS: DIAGNOSIS AND TREATMENT
Oral Dis, 1997 May, 3, Suppl. 1: S235-7.
52. ROBINSON PG; SHEIMAN A; CHALLACOMBE SJ; ZARRZAEWSKA JM.
JM. PERIODONTAL HEALTH AND HIV INFECTION
Oral Dis, 1997, May 3, Suppl. 1: S149-52.
53. PROCETSS
INFORMACION ESTADISTICA 1983 - Febrero 1999-12-02
MINISTERIO DE SALUD.
54. PROCETSS
DISMINUCION EN LA TRANSMISION VERTICAL
CONTRASIDA INFORMA: año 2, número 7, Noviembre 1998. Pág. 10-11.
55. TORQUIL MACPHEE
FUNDAMENTOS DE PARODONCIA
Editorial LIMUSA. 1ra, Edición, Pág. 17. 1989.

- 56 O.M.S.
REGISTRO EPIDEMIOLOGICO SEMANAL
Diciembre . 1998.
57. WILSON DELGADO A.
INFECCION POR VIH SIDA EN ESTOMATOLOGIA
ODONTOLOGIA PERUANA
Volúmen 6 (8); Pág.19-34, julio 1992, Lima.
58. MURAMATSU Y TAKAESU: ORAL STATUS VELATED TO
SUBGINGIVAL BACTERIAL FLORA AND SEX HORMONES IN SALIVA
DURING PREGNANCY.
Bull Tokio Dent Coll. 35(3): 139-151. 1994.
59. ROBERTO LEON HUAMANI
PROCESO GESTACIONAL Y ESTADO GINGIVAL EN MUJERES
EMBARAZADAS
Tesis, U.N.M.S.M., Lima-Perú. 1998.
60. GUSTAVO ALIAGA RODRIGUEZ
INFLUENCIA DE A EDAD EN GINGIVITIS DURANTE EL EMBARAZO.
Tesis U.N.M.S.M., Lima, Perú, 1998.
61. O.M.S.
METODOS Y PREVENCION DE ENFERMEDADES BUCODENTALES.
Serie de informes Técnicos N°713. 1984.
62. GENCO, GOLDMAN, COHEN
PERIODONCIA.
Editorial interamericana Mc Graw-HFLC. 1ra. Edición, Pág.115. 1993.

63. CARLOS ALBERTO, PAZ MAYURI

EFFECTO Y LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES SOBRE LA GENGIVA HUMANA.

Revista Estomatología Herediana: 1(1): 58-8. 1991.

64. MIGUEL POZO PICASSO

CORRELACION ENTRE MESTRUACION, EDAD, HIGIENE Y CARIES CON GINGIVITIS EN EMBARAZADAS DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE LURIGANCHO.

Informe Científico: Vol.6. N° 1, Enero-Julio, 1997.

65. GEOVANI SANTIAGO DIAZ

PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE GINGIVITIS EN LOS PERIODOS GESTACIONALES Y PERIFERICA DE UNA ZONA DE GRAN ALTITUD Y A NIVEL DEL MAR.

Tesis de Bachiller, UPCH, 1998, Lima Perú

66. TREMOLADA ALVAREZ, J.

CONCENTRACION DE PROGESTERONA Y ESTRADIOL EN GESTANTES Y SU RELACION CON LA GINGIVITIS.

Tesis de Bachiller, UPCH, 1984.

ANEXOS

GESTANTES V.I.H. SEROPOSITIVAS

CASO 1: Paciente gestante de 33 años, con 8 meses de gestación, en estado sintomático.

Foto 1.- Gingivitis marginal y papilar localizada a nivel de las piezas (1,2) y (1,3), apreciese el cambio de color, lisura de la papila interdental, leve aumento de volumen, presencia de placas.



Foto 2.- gingivitis marginal localizada, en el sector antero inferior de la arcada, apreciese el cambio de color, textura, presencia de placa y diastema entre las piezas (3,1) y (4,1).



CASO 2: Paciente gestante de 20 años, con 4 meses de gestación en estado asintomático.

Foto 1.- gingivitis difusa localizada en relación a la pieza (2,1) apreciase el cambio de color, leve aumento de volumen. En relación a la pieza (2,2), piezas retruida, apreciase cambio total de la encía marginal y papilar, con presencia de placa. Apreciase que las papilas interdetales en relación a las demás piezas del sector anterior, presentan cambio en su color y forma.



Foto 2.- gingivitis difusa localizada, apreciase el sangrado al sondaje periodontal en la pieza (2,1).



GESTANTES V.I.H. NO SEROPOSITIVOS

Caso 1: Paciente gestante de 25 años, con 5 meses de gestación, natural de Lima, con secundaria completa, con un I.H.O. malo.



* Arcada superior.- apreciase en el sector antero superior la gingivitis marginal y papilar localizada, en relación de las piezas (2,1), (2,2), (2,3), hay cambio de color, textura con presencia de placa.

* Arcada inferior.- identifiquese en el sector antero inferior a nivel de las piezas (3,3) y (4,3), gingivitis difusa localizada, además apreciase la mal posición de piezas, con presencia de placa a nivel del tercio inferior de las coronas de las piezas dentarias.

CASO 2: Paciente gestante de 22 años, con cuatro y medio meses de gestación, con grado de instrucción superior e I.H.O. malo.



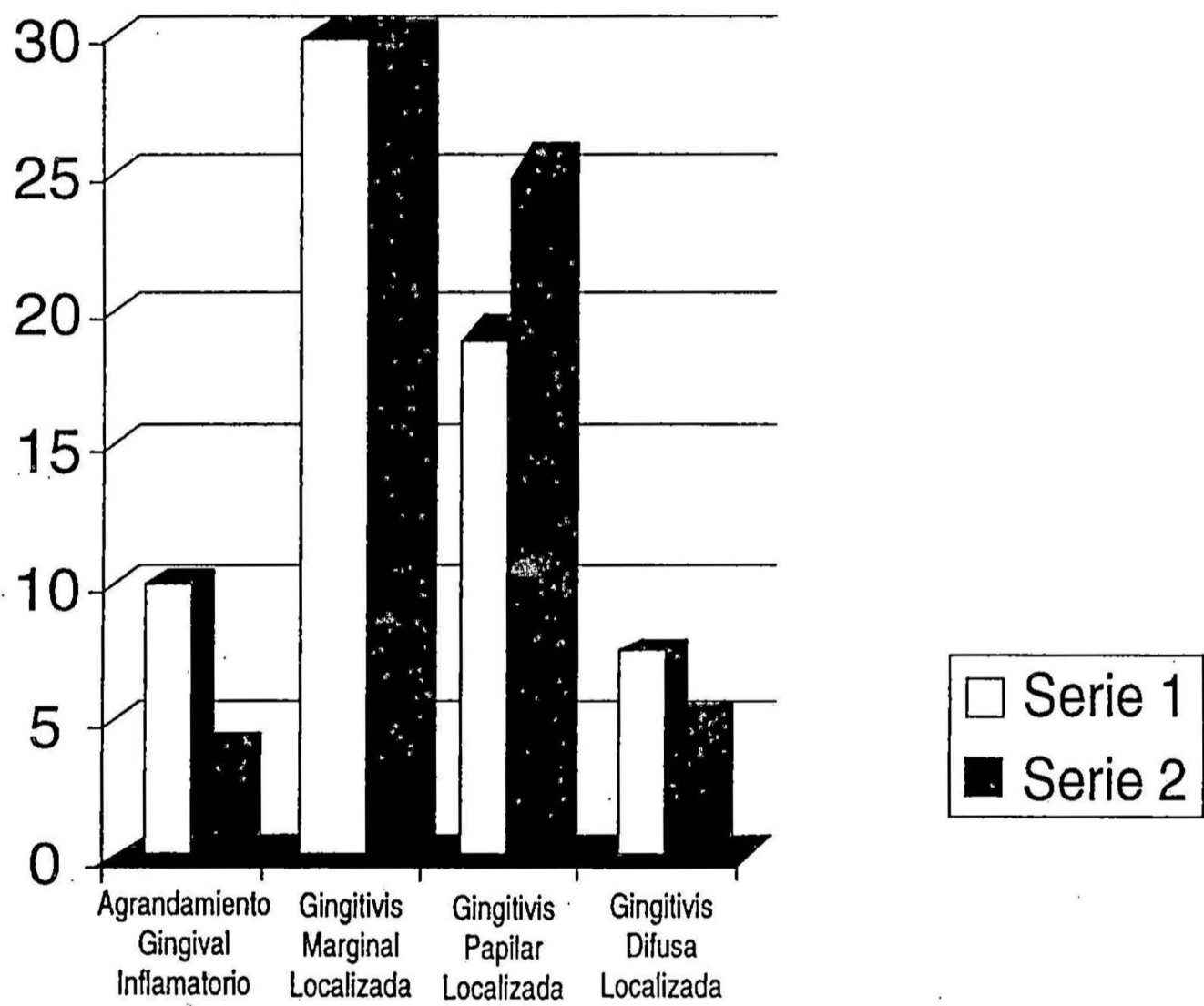
* Arcada superior.- apreciase en el sector antero superior, una gingival leve, a nivel de las piezas (1,1) y (2,1), bien marcadas, observese, el cambio de textura, color, aumento de volumen y presencia de placa.

* Arcada inferior.- identifiquese en el sector antero inferior, hiperplasia gingival leve, observese, el cambio de color, textura, aumento de volumen y presencia de placa.

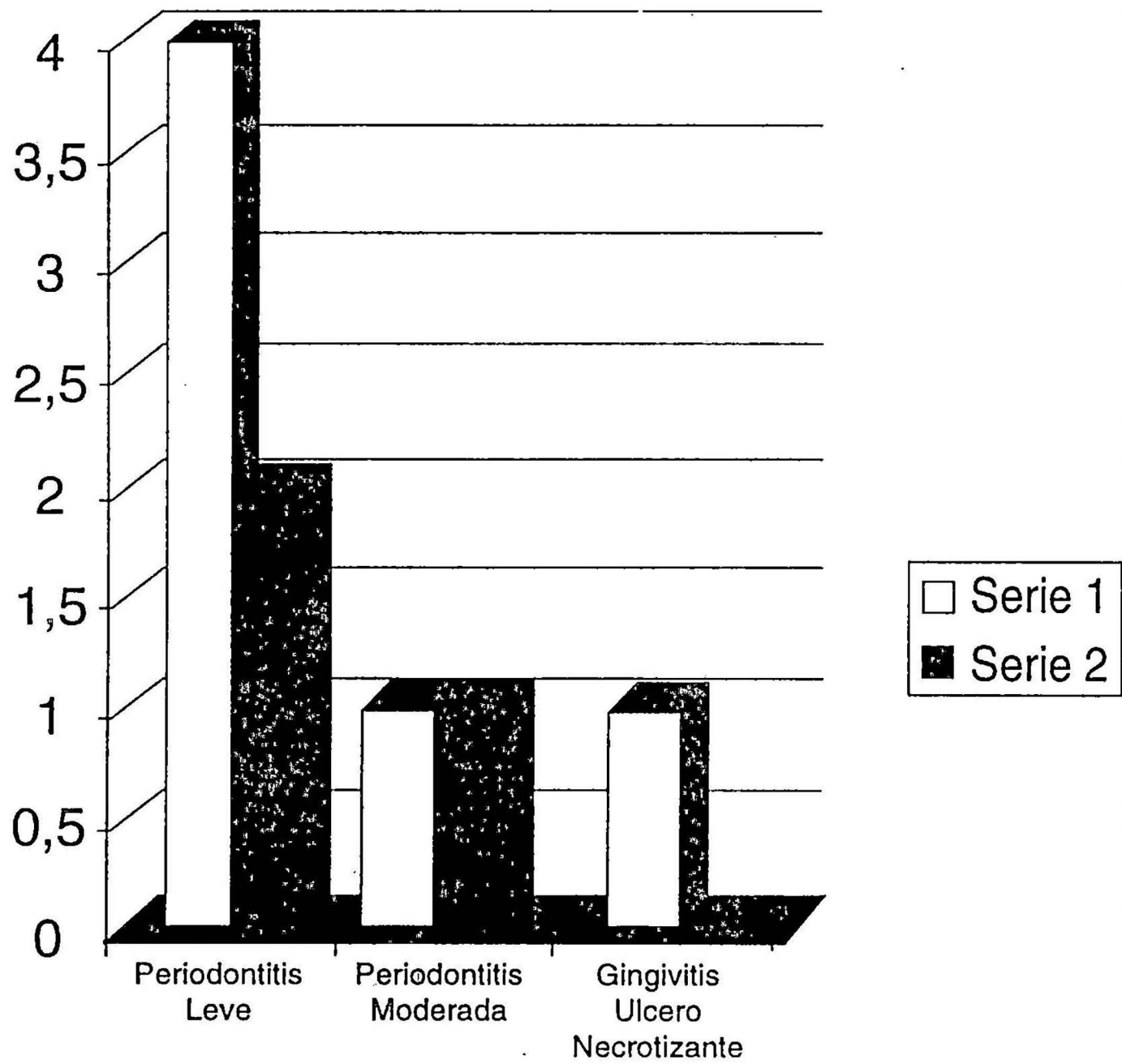
SERIE 1: GESTANTES VIH SEROPOSITIVAS

SERIE 2: GESTANTES VIH NO SEROPOSITIVAS

DISTRIBUCION DE LAS LESIONES PERIODONTALES POR PACIENTES



DISTRIBUCION DE LAS LESIONES PERIODONTALES POR PACIENTES



DISTRIBUCION DE LAS LESIONES PERIODONTALES POR PACIENTES

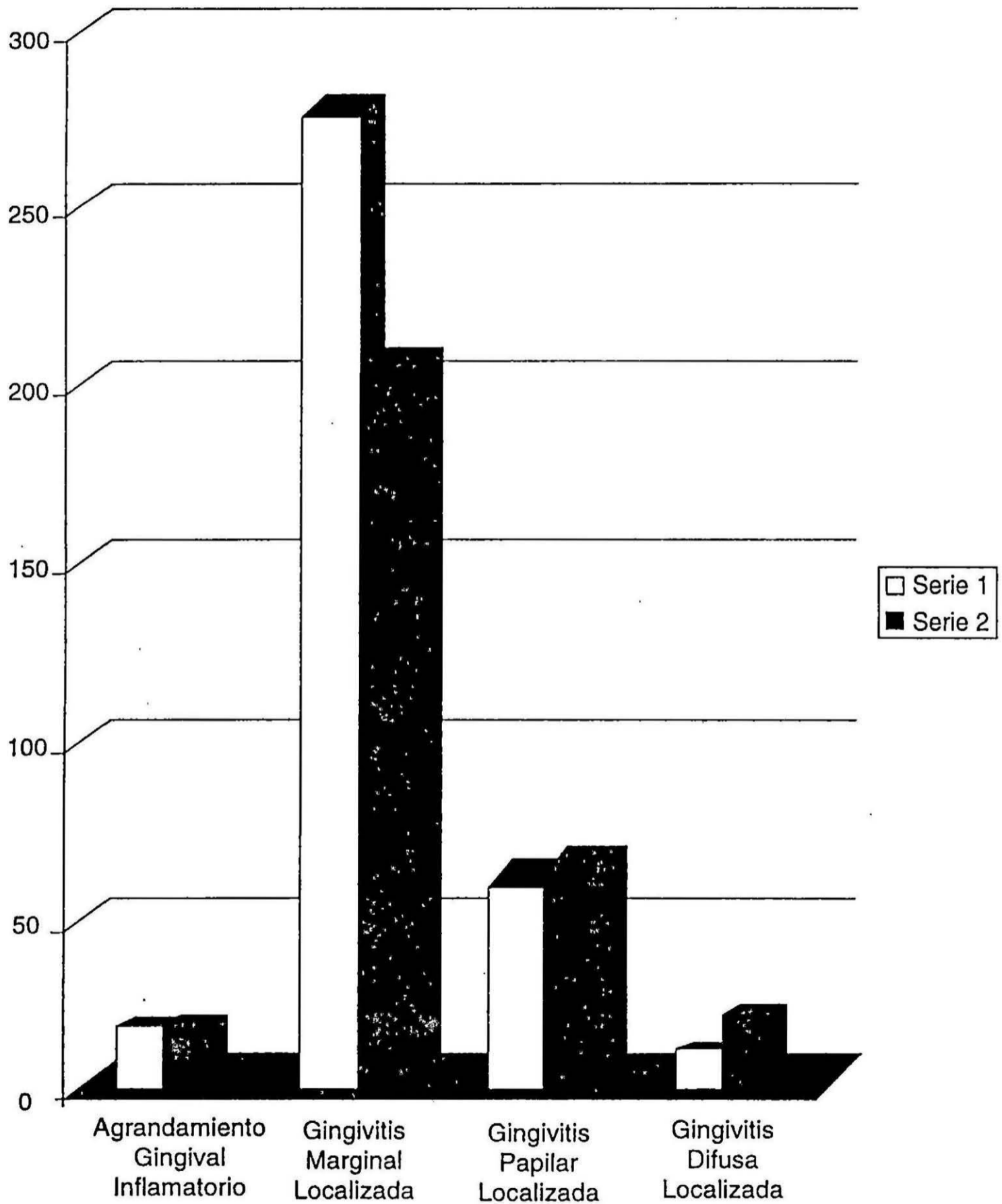
PRIMER GRAFICO

En este gráfico se aprecia la mayor presencia de gingivitis marginal localizada en ambos grupos (serie 1 y serie 2). La gingivitis papilar localizada se presenta como la segunda lesión en mayor número de pacientes VIH no seropositivos (serie 2). El agrandamiento gingival inflamatorio presenta en mayor número de pacientes VIH seropositivos (serie 1). Las gingivitis difusa localizada se presenta más en pacientes de la serie 1.

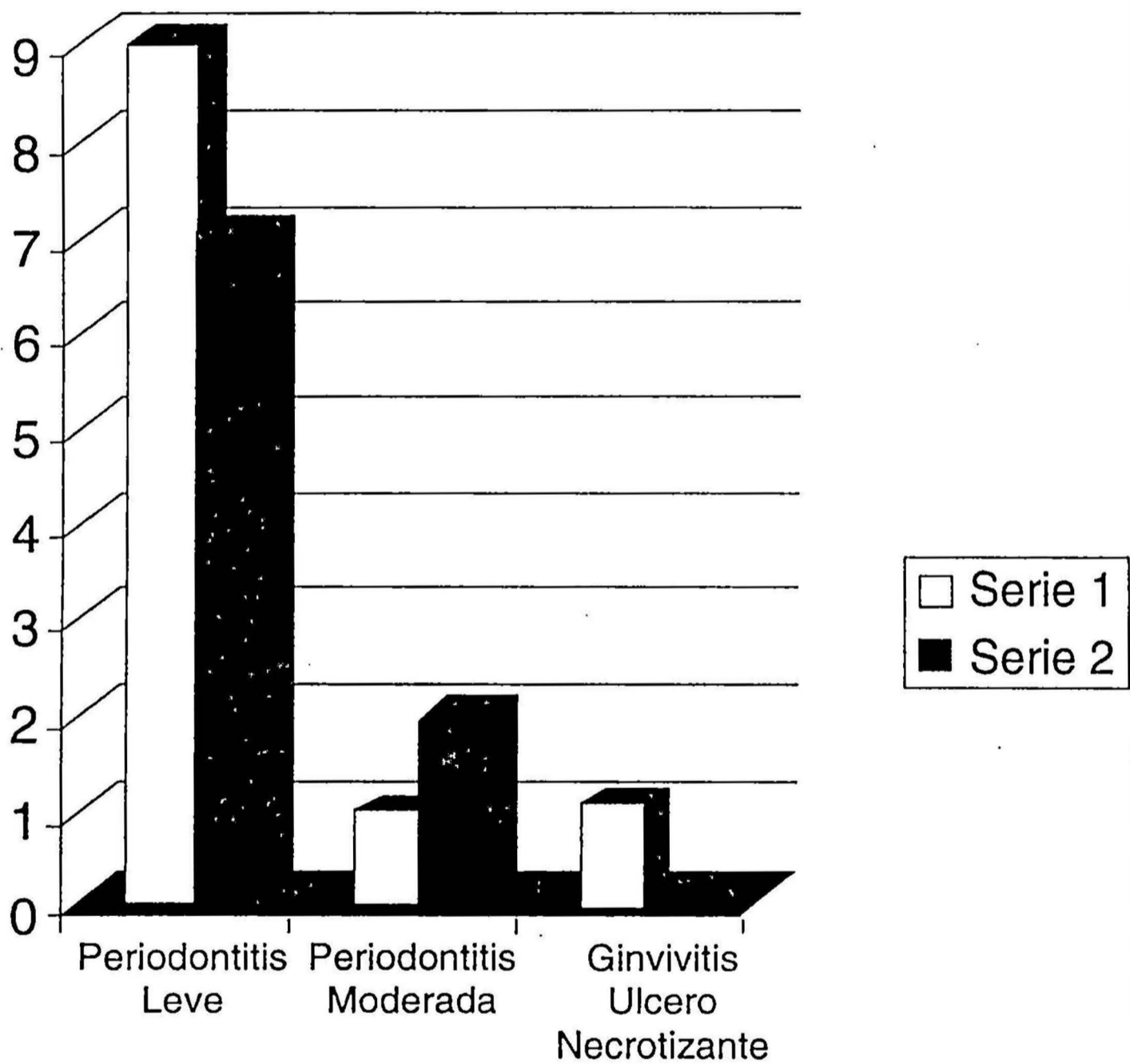
SEGUNDO GRAFICO

Con un tope de cuatro pacientes la periodontitis leve se presento más en gestantes VIH seropositivas. La periodontitis moderada se presento en igual número de gestantes para ambos grupos y la gingivitis ulcero necrotizante se presento solamente en una gestante VIH seropositivo.

DISTRIBUCION DE LAS LESIONES PERIODONTALES EN RELACION A PIEZAS DENTARIAS



DISTRIBUCION DE LAS LESIONES PERIODONTALES EN RELACION A PIEZAS DENTARIAS



DISTRIBUCION DE LAS LESIONES PERIODONTALES EN RELACION A LAS PIEZAS DENTARIAS

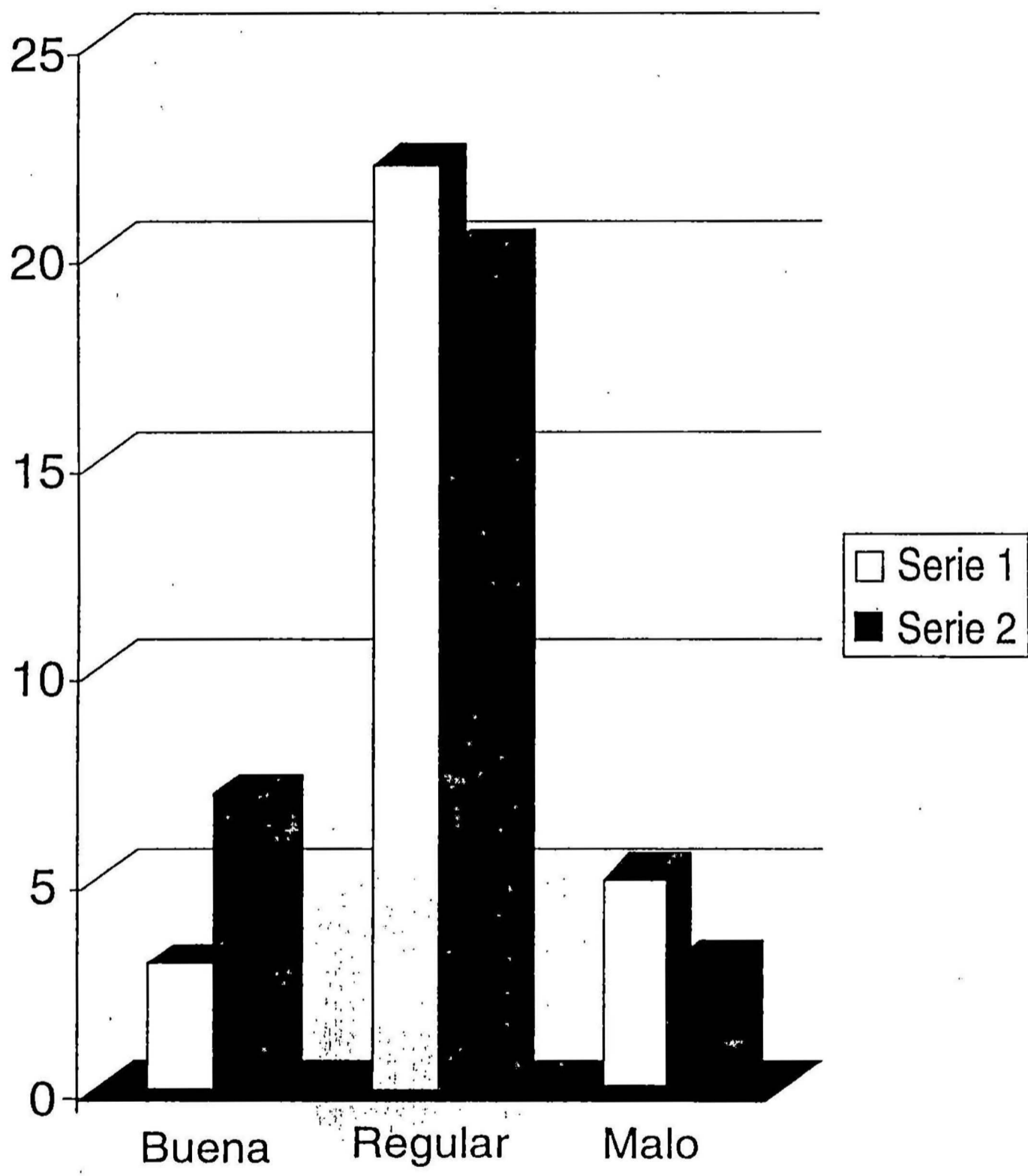
PRIMER GRAFICO

En este gráfico se aprecia la mayor presencia de gingivitis marginal localizada en el grupo de gestante VIH seropositivas (serie 1). La gingivitis papilar localizada se presentó en ambos grupos siendo muy pequeño el margen de diferencia para los dos grupos. La gingivitis difusa localizada se presento en menos de 50 veces para ambos grupos, siendo las gestantes VIH no seropositivas las que presentaron mayor número de lesiones, pero con solo un pequeño margen de diferencia. El agrandamiento gingival inflamatorio se identificó en menos de 50 veces para ambos grupos siendo su diferencia también muy pequeña.

SEGUNDO GRAFICO

En un tope que 9 lesiones en relación a piezas dentarias, la periodontitis leve se presentó en mayor número de gestantes VIH seropositivas. La periodontitis moderada se presento en mayor número en gestantes VIH no seropositivas y gingivitis ulcero necrotizante se presentó únicamente en relación a una pieza dentaria en una gestante VIH seropositiva.

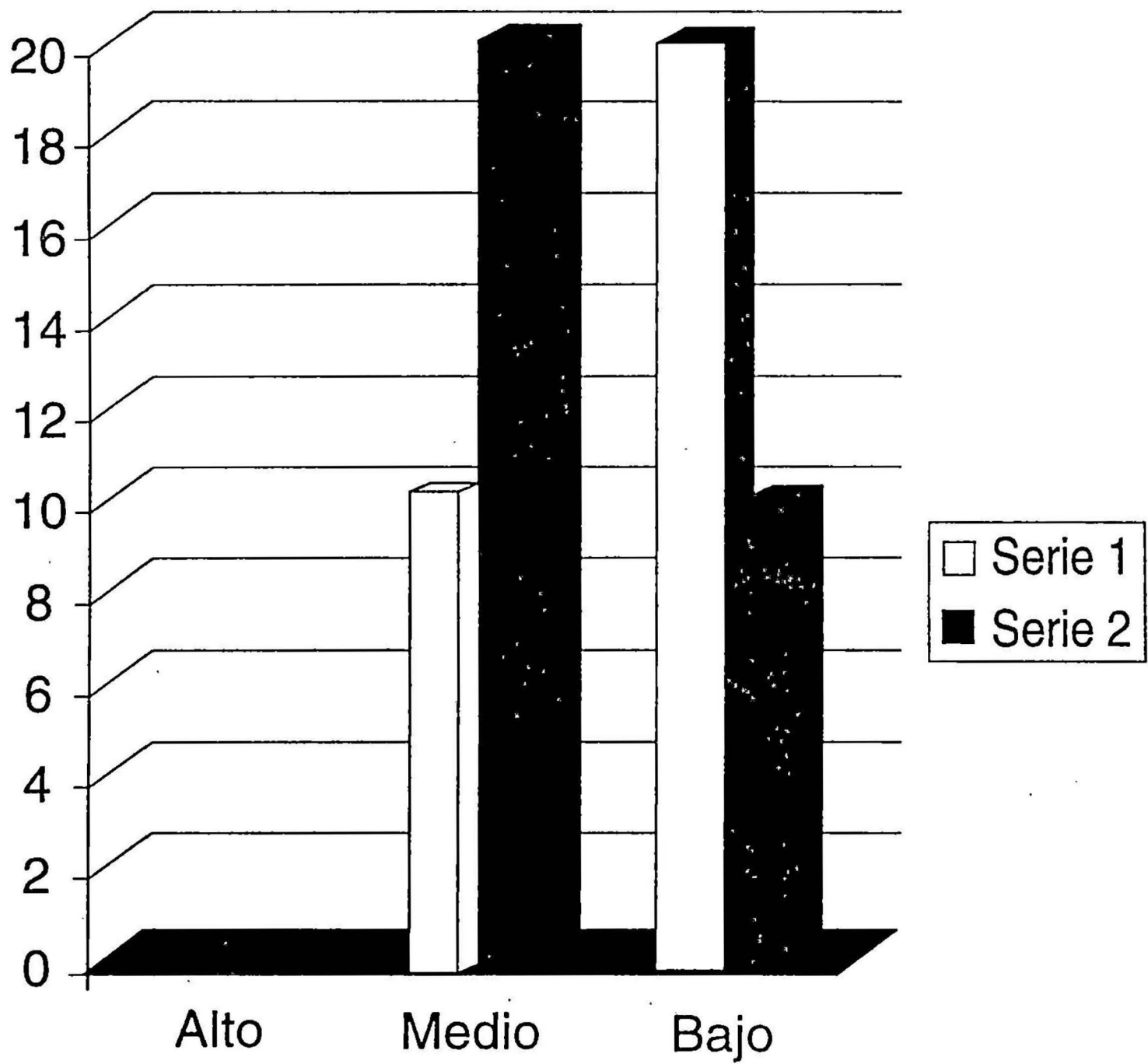
DISTRIBUCION DE LA CALIFICACION DEL INDICE DE HIGIENE ORAL EN GESTANTES



DISTRIBUCION DE LA CALIFICACION DEL INDICE DE HIGIENE ORAL

En una muestra total de 60 pacientes, 30 pacientes de la serie 1 y 30 pacientes de la serie 2, se presentó que el índice de higiene oral era **regular** en el mayor número de pacientes, teniendo un pequeño margen de ventaja el grupo de pacientes VIH seropositivas. El grupo que presentó índice de higiene oral **malo** era menor de 5 casos, siendo el grupo de gestantes VIH seropositivas las que presentaron más esta calificación y para la calificación de índice de higiene oral **bueno** el grupo de gestantes VIH no seropositivas presentó un mayor número de casos.

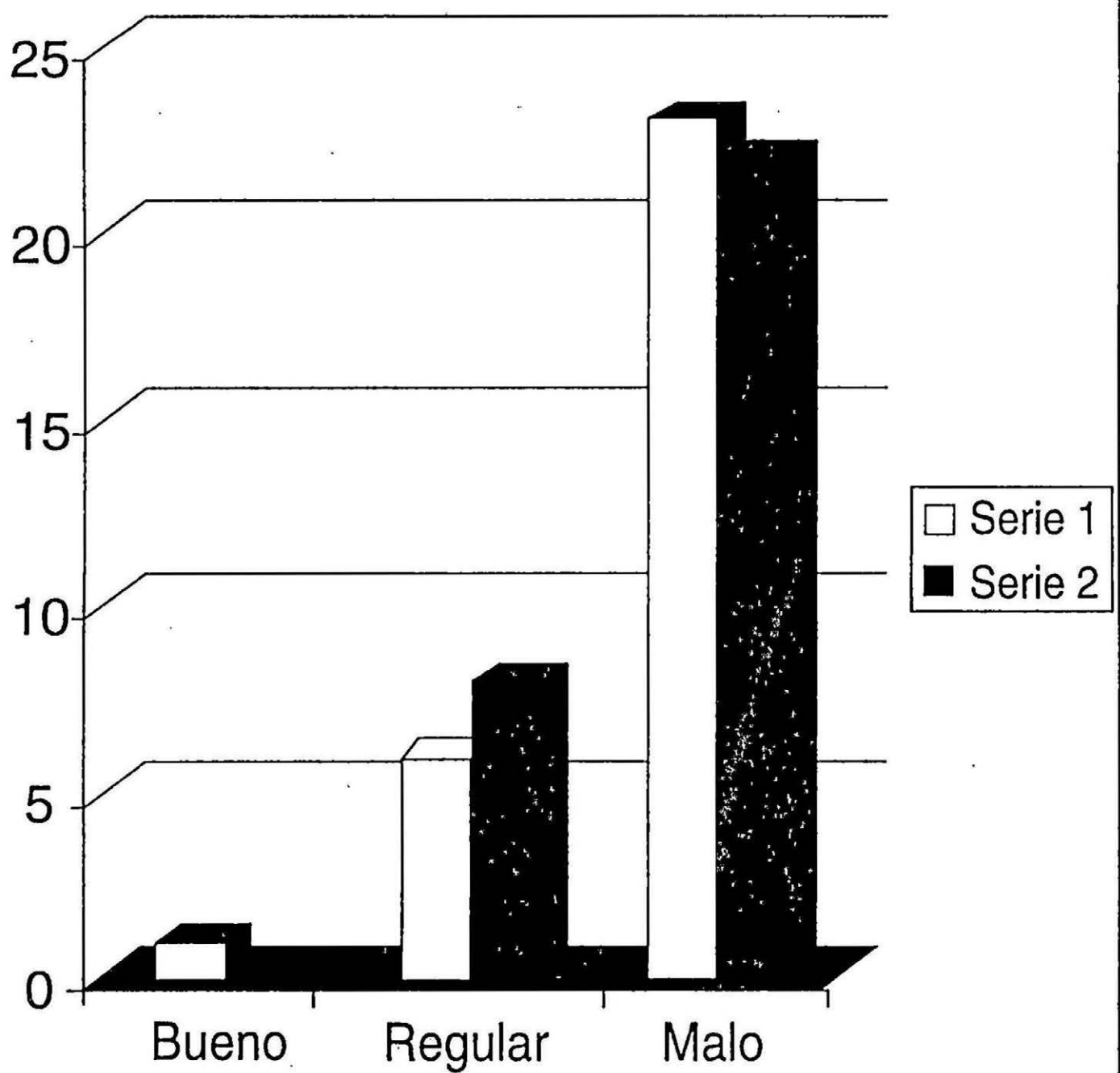
DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES SEGUN NIVEL SOCIOECONOMICO



**DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES SEGUN NIVEL
SOCIOECONOMICO**

En un número total de 60 casos, 30 para la serie 1 y 30 para la serie 2, los niveles socioeconómicos que se presentaron en los grupos de estudio fueron **medio** y **bajo**. El nivel socioeconómico **medio** se presentó en mayor número de casos de gestantes VIH no seropositivas con un tope de 20. El nivel socioeconómico **bajo** se presentó en mayor número de gestantes VIH seropositivas con un tope de 20.

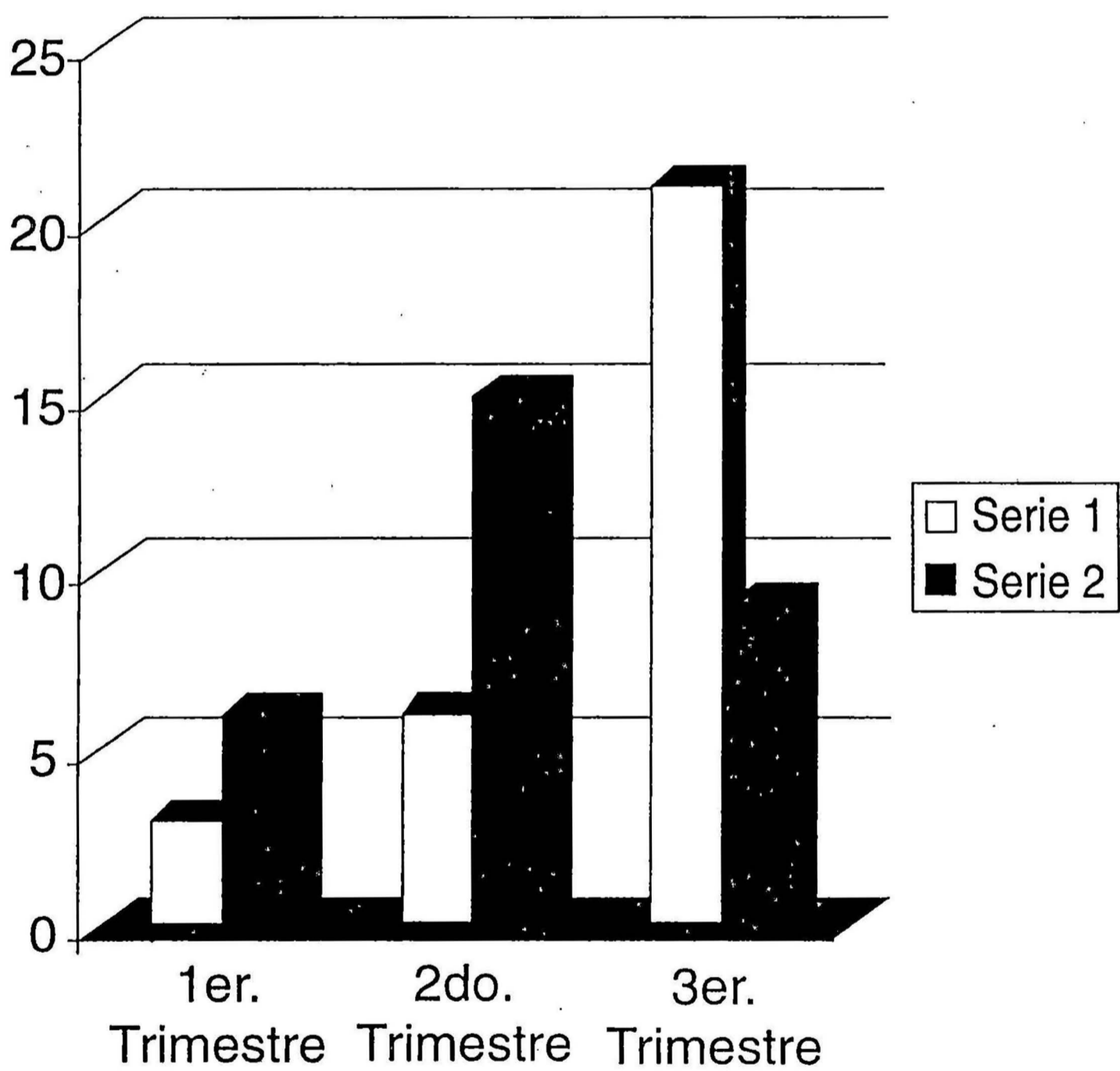
DISTRIBUCION DE LA CALIFICACION DE EDUCACION Y HABITOS DE HIGIENE ORAL EN GESTANTES



DISTRIBUCION DE LA CALIFICACION DE EDUCACION Y HABITOS DE HIGIENE ORAL EN GESTANTES

Según este ítem se califico como **bueno**, **regular** y **malo** en un grupo de 60 pacientes, 30 para la serie 1 y 30 para la serie 2. La calificación de **bueno** solamente se presentó en la serie 1, con un paciente. La calificación **regular** se dio en un número mayor de casos en la serie 1 que en la serie 2 y la calificación **malo** se presento como el mayor número de casos para ambos grupos, siendo el número de casos para las gestantes VIH seropositivas superior a las gestantes VIH no seropositivas.

DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES SEGUN TRIMESTRE GESTACIONAL



DISTRIBUCION DE LAS GESTANTES SEGUN TRIMESTRE GESTACIONAL

En un total de 60 pacientes, 30 gestantes VIH seropositivas y 30 gestantes VIH no seropositivas, con un muestreo al azar se distribuyó en los tres trimestres del periodo gestacional. Para el primer trimestre los casos de gestantes VIH no seropositivas se presentó en mayor número que en gestantes VIH seropositivas. En el segundo trimestre el número de casos fue mayor para las gestantes VIH no seropositivas en relación a gestantes VIH seropositivas y en el tercer trimestre, el grupo de gestantes VIH seropositivas fue mayor que en gestantes VIH no seropositivas siendo en este grupo el número de casos VIH seropositivas que mayor cantidad tuvo en los trimestres.

**FORMULARIO DE INVESTIGACION
 LESIONES PERIODONTALES EN PACIENTES GESTANTES
 V.I.H. SEROPOSITIVOS / NO SEROPOSITIVOS**

Nº De Formulario:

Nº de H.C.:.....Mes de Gestación:.....Fecha de Exámen:.....

Indice de CD4:.....

1.- Datos Personales

Apellido y Nombre:.....Edad:

Estado Civil:Grado de Instrucción:

Ocupación:..... Lugar de Nacimiento:

Lugar de Procedencia:

Domicilio:.....Teléfono:

2.- Rubro 1 (Nivel socio - Económico)

SI

NO

- Tiene servicios Básicos (Agua, luz, desagüe, teléfono)

- Presenta trabajo actual la gestante o la pareja

- Sueldo aproximado que gana solo S/. 0 a 500

la pareja o ambos S/. 500 a 1,000

- Tiene casa Propia (Alquilada, S/. 1000 a 2000

de familiar) S/. 2000 a más

3.- Rubro 2 (Educación de la Higiene Bucal)

SI

NO

- Técnica en el uso del Cepillo Dental

- Uso de Hilo Dental

- Uso de otros accesorios (Palitos dentales, Puntas de jebe, Irrigadores)

- Uso de enjuagatorios

- Visita al odontólogo para profilaxis

- Visita al odontólogo 1 ó 2 veces al año para su control

- Número de veces que se cepilla al día
 - Una vez al día
 - Dos veces al día
 - Tres veces al día
 - Esporadicamente

4.- Rubro 3 (Período Gestacional)

- | | SI | NO | MES |
|--|-------|-------|-------|
| - Trimestre gestacional seropositivos | SI | NO | MES |
| - 1er. Trimestre | ..... | ..... | ..... |
| - 2do. Trimestre | ..... | ..... | ..... |
| - 3er. Trimestre | ..... | ..... | ..... |
| - Trimestre gestacional No seropositivos | SI | NO | MES |
| - 1er. Trimestre | ..... | ..... | ..... |
| - 2do. Trimestre | ..... | ..... | ..... |
| - 3er. Trimestre | ..... | ..... | ..... |

5.- Rubro 4 (Estadio de la infecc. H.I.V.)

- | | SI | NO | MES |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|
| - ESTADIO 1 (Exposición Inicial) | | | |
| - ESTADIO 2 (Portador Asintomático) | | | |
| - ESTADIO 3 (Portador Sintomático) | | | |
| - ESTADIO 4 (SIDA) | | | |

6.- Rubro 5 (Enfermedad Periodontal)

- | | NO | SI | Pza. |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|
| - Asociada a la Infección H.I.V.: | NO | SI | Pza. |
| - Gingivitis Marginal en Ribete | | | |
| - Gingivitis Necrotizante | | | |
| - Periodontitis Asociada a H.I.V. | | | |
| - No Asociada a la Infección H.I.V. | NO | SI | Pza. |
| - Agrandamiento Gingival Inflamatorio | | | |
| - Gingivitis Marginal Localizada | | | |
| - Gingivitis Papilar Localizada | | | |
| - Gingivitis Difusa Localizada | | | |
| - Gingivitis Marginal Generalizada | | | |
| - Gingivitis Papilar Generalizada | | | |
| - Gingivitis Difusa Generalizada | | | |
| - Periodontitis: | | | |
| Leve | | | |
| Moderada | | | |
| Severa | | | |

EXAMEN CLINICO PERIODONTAL

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO: - DI-S

DI-S

M.S. M I M	M.I. M I M	Ti	Tm	X/6

BUENO (0.0 - 0.6)

REGULAR (0.7 - 1.8)

MALO (1.9 - 3.0)

NOMBRE ALUMNO: N° HISTORIA

NOMBRE PACIENTE: EDAD: SEXO:

DIRECCION:

FECHA DE EXAMEN:

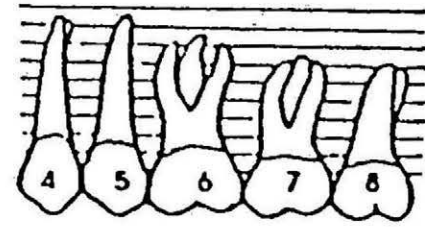
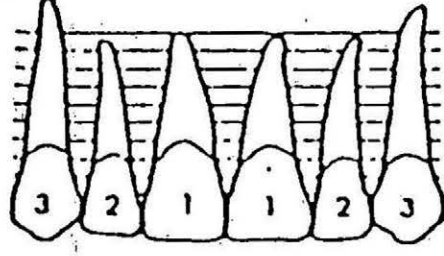
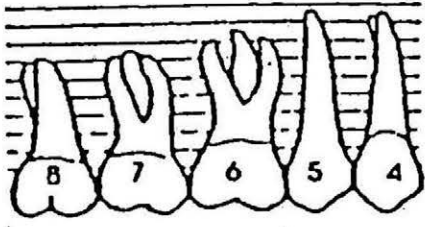
PRE - TRATAMIENTO

RE - EVALUACION

POST - TRATAMIENTO

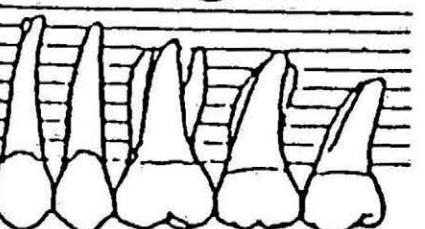
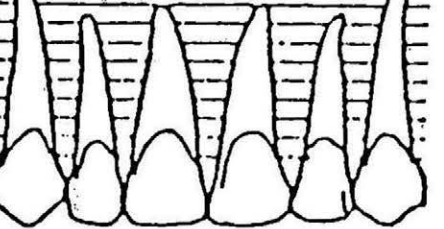
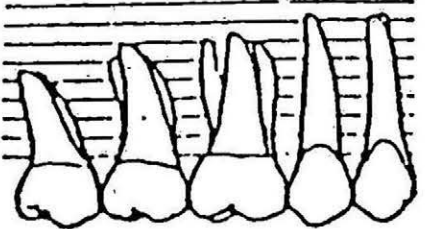
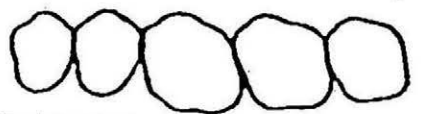
CAL & BOP
PD & PLACA
CEJ - GM

ESCALA DE MOVILIDAD



BUCA

USADO:



LINGU

CEJ - GM
PD & PLACA
CAL & BOP

8 7 6 5 4

3 2 1 1 2 3

4 5 6 7 8

DERECHA

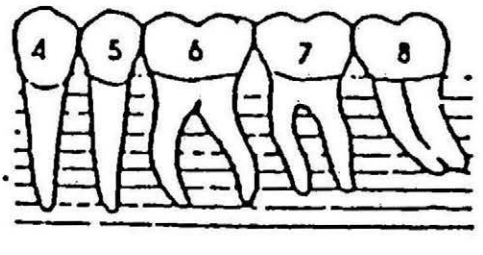
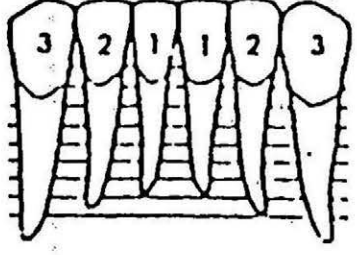
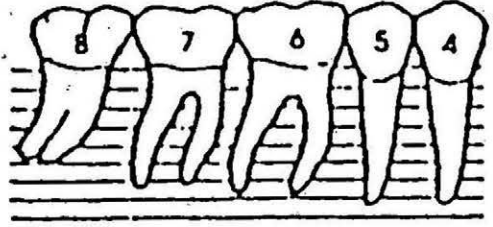
IZQUIERDA

8 7 6 5 4

3 2 1 1 2 3

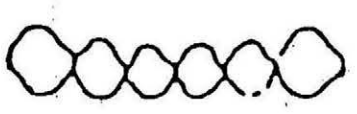
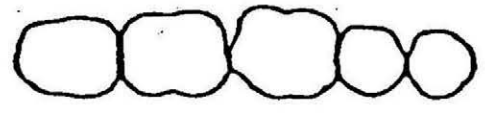
4 5 6 7 8

CAL & BOP
PD & PLACA
CEJ - GM

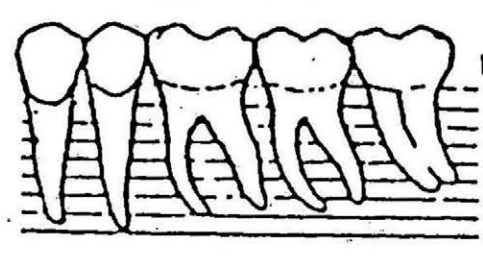
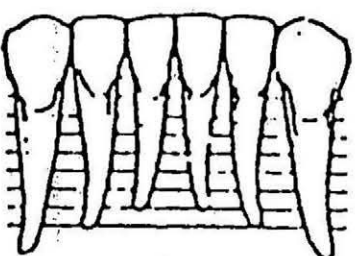
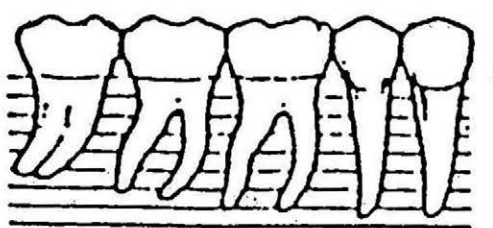


BUCA

GRADO DE FURCACION



SISTEMA USADO:



L LINGU

CEJ - GM
PD & PLACA
CAL & BOP

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

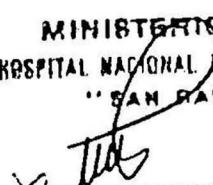
DEJA CONSTANCIA:

Que el Sr. DONAL RAMOS PERFECTO Bachiller de Odontología de la U.N.M.S.M. ha realizado su trabajo de Investigación para su tesis, titulado " ESTUDIO COMPARATIVO DE LESIONES PERIODONTALES EN GESTANTES VIH SEROPOSITIVAS Y GESTANTES VIH NO SEROPOSITIVAS " de el 1ero de Marzo hasta el 30 de Noviembre de 1,999 realizo el estudio de investigación demostrando puntualidad y eficiencia.

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

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOME"


Dra. María Luz Huaitalla Huamán
Jefe (E) del Departamento de Odontología
C.O.P. 44 7807

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOME"
DEPARTAMENTO DE
ODONTOESTOMATOLOGIA

Lima, 1 de Diciembre de 1999

ECR/....



353 Años al Servicio del País



CONSTANCIA

El que suscribe Lic. Ronald Torres Martínez, encargado de la Unidad de Investigación de la Oficina de Desarrollo del Potencial Humano del Hospital Nacional Docente "San Bartolomé" deja constancia que el señor:

DONALD RAMOS PERFECTO

Ha desarrollado el análisis estadístico de la tesis titulada: "ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS LESIONES PERIODONTALES EN GESTANTES VIH SEROPOSITIVAS Y GESTANTES NO SEROPOSITIVAS, en esta unidad, consistente en la elaboración de la Base de Datos, reportes de los análisis descriptivos y cruce de las variables del estudio y presentación de los mismos.

Se expide el presente documento a solicitud de la parte interesada para los fines que estime convenientes.

Lima, 09 de Diciembre de 1999

Lic. Ronald Torres Martínez

Bioestadístico - OPPGC