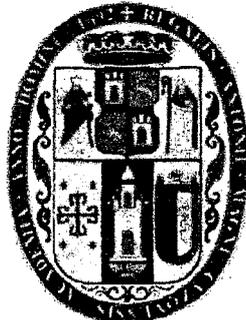


UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO
ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CARRERA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES VIH/SIDA ATENDIDOS EN LOS
HOSPITALES DEL MINSA DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2012**

TESIS

PARA OPTAR al TÍTULO PROFESIONAL de CIRUJANO DENTISTA

TESISTA:

RUY EDSON QUISPE TUNQUE

Bachiller en Odontología

ASESORA:

YAHAIRA PAOLA VARGAS GONZALES

Cirujano Dentista

COASESORA:

YULIANA BALLON VALER

Cirujano Dentista

**Especialista en Atención Estomatológica de
Pacientes Especiales – RNE 651**

CUSCO – PERU

2013

ABSTRACT

The present study entitled oral manifestations in patients HIV/AIDS who was cared at hospitals MINSA of the city of Cusco, 2012, was made with design identify the most common oral manifestations in patients HIV/AIDS.

The main objective of this study was to identify the different oral manifestations in patients HIV/AIDS and the frequency of occurrence according to recount of lymphocytes CD4 and charge viral of these lesions in order to implement a dental care guide.

Methods: We did a study of non-experimental, descriptive, transversal, prospective sample of 92 HIV/AIDS patients being treated at CERITSS services of the Hospital Antonio Lorena of Cusco and at PROCETSS services of the Hospital Regional of Cusco. To whom realized a structured interview and oral clinical examination. It took into account the main oral manifestations fungal, bacterial and viral infections, according to recount of lymphocytes CD4, charge viral and according to gender.

Results: The results shows 78% of patients have some oral lesions, the main oral lesion was linear gingival erythema at 21.7% followed by angular cheilitis by 19.6%, necrotizing ulcerative gingivitis by 15.2%, necrotizing ulcerative periodontitis in 13%, herpes simplex virus type I and oral hairy leukoplakia in 9.8%, and finally to a lesser extent pseudomembranous candidiasis and erythematous candidiasis in 8.7%.

In relation to lymphocytes CD4 counting the group of more than 500 cells/mm³ was 13% while in the group of 499-200 cells/mm³ range was 22% and in the group of less than 200 cells/mm³ was 65%. In relation to the charge viral values with increasing viral burden from 1,500 copies/mm³ the probability of greater oral manifestations.

It was concluded that oral manifestations are often independents of gender.

Keywords: HIV, AIDS, oral manifestations, lymphocytes CD4, charge viral.

RESUMEN

El presente trabajo titulado manifestaciones orales en pacientes VIH/SIDA atendidos en los hospitales del MINSA de la ciudad del Cusco, 2012; se realizó con el propósito de identificar las manifestaciones orales más frecuentes en pacientes VIH/SIDA.

El objetivo principal del presente estudio fue identificar las diferentes manifestaciones orales en pacientes VIH/SIDA así como la frecuencia de aparición de estas lesiones según el recuento de linfocitos CD4 y carga viral, teniendo como un aporte el de implementar una guía de asistencia estomatológica para pacientes VIH/SIDA.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo no experimental, descriptivo, transversal, prospectivo a una muestra de 92 pacientes VIH/SIDA que son atendidos en los servicios de CERITSS del hospital Antonio Lorena del Cusco y el servicio de PROCETSS del hospital Regional del Cusco. A los cuales se les realizó una encuesta estructurada y un examen clínico oral. Se tomó en cuenta las principales manifestaciones estomatológicas fúngicas, bacterianas y virales, según el recuento de linfocitos CD4, carga viral y el género.

Resultados: Encontrándose como resultado que el 78% de los pacientes presentan alguna manifestación oral, la principal manifestación oral fue el eritema lineal gingival en un 21.7% seguida de la queilitis angular en un 19.6%, la gingivitis ulcero necrotizante en un 15.2%, la periodontitis ulcero necrotizante en un 13%, el herpes virus simple tipo I y la leucoplasia oral vellosa en un 9.8%, y finalmente en menor proporción la candida pseudomembranosa y la candida eritematosa en un 8.7%. En relación al recuento de linfocitos CD4, en el grupo de más de 500 cel/mm³ las manifestaciones orales se presentaron en un 13% mientras que en el grupo de rango de 499-200 cel/mm³ fue de 22% y en el grupo de menores de 200 cel/mm³ fue de 65%. En relación a los valores de la carga viral a medida que aumenta la carga viral a partir de 1.500 copias/mm³ la probabilidad de presentar manifestaciones bucales es mayor.

Se concluyó que las lesiones orales se presentan con frecuencia independientes del género.

Palabras claves: VIH, SIDA, manifestaciones orales, linfocitos CD4, carga viral.

CONTENIDO

CAPITULO I	Pág.
PROBLEMA DE LA INVESTIGACION	
1.1 Planteamiento del problema.....	01
1.2 Formulación del problema.....	02
1.3 Objetivos.....	03
1.4 Justificación de la investigación.....	03
1.5 Ética de la investigación.....	04
1.6 Limitaciones de la investigación.....	04
1.7 Definición de términos básicos.....	05
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	06
2.2 Bases teóricas.....	10
2.2.1 Etiología.....	10
2.2.2 Aspectos epidemiológicos.....	11
2.2.3 Clasificación taxonómica.....	12
2.2.4 Virus de la Inmunodeficiencia Humana.....	12
2.2.5 Manifestaciones orales en pacientes con infección por VIH.....	20
CAPÍTULO III	
VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONAL	
3.1 Variables.....	28
3.2 Definición operacional.....	28
CAPITULO IV	
MATERIALES Y METODOS	
4.1 Diseño metodológico.....	33
4.2 Población y muestra.....	33
4.3 Unidad de estudio, análisis y medición.....	35
4.4 Criterios de selección.....	35
4.5 Procedimiento y recolección de datos.....	36
CAPITULO V	
ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS	40
5.1 Procedimiento y plan de análisis.....	40
CAPITULO VI	
RESULTADOS	41
CAPITULO VII	
Discusión y comentarios.....	46
Conclusiones.....	50
Sugerencias.....	51
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	91

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1.....41

Presencia de manifestaciones orales en pacientes VIH/SIDA atendidos en los hospitales del MINSA de la ciudad del cusco, 2012.

Tabla 2.....45

Manifestaciones orales más frecuentes en pacientes VIH/SIDA de según el género atendidos en los hospitales del MINSA de la ciudad del cusco, 2012.

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Grafico 1.....	42
Presencia de las manifestaciones orales fúngicas más frecuentes en pacientes VIH/SIDA en relación a linfocitos CD4 y carga viral atendidos en los hospitales del MINSA de la ciudad del cusco, 2012.	
Grafico 2.....	43
Presencia de las manifestaciones orales bacterianas más frecuentes en pacientes VIH/SIDA en relación a linfocitos CD4 y carga viral atendidos en los hospitales del MINSA de la ciudad del cusco, 2012.	
Grafico 3.....	44
Presencia de las manifestaciones orales virales más frecuentes en pacientes VIH/SIDA en relación a linfocitos CD4 y carga viral atendidos en los hospitales del MINSA de la ciudad del cusco, 2012.	

INTRODUCCIÓN

El VIH y el SIDA se han convertido en un problema de salud mundial, la OMS y ONUSIDA calculan que para finales del año 2012, 40.3 millones de personas en el mundo vivirán con esta enfermedad, siendo en el Perú una epidemia de tipo concentrada el cual se va incrementando considerablemente así se tiene que para el 2012 se han registrado 47 652 personas con VIH y 29 419 pacientes con SIDA.

Es un hecho que se ha aprendido bastante respecto al VIH/SIDA, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico, es por ello que tenemos la responsabilidad, como Cirujano Dentistas de observar y tratar a estos pacientes.

Es así que estas manifestaciones orales son componentes fundamentales en el estudio de esta enfermedad, porque pueden ser indicadores de la infección por el VIH y ser predictores de progresión de VIH a SIDA, las cuales se presentan en alguna etapa del proceso de la enfermedad del VIH/SIDA.

En un estudio nacional realizado en Lima en pacientes VIH/SIDA, se observó que el 53.1% de los pacientes presentaron alguna manifestación estomatológica y en otros estudios internacionales revelaron que el 77.1% de los pacientes presentaron alguna manifestación estomatológica al momento del examen clínico oral.

En la actualidad se trabaja mucho en el manejo médico de los pacientes VIH/SIDA porque puede ocurrir diversas alteraciones sistémicas o afecciones en la cavidad bucal ya sea de origen fúngica, bacterianas o virales que causa mayor disconfort al paciente alterando en algunos casos las funciones de fonación, deglución principalmente por el dolor que se produce alterando seriamente el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes.

Por lo tanto el propósito de este estudio es identificar las manifestaciones orales más frecuentes en pacientes VIH/SIDA atendidos en los hospitales del MINSA de la ciudad del Cusco, conocimiento que no existe en la literatura odontológica regional. Siendo este, entonces, el primer estudio en pacientes VIH/SIDA, de lo que se debe su importancia ya que determinan un punto de referencia para futuros estudios relacionados con este tema, tan importante para nuestra realidad y así la comunidad odontológica pueda brindar una atención óptima a estos pacientes.

ABREVIATURAS

HAL:	Hospital Antonio Lorena.
CERITSS:	Control de Enfermedades de Infecciones de Transmisión Sexual.
PROCETSS:	Servicio de atención Estratégica Sanitaria de Prevención y Control del ITS-VIH-SIDA.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
CDC:	Centers for Disease Control and Prevention.
FDA:	Food and Drug Administration.
MINSA:	Ministerio de Salud.
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
ARN:	Ácido ribonucleico.
TARGA:	Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.
ELISA:	Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay.
WB:	Western Blot.
gp 120:	Glicoproteína 120.
gp 41:	Glicoproteína 41.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El diagnóstico oportuno de las lesiones orales es sumamente importante ya que puede proporcionar la primera indicación de infección por el virus de inmunodeficiencia humana, permitiendo intervenir en la progresión de las enfermedades bucales, considerando el factor de inmunosupresión bajo el cual se encuentran, merecen y requieren un manejo especial y multidisciplinario, así mejorar la calidad de vida de los pacientes. ^(1,2,3,4)

El tratamiento de los pacientes con diagnóstico de VIH, está basada hasta el día de hoy fundamentalmente en la administración del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), permitiendo cambiar drásticamente el panorama de la enfermedad. ^(5,6)

La infección por VIH, se caracteriza por producir un deterioro profundo, progresivo e irreversible de la función inmune y aumento de la carga viral, que favorece la aparición de manifestaciones orales oportunistas sugestivas de un estado de inmunodepresión, es fundamental que los profesionales de salud oral conozcan sus características clínicas. ^(5,6,7)

Es así que a nivel internacional en un estudio realizado en Cuba – 2011, se observó que a medida en que disminuyó el conteo de linfocitos CD4 y aumentó la carga viral se incrementó la probabilidad de aparición de manifestaciones orales. ⁽⁷⁾

De igual manera en otro estudio realizado en México - 2007, se observó la presencia de manifestaciones orales donde las lesiones herpéticas y el sarcoma de Kaposi son más frecuentes con un estado de inmunodepresión moderada o severa. ⁽⁸⁾

Así mismo a nivel nacional en un estudio realizado en Lima - 2007, se observó que el 53.1% presentaba manifestaciones estomatológicas en el momento del examen oral. ⁽⁴⁾

La ciudad del Cusco requiere una estrategia de prevención y control del VIH/SIDA eficaz debido a que es una ciudad eminentemente turística puesto que su principal actividad económica esta basada en el turismo, según los datos del MINSA para Agosto del 2012 se ha registrado en el Cusco 18 casos nuevos de infección por VIH y 3 casos nuevos de SIDA. Se resalta además, la esmerada atención integral que se les brinda a los infectados con esta

enfermedad, que comprende atención hospitalaria, consejería y tratamiento retroviral gratuito.

Es lógico pensar entonces que todos los servicios públicos de salud pueden contribuir significativamente al control de la epidemia de VIH/SIDA a través de programas que incluyan educación sobre promoción sanitaria, cuidados del paciente, control efectivo de la infección.⁽⁹⁾

Así mismo en el Hospital Antonio Lorena del Cusco se encuentra el servicio de CERITSS y en el Hospital Regional del Cusco se encuentra el Servicio de PROCETSS, el cual un grupo de profesionales atienden a los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, con la finalidad de brindar un tratamiento médico adecuado y mejorar de forma significativa la calidad de vida.

Como parte de nuestra formación profesional, tuve la oportunidad de realizar el internado hospitalario en el HAL-Cusco y se pudo observar que la salud oral de pacientes atendidos en el CERITSS, era deficiente, por una falta de trabajo multidisciplinario esto demuestra la falta de comunicación entre los equipos de salud con el Cirujano Dentista, observándose la misma situación en el servicio de PROCETSS, del hospital Regional del Cusco.

Es por ello que consideramos de manera importante realizar el presente estudio para proporcionar al Cirujano Dentista una herramienta más para su preparación en el amplio campo de la infectología, los tratamientos y métodos que esta especialidad de la medicina utiliza y como esto afecta al sistema estomatológico y así de esta manera ir afianzándonos como parte del equipo de atención en salud integral.

Así mismo el Cirujano Dentista estará en condiciones de reconocer estas manifestaciones orales más frecuentes, el cual se tomara en cuenta para tener una adecuada bioseguridad teniendo por objetivo evitar una transmisión indeseada del VIH y permitirá a la comunidad odontológica prestar una atención óptima, tanto en prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de estas entidades así participar en el tratamiento multidisciplinario de los pacientes seropositivos.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles serán las manifestaciones orales más frecuentes en pacientes con VIH/SIDA en relación a linfocitos CD4 y carga viral atendidos en los hospitales del MINSA de la ciudad del Cusco, 2012?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Identificar la presencia de las manifestaciones orales más frecuentes en pacientes con VIH/SIDA en relación a linfocitos CD4 y carga viral atendidos en los hospitales del MINSA de la ciudad del Cusco, 2012.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar la presencia de las manifestaciones orales fúngicas más frecuentes en pacientes con VIH/SIDA en relación a linfocitos CD4 y carga viral.
2. Identificar la presencia de las manifestaciones orales bacterianas más frecuentes en pacientes con VIH/SIDA en relación a linfocitos CD4 y carga viral.
3. Identificar la presencia de las manifestaciones orales virales más frecuentes en pacientes con VIH/SIDA en relación a linfocitos CD4 y carga viral.
4. Identificar las manifestaciones orales más frecuentes en pacientes con VIH/SIDA de acuerdo al género.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito del presente trabajo de investigación es dar a conocer las diferentes manifestaciones orales, así como la frecuencia de aparición de estas en algún momento del proceso de infección por VIH/SIDA, es por ello que consideramos de manera importante realizar la presente investigación, con el propósito de incrementar los conocimientos así poder brindar una asistencia estomatológica preventiva durante la enfermedad.

Así mismo el Cirujano Dentista al estar capacitado en reconocer las diferentes manifestaciones orales en pacientes VIH/SIDA, especialmente en la ciudad del Cusco que tiene como principal actividad económica el turismo y que la población podría estar expuesta a una posible transmisión del VIH, tendrá un mayor cuidado con respecto a la bioseguridad tanto para el profesional de salud como para sus asistentes puesto que estarán expuestos a una posible transmisión del virus del VIH en el momento de atención al paciente.

Finalmente el beneficio de este estudio es múltiple iniciándose en el paciente al que se le brindará una mejor atención en este difícil proceso; al Cirujano Dentista, porque al identificar estas lesiones podríamos buscar y sugerir medidas efectivas que contrarresten estas manifestaciones orales y en el mejor de los casos prevenir la aparición de los mismos.

En nuestra profesión es necesario tener este conocimiento porque en la actualidad la atención en los servicios de salud es multidisciplinaria y es por ello que muchas veces tenemos que apoyar al médico, por estar afectada la cavidad oral que es nuestra unidad de estudio.

Por consiguiente el presente trabajo de investigación científica está justificado por las siguientes razones.

- **Originalidad.-** No se han registrado trabajos en nuestro medio regional sobre las manifestaciones orales en pacientes VIH/SIDA por lo que el trabajo de investigación sirve como un antecedente de base para estudios posteriores, como sabemos el VIH y el SIDA representa un problema de salud pública a nivel mundial por lo que es de suma importancia para los prestadores de servicios de salud.
- **Trascendencia.-** Es importante ya que el diagnóstico oportuno de estas manifestaciones orales en los primeros estadios de la enfermedad, permitirá una mejor prevención, control y tratamiento para brindar una mejor calidad de vida a las personas que viven con el VIH/SIDA.
- **Relevancia científica.-** Representa un aporte científico para la profesión odontológica ya que se obtendrá datos de nuestra realidad regional así como sus factores de riesgo, pronósticos, prevención de salud bucal para esto se implementará una guía de asistencia estomatológica para pacientes con VIH/SIDA como un aporte a los Cirujanos Dentistas.
- **Relevancia social.-** Es un aporte para el servicio del CERITSS del hospital Antonio Lorena del Cusco y para el Servicio de PROCETSS del hospital Regional del Cusco, este estudio conducirá a un incremento en la calidad de vida de estos pacientes, ya que podemos prevenir, controlar y reducir la aparición de las

manifestaciones orales, a la vez el Cirujano Dentista tomara las medidas adecuadas de bioseguridad para evitar una indeseada transmisión cruzada del VIH.

- **Factibilidad.-** Se cuenta con los recursos humanos, materiales e intelectuales para hacer frente al problema por lo que se considera el trabajo factible y accesible.

1.5 ETICA DE LA INVESTIGACIÓN

- En el trabajo de investigación se respetara las normas de ética establecidas internacionalmente de acuerdo a la declaración de Helsinki en 1964.⁽¹⁰⁾
- La recolección de datos se realizara previo consentimiento informado de los pacientes.
- Se respetara el derecho de los participantes en la investigación protegiendo su integridad, resguardando especialmente su intimidad y confidencialidad.
- La evaluación clínica se realizara bajo normas de bioseguridad.
- Este estudio se realizara con la autorización del director ejecutivo del hospital Antonio Lorena del Cusco y del director ejecutivo del hospital Regional del Cusco.

1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- No se encontraron datos estadísticos relacionados con el presente trabajo en el hospital Antonio Lorena del Cusco y el hospital Regional del Cusco con respecto a manifestaciones orales en pacientes VIH/SIDA o estudios similares a nivel regional.
- El difícil acceso a los pacientes por parte del investigador, siendo uno de los inconvenientes hechas por los mismos pacientes.
- Los hospitales del MINSA de la ciudad del Cusco generalmente atienden a pacientes de bajos recursos económicos siendo uno de los limitantes para el presente trabajo puesto que se necesita de exámenes histopatológicos para dar un diagnóstico definitivo de las lesiones que se puedan presentar en la cavidad oral, exámenes que no pueden costear los pacientes por su elevado valor económico.

1.7 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.** Se considera como persona infectada con el VIH, a toda persona que tenga una prueba confirmatoria (Inmuno fluorescencia Indirecta (IFI) o Western Blot) positiva o pruebas de antígeno positivas.^(11,12,13)
- **SIDA: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.** Defecto adquirido de la inmunidad celular asociado con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).⁽¹⁴⁾
- **Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).** Tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que usa una combinación de varios medicamentos antirretrovíricos, los cuales impiden que el virus pueda multiplicarse en el cuerpo y demorar la aparición del SIDA.^(15,16)
- **Carga viral.** Es la cuantificación del nivel de virus presente en plasma, suero e incluso en tejidos.⁽¹⁷⁾
- **Linfocito CD4.** Los linfocitos son las células responsables de la respuesta inmune del cuerpo humano.^(18,19)
- **Sarcoma de Kaposi.** Es una neoplasia maligna que se puede presentar como una mácula, pápula, nódulo o una tumoración roja o violácea, única o múltiple, que crece con rapidez, pudiendo alcanzar un gran tamaño donde hay una proliferación multifocal de pequeños vasos y del lecho endotelial o angiotelio, tanto de los vasos sanguíneos como de los linfáticos.^(5,20)
- **Herpes simple.** Es un virus de la familia de los herpes virus, que se puede presentar como un ramillete de pequeñas úlceras coalescentes, localizadas unilateralmente en el paladar, encía o labio.^(2,5,20)
- **Cándida pseudomembranosa.** Es de origen micótico, son los más frecuentes y se caracteriza por presentar grumos o placas algodonosas blancas o blanco-amarillentas de consistencia blanda o gelatinosa y que se pueden eliminar por raspado.^(6,20,21)
- **Gingivitis ulcero necrotizante.** Se diferencia de la gingivitis por una destrucción rápida y progresiva de una o más papilas interdetales, con ulceración, cráteres, necrosis, presentando como una cubierta de exudado fibrinoso sin pérdida ósea, sin pérdida de inserción y con fuerte halitosis.^(1,5,20)

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Internacionales

García R. y col. (Cuba - 2011) en su estudio titulado, **“Asociación de manifestaciones bucales con marcadores de seguimiento en personas con VIH atendidos en el Centro de atención integral al sero-positivo “Dr. Ismael Triana Torres”**, Se realizó un estudio retrospectivo, no experimental con el propósito de determinar la existencia de una asociación entre las manifestaciones orales y el estado inmunológico en personas con VIH en la provincia de Matanzas en Cuba. La muestra estuvo constituida por 135 pacientes entre ellos 13.33% fueron mujeres y el 86.67% varones, el 38,64% de los pacientes ha sufrido gingivitis, el 19,06% presento periodontitis, el 5% presento Candidiasis bucal, 1% presento leucoplasia, en relación a los marcadores de seguimiento las manifestaciones bucales en el grupo de más de 500 células/mm³ fue 38.80%, mientras que en el grupo de rango de 499 hasta 200 células/mm³ fue 69,92% y en el grupo de menores a 200 células/mm³ fue de 75%. En relación a los valores de la Carga Viral y la presencia/ausencia de manifestaciones bucales, en la medida que la Carga Viral aumenta a partir de 50 000 copias/mm³, la probabilidad de presentar manifestaciones bucales es mayor. ⁽⁷⁾ Llegando a la conclusión que en la medida en que disminuyó el conteo de linfocitos CD4 y aumentó la Carga Viral se incrementó la probabilidad de aparición de manifestaciones bucales.

GONZÁLES E. y col. (Paraguay - 2010) en su estudio titulado, **“Estudio observacional descriptivo de las lesiones orales presentes en pacientes con VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en las fases intermedia / crónica y final / crisis de la enfermedad”**, se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal, con el propósito de identificar y cuantificar la lesiones orales presentes en pacientes con VIH/SIDA en pacientes ambulatorios e internados, que participan del Programa Nacional de lucha contra el SIDA conocido como PRONASIDA de la República de Paraguay. La muestra estuvo constituida por un total de 30 pacientes, el 23.4% fueron mujeres y 76.6% varones. Según este estudio las lesiones bucales más frecuentes registradas fueron: un 70% Candidiasis, 13% lesiones

herpéticas y el 10% queilitis angular. ⁽²¹⁾ Llegando a la conclusión que la *Cándida Albicans* se encuentra en mayor porcentaje afectando principalmente las áreas de la lengua y paladar.

DÁVILA E. y col. (Venezuela - 2009) en su estudio titulado, “**Diagnostico bucal de las personas que viven con VIH/SIDA**”, se realizó un estudio descriptivo, con el propósito de diagnosticar las patologías orales más frecuentes en las personas que viven con VIH e identificar aspectos odontológicos generales de importancia en pacientes que están registrados en el programa PRONASIDA-Lara en Venezuela. La muestra estuvo constituida por un total de 74 pacientes entre ellos 46% fueron mujeres y el 54% varones, el 50% de los pacientes ha sufrido candidiasis bucal, el 28.4% presento queilitis angular, el 14.8% presento herpes simple y el 79.7% signos gingivales. ⁽²⁾ Llegando a la conclusión que los signos gingivales se encuentra en mayor porcentaje.

PINZON M. y col. (Colombia - 2008) en su estudio titulado, “**Prevalencia y factores relacionados con la presencia de manifestaciones orales en pacientes con VIH/SIDA, Cali, Colombia**”, se realizó un estudio descriptivo, transversal, con el propósito de determinar la prevalencia y factores relacionados con la presencia de manifestaciones orales en pacientes con VIH/SIDA. La muestra estuvo constituida por un total de 319 pacientes, se observó la prevalencia de manifestaciones orales en un 77.1%, la manifestación oral más frecuente fue la de origen micótico en un 35.7%, seguida de origen bacteriano en un 34.2%, de origen viral en un 16.6% y las neoplasias 3.8%. ⁽³⁾ Llegando a la conclusión de que el 77.1% de los pacientes presentaron alguna manifestación oral.

VELÁSQUEZ C. (Guatemala - 2006) en su estudio titulado, “**Relación de la frecuencia de manifestaciones bucales asociadas a pacientes VIH/SIDA que están dentro del programa de terapia antirretroviral comparados con pacientes VIH/SIDA que no están dentro del programa de terapia antirretroviral, atendidos en el Proyecto Vida de Coatepeque, Quetzaltenango**”, se realizó un estudio descriptivo, observacional, con el propósito de investigar la relación de la frecuencia de manifestaciones bucales asociadas a pacientes VIH/SIDA. La muestra estuvo constituida por 150 pacientes dividida en dos grupos, 75 pacientes que tenían terapia antirretroviral y 75 que no tenían terapia antirretroviral. Las manifestaciones orales se presentaron de la siguiente manera: en pacientes sin terapia antirretroviral la *cándida*

pseudomembranosa se halla en un 8%, 7% leucoplasia vellosa, 12% gingivitis y periodontitis en un 32%. En los pacientes con terapia antirretroviral se encontró la candidiasis eritematosa en un 4%, 40% gingivitis y periodontitis en un 28%.⁽²²⁾ Llegando a la conclusión que hay una disminución de las manifestaciones orales con la administración de la terapia antirretroviral.

Nacionales

GARIBAY R. (Perú - 2007) en su estudio titulado, **“Manifestaciones estomatológicas en pacientes VIH/SIDA”**, se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, con el propósito de identificar la frecuencia de lesiones orales y la ubicación de estas en pacientes VIH/SIDA de acuerdo a la edad y al sexo. La muestra estuvo constituida por un total de 128 pacientes pertenecientes al programa preventivo promocional control ETS/VIH-SIDA del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), 74 pertenecían al sexo masculino mientras que 54 pertenecían al sexo femenino, el 29.7% presentó candidiasis pseudomembranosa, el 10.1% presentó candidiasis eritematosa, el 10.1% presentó queilitis angular y el 7% presentó leucoplasia oral vellosa.⁽⁴⁾ Concluyendo que el 53.1% de los pacientes presentaron alguna manifestación oral en el momento del examen, siendo un alto porcentaje para los pacientes dentro del programa preventivo promocional control ETS/VIH-SIDA.

Locales

MEZA L. y col. (Cusco, Perú - 2011) en su estudio titulado, **“Riesgos asociados a infecciones oportunistas en pacientes con VIH-SIDA en el CERITSS, Hospital Antonio Lorena, Cusco 2005 - 2010”**, se realizó un estudio analítico retrospectivo de casos y controles en el CERITSS del Hospital Antonio Lorena del Cusco entre el 2005 y 2010, la muestra estuvo constituida por 33 casos y 33 controles, el 68.5% pertenecían al sexo masculino mientras que el 31.5% pertenecían al sexo femenino, la prevalencia total de infecciones oportunistas fue de 44% de las cuales el 39.4% fueron por tuberculosis, seguido de la candidiasis oral en un 15.3%.⁽²³⁾ Concluyendo que los riesgos biológicos están directamente asociados con las infecciones oportunistas, mientras que los riesgos de hábitos nocivos como el consumo de alcohol, tabaco y drogas no tienen una asociación estadísticamente significativa.

2. 2 BASES TEORICAS:

2.2.1 Etiología

El VIH/SIDA ha ido diversificándose en humanos a causa de sus elevadas tasas de mutación y recombinación, lo que ha dado lugar a una compleja filogenia que va enriqueciéndose progresivamente a medida que se caracterizan nuevos aislamientos provenientes de varias partes del mundo. ⁽²⁴⁾

El VIH presenta dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2, siendo el VIH-1 que engloba más del 97% de las infecciones en todo el mundo. ⁽²⁴⁾

El VIH-2 comparte las formas básicas de transmisión del VIH-1, en la distribución de grupos de alto riesgo y las manifestaciones clínicas, sin embargo, su transmisibilidad y patogenicidad son más bajas. ⁽²⁵⁾

Así tenemos que las tasas de transmisión perianal son 0-1% para el VIH-2 mientras que para el VIH-1 son entre el 14-52%, así mismo, la transmisión sexual es menos efectiva para el VIH-2, siendo la probabilidad de transmisión por acto sexual de hombre infectado a una mujer seronegativa de 5-9 veces menor para el VIH-2 que para el VIH-1. ⁽²⁵⁾

En su mayoría, los médicos expresaron que el virus constituía una condición necesaria pero no suficiente para la producción y desencadenamiento de la infección-enfermedad e introdujeron variables del ambiente y el huésped. ⁽²⁶⁾

A la consideración del papel causal central del virus añadieron factores, que actuaban tanto en la infección como en el proceso de depresión de la inmunidad. Así, incluyeron: ⁽²⁶⁾

- Factores biológicos.
- Factores del ambiente.
- Factores psicológicos.
- Factores sociales.

2.2.2 Aspectos epidemiológicos

El VIH/SIDA en el Perú y el mundo. La incidencia mundial de VIH/SIDA es muy elevada para el año 2012, teniendo a Sudáfrica con 5,600,000 seguida de Nigeria con 3,300,000 habitantes infectados con VIH/SIDA, los Estados Unidos con 1,200,000 habitantes infectados con VIH/SIDA y el Perú con 75,000 habitantes infectados con VIH/SIDA.⁽²⁷⁾

Según datos del Ministerio de Sanidad, en España hay un total de 125.000 portadores, para el año 2011 fueron diagnosticados 2.336 casos de SIDA, lo que supone una reducción del 12% respecto al año 2000.⁽²⁸⁾

La epidemia en el Perú es concentrada, según los resultados de las vigilancias realizadas en el Perú en este grupo poblacional, el año 2002 la incidencia fue 8.3 casos nuevos por cada 100 personas/año, el año 2006 fue de 3.1 casos nuevos por cada 100 personas/año y el año 2011 5.2 casos nuevos por cada 100 personas/año.⁽²⁹⁾

El VIH en el Perú está referida a la detención e inicio de la reducción de la propagación del VIH/SIDA para el año 2015; se propone lograr para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten, de acuerdo a la estimación del Ministerio de Salud (MINSA).⁽³⁰⁾

A partir del año 1983 al 2012 se han diagnosticado 29419 casos de SIDA y 47652 casos de VIH, a abril del 2010 el MINSA ha registrado en el Cusco 213 casos de VIH 158 de SIDA y para Agosto del 2012 tenemos 18 casos nuevos infectados con VIH y 3 casos nuevos con SIDA.^(31, 32)

De acuerdo al sistema nacional de notificación, en el año 2011 se notificaron 2895 nuevos casos de VIH y 1051 casos de sida, a partir del cual comenzó a descender sostenidamente.⁽²⁹⁾

El mayor número de casos de sida registrados entre 1983 y 2011 se presentan en Lima y Callao en un 73%, ciudades que a su vez representan el 34.1% de la población nacional.⁽²⁹⁾

El principal modo de transmisión es por la vía sexual; las relaciones sexuales no protegidas son la más importante forma de exposición al VIH en el Perú, la principal vía de transmisión es sexual 97%, madre a hijo 2% y parenteral 1%.⁽³³⁾

2.2.3 Clasificación taxonómica del VIH

Estos virus pertenecen a la familia retroviridae, reciben el nombre de retrovirus debido a que poseen una enzima llamada transcriptasa reversa (RT).^(25,34)

La familia retroviridae comprende dos subfamilias:^(25,34)

- I. **Oncoviridae**, caracterizada por inducir transformación maligna de las células infectadas y en la cual están comprendidos el HTLV-I y II.^(25,34)
- II. **Lentiviridae**, capacidad de replicarse sin necesidad de destruir a la célula y además poder producir efecto citopático en la célula huésped, donde se encuentra el VIH anteriormente llamado HTLV-III.^(25,34)

2.2.4 Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), es un virus que ataca el sistema inmunológico, con el tiempo el virus afecta el sistema inmunológico dejándolo vulnerable a muchas infecciones y formas de cáncer.^(16,35)

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es la etapa final de la infección con VIH.^(16,25) significa que el sistema inmunológico está seriamente afectado, a menudo la persona ya ha sido diagnosticada con una infección que amenaza la vida o con un cáncer en desarrollo.⁽³⁵⁾

Además, a diferencia de otros Lentivirus, el VIH presenta una especial capacidad para infectar los linfocitos CD4. A diferencia de los macrófagos, en los linfocitos el VIH se replica con una cinética muy agresiva, lo que provoca una profunda inmunosupresión celular secundaria a la destrucción de los linfocitos CD4 y a la interferencia con los mecanismos de regeneración y activación linfocitaria.⁽¹⁶⁾

Se trata de un retrovirus, un organismo cuyo material genético está contenido en una molécula de ARN en lugar de ADN pertenece a la subfamilia de lentivirus.⁽²²⁾

El VIH-1 es un virus que contiene en su estructura interna el genoma constituido por ácidos nucleicos virales contenidos en una cadena simple de ARN y algunas enzimas requeridas en los eventos iniciales de la introducción a la célula humana y replicación.⁽²⁵⁾

Normalmente la información genética pasa de un sistema de ADN hacia un sistema ARN para ser llevada al citoplasma y sintetizar las proteínas necesarias, la RT en cambio fabrica una copia de ADN a partir de una cadena simple de ARN en contra del flujo normal mencionado.^(25,34)

La característica más importante de este virus es la riqueza de genes y proteínas reguladoras, que condicionarán la complejidad de la interacción virus-célula.⁽²²⁾

a) Estructuras morfológicas

El VIH es una partícula esférica con un diámetro de 80 a 110 nanómetros^(22,34,36) y contiene tres capas:⁽³⁶⁾

- **Envoltura viral (membrana lipídica)**, que rodea al virus, contiene las glicoproteínas gp120 en la capa externa y gp41 en la membrana lipídica, las glicoproteínas se unen a receptores celulares en el huésped.^(22,36,37)
- **Cápside viral**, que rodea el material genético, está compuesto por la proteína p24, dentro de la cápside se encuentra el material genético.⁽³⁷⁾
- **Nucleoide**, donde se encuentra el material genético (ARN), compuesto por 9 genes que codifican 15 proteínas (p24 y p18)^(36,37) y enzimas enzima transcriptasa reversa, integrasa y proteasa.^(22,36)

b) Diagnóstico

Aunque la clínica de esta enfermedad es fundamental, lo cierto es que el diagnóstico definitivo exige métodos de laboratorio.^(16,22)

El diagnóstico de infección por VIH requiere que se tenga un resultado positivo en una prueba confirmatoria (inmunofluorescencia indirecta, Western Blot) o en pruebas de antígeno para VIH.⁽³⁷⁾ Las pruebas se clasifican en dos:

- **Métodos directos**, es el cultivo viral, detección antígeno p24, técnicas moleculares: incluyen la reacción en cadena de polimerasa (PCR), el ADN ramificado (bADN) y la amplificación basada en la transcripción.⁽³⁷⁾

- **Métodos indirectas**, utilizan la detección de anticuerpos específicos contra el VIH ^(34,37) existen pruebas de tamizaje, caracterizada por tener mayor sensibilidad, y pruebas de confirmación caracterizada por tener mayor especificidad. ⁽³⁷⁾
 - **Pruebas de tamizaje, Enzimoimmuno análisis, TEST de ELIZA-VIH 4° generación**, utiliza antígenos específicos para VIH-1 y VIH-2 ^(25,37) obtenidos por recombinación genética o síntesis y anticuerpos contra el antígeno p24. ⁽³⁷⁾
 - **Prueba de confirmación o suplementarias**, se caracteriza por tener alta especificidad, incluyen el Western Blot (WB), la inmunofluorescencia indirecta (IFI) ^(25,37) y la radioinmunoprecipitación (RIPA). ⁽³⁷⁾

Según los criterios de la OMS, la positividad en el WB para VIH-1 requiere la presencia de al menos 2 bandas de la envoltura, la negatividad resulta de la ausencia de bandas y los restantes patrones se consideran indeterminados. ⁽¹⁶⁾

Cuando ambas pruebas se realizan secuencialmente se obtiene mayor sensibilidad y especificidad. ^(25,34,37)

c) Patogénesis de la infección por VIH

- **Enlace y fusión**, empieza su ciclo de vida cuando liga a un receptor CD4 y a uno de los co-receptores del linfocito CD4 (huésped) ^(37,38,39) a través de la gp120, y a un receptor de quimoquinas (CCR5 Y CXCR4), a través de la gp41. ⁽³⁷⁾
La unión del virus con los co-receptores de quimoquinas causa la fusión de la envoltura viral con la membrana celular del huésped. ⁽³⁷⁾
- **Penetración**, después de la fusión, el virus libera el ARN, su material genético, dentro de la célula huésped. ^(38,39)
- **Transcripción viral**, la enzima transcriptasa reversa hace un "Reflejo opuesto" de los hilos de ARN virales para crear cadenas dobles de ADN virales para crear cadenas dobles de ADN. ^(38,39)

- **Integración**, el nuevo ADN del VIH que se forma entra al núcleo de la célula huésped, donde una enzima del VIH llamada integrasa esconde el ADN vírico dentro del propio ADN de la célula anfitriona. El ADN del VIH integrado se llama provirus. El provirus puede permanecer inactivo por varios años sin producir nuevas copias del VIH o produciendo muy pocas. ^(38,39)
- **Transcripción**, cuando la célula infectada se divide el provirus usa una enzima del huésped llamada polimerasa del ARN, y se forman cadenas largas de proteínas para crear copias del material genómico del VIH. ^(38,39)
- **Ensamble**, la enzima del VIH llamada proteasa divide las cadenas largas de proteínas del VIH en pequeñas proteínas individuales. A medida que las proteínas pequeñas del VIH se unen a las copias del material genético del ARN del VIH, se ensambla una nueva partícula del virus. ^(38,39)
- **Brote y gemación**, un virus inmaduro brota de la célula, trayendo consigo parte de la membrana celular. La enzima de proteasa empieza a procesar las proteínas en el virus inmaduro. ⁽³⁹⁾

Durante la gemación, el nuevo virus acapara parte de la envoltura exterior de la célula. A esta envoltura que actúa como recubrimiento le brotan combinaciones de proteína y azúcar conocidas como glucoproteínas del VIH. Estas glucoproteínas del VIH son necesarias para que el virus se ligue al CD4 y a los co-receptores. Las nuevas copias del VIH pueden ahora pasar a infectar a otras células. ⁽³⁸⁾

- **Maduración**, la enzima de proteasa acaba de cortar las cadenas combinadas de proteína del VIH en proteínas individuales. Estas se combinan para formar el centro del virus y un virus nuevo funcional. ⁽³⁹⁾

d) Formas de transmisión del VIH

El VIH se transmite por medio de contactos homosexuales y heterosexuales, con la sangre y los hemoderivados, por contagio de la madre infectada a su hijo durante el parto o el periodo perinatal a través de la leche materna. ⁽⁴⁰⁾

e) Síntomas

Los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de contraer el virus. ^(39,40) Sin embargo, algunas desarrollan el síndrome retroviral agudo durante la seroconversión que causa: ^(41,42,43)

- Fiebre.
- Erupciones.
- Dolor articular.
- Inflamación de los nódulos linfáticos.

La seroconversión alude al desarrollo de anticuerpos contra el VIH y generalmente tiene lugar entre la primera y la sexta semana tras la infección. ⁽⁴³⁾

Una persona infectada por el VIH, independientemente de que tenga o no síntomas iniciales, es altamente contagiosa durante este periodo inicial. ^(43,44)

Una vez que el VIH ha provocado un deterioro progresivo del sistema inmunitario, la vulnerabilidad ante diferentes infecciones puede hacer visibles los síntomas. ^(43,44)

El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la OMS en función de diversos indicios, síntomas, infecciones y cánceres. ⁽⁴³⁾

Infección primaria por el VIH, puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo. ⁽⁴³⁾

- **Etapla clínica I (indicios):** asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos. ⁽⁴³⁾
- **Etapla clínica II (síntomas):** pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas. ⁽⁴³⁾
- **Etapla clínica III (infecciones):** diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplasia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. ⁽⁴³⁾
- **Etapla clínica IV (cánceres):** incluye 23 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen sida. ⁽⁴³⁾

f) Tratamiento

El ciclo de vida del VIH es muy corto (su vida media es alrededor de seis horas en la persona infectada), presenta una rápida replicación y mutación, por lo que rápidamente se vuelve resistente a las terapias simples.⁽³⁷⁾

La inclusión de fármacos y su combinación con los anteriores dio lugar a lo que hoy conocemos como terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) o en inglés; Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART).⁽³⁷⁾

• Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

La base del tratamiento reside en el empleo de una combinación de fármacos que atacan en diferentes etapas del ciclo de reproducción viral o diferentes aspectos del mismo, generando una inhibición más eficaz del proceso viral y su replicación.⁽⁴⁵⁾ Este tratamiento está formado, fundamentalmente, por una combinación de fármacos que se engloban dentro de los antirretrovirales.⁽⁴⁵⁾

- Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleótidos (ITIAN).
- Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleótidos (ITINAN).
- Inhibidores de la proteasa (IP).
- Inhibidores de la fusión (IF).
- Antagonistas de los receptores CCR5.
- Inhibidores de la integrasa.

El uso combinado de estos fármacos en las fases iniciales de la infección, cuando la carga viral es escasa, hace que el tratamiento sea más eficaz.⁽⁴⁵⁾

g) Marcadores biológicos

Muchos signos y síntomas clínicos han sido identificados como predictores de que la enfermedad está en proceso.⁽²⁵⁾

Si bien los marcadores clínicos proporcionan información interesante sobre la progresión de la enfermedad, son los marcadores de laboratorio los que tienen mejor poder predictivo.⁽²⁵⁾

Los principales marcadores biológicos de respuesta a la terapia, son el incremento de la carga viral plasmática y la reducción del recuento de linfocitos CD4. ⁽²²⁾

- **Recuento de linfocitos**

Los linfocitos son células responsables de la respuesta inmune adquirida o específica, se originan en la médula ósea, se subdividen en dos grupos principales, los linfocitos B que al salir de la médula tienen total capacidad funcional y los linfocitos pre-T que necesitan migrar al timo para madurar, ambos luego van a los ganglios linfáticos, bazo y acúmulos linfoides para recibir la información de la función de defensa que deben cumplir. ^(18,19)

La respuesta inmune celular constituye uno de los sistemas más dinámicos y articulados, encaminados a proteger al hospedero de patógenos que superen las barreras y los mecanismos de defensa de la inmunidad innata y a eliminar o reprimir clones auto reactivos para evitar el desarrollo de respuestas autoinmunes. Esta mediada por la acción directa de los linfocitos T, que maduran en el timo y que actúan directamente o por medios de citoquinas. ^(18,19)

A lo largo de la evolución, la inmunidad celular ha desarrollado características importantes como: ^(18,19)

- **Selectividad**, capacidad para discriminar entre lo extraño y lo propio.
- **Especificidad**, para el reconocimiento de diferentes antígenos.
- **Capacidad de enseñar**, a otras células como mejorar su capacidad de ataque.
- **Autorregulación**, para que su efecto no se prolongue mas de lo necesario.
- **Desarrollo de memoria**, para guardar información sobre los mecanismos de defensa desarrollados ante el primer encuentro con un determinado Ag para implementarlos rápidamente ante un eventual reingreso del mismo Ag.

Un nivel menor de linfocitos CD4, ya sea número absoluto o porcentaje, ha sido el marcador de laboratorio que mejor ha correlacionado con la progresión de la enfermedad. ⁽²⁵⁾

Según la clasificación de la OMS/1993, establece criterios pronósticos y evolutivos, clasificando a los pacientes infectados por estadios, teniendo en cuenta parámetros clínicos y biológicos de gran importancia, como el recuento

de linfocitos CD4, estas variables se han demostrado de gran utilidad para predecir la aparición de procesos oportunistas, lo que significa la posibilidad de aplicación de protocolos de profilaxis primaria. ^(8,16,42)

Así se han clasificado en tres grupos o categorías, denominados A, B y C, que responden a la presencia o no de procesos oportunistas en el paciente y otros tres denominados 1, 2 y 3, que atienden a la cifra de los linfocitos T CD4, con ello se ha pretendido valorar el sistema inmunitario del paciente. ⁽⁴²⁾

El CDC ha establecido el siguiente sistema de clasificación para la infección por VIH en adultos y adolescentes mayores de 13 años de edad, los criterios más puntuales para definir los linfocitos totales, linfocitos CD4 y los estadios clínicos se detallan en la siguiente tabla. ^(11,37)

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA CDC PARA INFECCIÓN DE VIH EN ADULTOS Y ADOLESCENTES MAYORES DE 13 AÑOS DE EDAD			
Categorías de laboratorio	Categorías clínicas		
Linfocitos T CD4	A	B	C
	Asintomáticos, infección aguda por VIH, o LGP	Sintomáticos, sin condiciones de Categoría C	Condiciones indicadoras de SIDA
1. 500 cel/ml o más	A 1	B 1	C 1
2. 200 a 499 cel /ml	A 2	B 2	C 2
3. < 200 cel/ml	A 3	B 3	C 3

* CDC Centers for Disease Control and Prevention.

De acuerdo a esta clasificación, las personas con condiciones indicadoras de SIDA consideradas en la categoría C y aquellas con recuento de linfocitos CD4 menores de 200 cel/mm³ de la categoría A y B, son consideradas como casos de SIDA (área sombreada).⁽¹¹⁾

- **Carga viral**

La carga viral medida mediante la cuantificación de RNA plasmático, se utiliza para medir la progresión de la enfermedad y respuesta al tratamiento antirretroviral. ^(8,22)

La carga viral mide, generalmente, la cantidad de copias de VIH (RNA viral) que la persona infectada tiene circulando en la sangre. ⁽⁸⁾

Se considera uno de los principales indicadores de magnitud, progresión y/o evolución de inmunosupresión indicador VIH/SIDA, independiente de la cantidad de linfocitos CD4, terapia antirretroviral y tiempo de consumo de la misma. ⁽³⁾

La determinación de la carga viral debe realizarse como mínimo a los 6 meses de haberse iniciado la terapia con antirretrovirales y posteriormente cada 6 meses para comprobar que se mantiene el valor de menos de 50 copias /ml. ⁽²²⁾

Ofrece la posibilidad de controlar la respuesta inicial a la terapia establecida y los cambios de esta durante el seguimiento de la misma, permitiéndoles a los clínicos individualizar y optimizar cada terapia según las necesidades de los pacientes. ⁽²²⁾

La siguiente tabla presenta el porcentaje de pacientes que progresan a SIDA en relación a la carga viral. ⁽²²⁾

Carga viral (copias ARN/ml)	% de pacientes que progresan a SIDA
Menos de 500 copias/ml	0.9
501-3000 copias/ml	6.3
3,001-10,000 copias/ml	18.1
10,001-30,000 copias/ml	34.9
Mayor de 30,000 copias/ml	69.5

Es importante mencionar que cuantificaciones sucesivas de carga viral y de CD4 que muestren una tendencia progresiva y desfavorable son indicativas de fracaso terapéutico. ⁽²²⁾

2.2.5 Manifestaciones orales en pacientes con infección por VIH

En algún momento del proceso en nueve de cada diez pacientes van a aparecer manifestaciones orales y en algunas ocasiones estas manifestaciones van a ser el primer signo de la enfermedad es fundamental que los profesionales de la salud oral conozcan sus características. ⁽⁵⁾ Por lo que su identificación temprana, el mantenimiento de una adecuada higiene bucal y la visita periódica al Cirujano Dentista, son tres de los elementos más importantes en la prevención. ^(2,21)

Existe una alteración del sistema inmunológico cuyo principal dato es una progresiva disminución de los linfocitos CD4. ⁽⁵⁾ Las que pueden ser indicadores de la infección por VIH y ser predictores de progresión de VIH a SIDA e indicadores de la falta de tratamiento. ⁽³⁾ Lo cual facilita la aparición de infecciones oportunistas y el desarrollo de procesos neoplásicos, que pueden llevar al paciente a un estado

conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y a la muerte. ⁽⁵⁾
Considerando el factor de inmunosupresión bajo el cual se encuentran, merecen y requieren un manejo especial. ⁽²¹⁾

La salud bucal de las personas que viven con VIH/SIDA juega un papel importante ya que el diagnóstico de las manifestaciones orales en los primeros estadios de la enfermedad forman una parte importante y son componentes indicativos de su progresión, permitiendo una mejor prevención, control y tratamiento. ^(2,3,4,5)

Las manifestaciones orales son diversas, ^(3,4) pueden generar cambios en la apariencia facial, dificultad para hablar, disfagia, dolor y molestias que puede alterar seriamente el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes. ⁽³⁾

Entre los factores que facilitan la aparición de manifestaciones orales se encuentran: un recuento de linfocitos CD4 menor de 200 cél /mm³ y una carga viral mayor de 10.000 copias/ml. ⁽⁵⁾

2.2.5.1 Infecciones orales

La presencia de microorganismos en la cavidad bucal es un factor de riesgo para la aparición de infecciones oportunistas, agravado por una higiene bucal deficiente y un estado inmunitario disminuido por la inmunosupresión. ⁽³⁾

En su mayoría las infecciones orales son de origen micótico ^(3,4,5,22,23) seguido de origen bacteriano, virales, neoplásicas. ^(3,4)

2.2.5.2 Clasificación y diagnóstico para las lesiones orales infección por VIH. (EEC- Clearinghouse 1993)

2.2.5.2.1 Lesiones orales fuertemente asociadas en la infección VIH

I. Infecciones fúngicas asociadas

a) Cándida pseudomembranosa: es la forma más clásica en individuos infectados por el VIH/SIDA y significativamente más frecuentes ^(2,3,4,5,25) en pacientes con linfocitos CD4 con niveles inferiores a 200 cel/mm³. ^(5,43,44)

Clínicamente se caracteriza por presentar grumos o placas algodonosas blancas o blanco-amarillentas ^(5,20,25) de consistencia blanda o gelatinosa y

que se pueden eliminar por raspado, dejando un área eritematosa en ocasiones dolorosa. ^(5,25,43,44)

Los grumos pueden aparecer en cualquier localización oral, siendo más comunes en la mucosa yugal, paladar, orofaringe y márgenes linguales, ^(4,5,20,21,43) las formas crónicas situadas en zonas posteriores como paladar blando, pilares amigdalinos o zonas retromolares, son difíciles de erradicar y pueden acompañarse de dolor, ardor o disfagia. ^(5,21,44,45,46)

b) Cándida eritematosa: es la forma clínica más común entre individuos con VIH positivo, siendo común en los estadios iniciales de la infección por VIH, con recuentos de CD4 superiores a 200 cel/mm³. ^(3,5,20,44,45)

La diferencia del anterior clínicamente se observan áreas eritematosas, principalmente en el dorso de la lengua y paladar duro, ^(5,20,21) blando y mucosa bucal. ⁽²⁰⁾

c) Queilitis angular: en pacientes VIH, representa la tercera forma de más común de candidiasis, suele ser crónica o recidivante. ^(2,3,5,44,45)

Es una patología labial que muestra una zona eritematosa localizada en las comisuras labiales, ^(5,20,43) en la zona de transición de la piel a la mucosa labial ^(20,44,46) con aparición de grietas o fisuras eritematosas acompañadas en ocasiones por ardor, quemazón ^(5,20,21) y formación de costras ^(5,21) generalmente es bilateral. ^(5,44,46)

II. Infecciones virales asociadas

a) Leucoplasia oral vellosa (LOV): representa una infección oportunista relacionada con el virus de Epstein-Barr y se presenta de un modo especial en los pacientes infectados por el VIH. ^(5,20) Además, parece existir una correlación entre su prevalencia y el descenso de los linfocitos CD4. ^(3,4,5,45,46)

Se manifiesta clínicamente como una lesión blanca que muestra prolongaciones papilares o filiformes con aspecto vellosa, que no se desprende con el raspado, situada bilateralmente en los márgenes linguales

y ocasionalmente en otras localizaciones^(5,20) como la mucosa bucal, mucosa labial, piso de boca, paladar blando y la faringe.^(20,45,46)

Por lo que se conoce hasta el momento, no es una lesión pre maligna. Los tratamientos con antivíricos, y la remoción quirúrgica no consiguen eliminar definitivamente la lesión, que tiende a recidivar en la mayoría de los casos.^(5,45,46)

Su presencia tiene un elevado interés pronóstico, ya que el 10% de los individuos con LOV padece SIDA en el momento del diagnóstico y el 20% padecerá SIDA en los siguientes 8 meses tras el diagnóstico.^(5,45,46)

Existen algunos casos en que la etiología de la leucoplasia es desconocida. Estos casos suponen entre un 4.2% y un 26% y se conocen como leucoplasias idiopáticas, parece ser que el virus de Epstein-barres el agente causal de la leucoplasia oral vellosa.^(46,53)

El consumo de tabaco es el factor predisponente más común en el desarrollo de leucoplasias orales, aunque una pequeña proporción de ellas no se asocian con una causa conocida.^(45,45,53)

III. Neoplasias asociadas

a) **Sarcoma de Kaposi (SK):** es la neoplasia maligna más frecuentemente asociada a la infección por el VIH. La incidencia del SK oral en pacientes con SIDA al principio alcanzaba hasta un tercio de los enfermos.^(3,5,43)

Clínicamente, el SK oral asociado al VIH tiene diferentes formas clínicas, comúnmente es una mácula o una tumoración roja o violácea, única o múltiple, que crece con rapidez, pudiendo alcanzar un gran tamaño^(5,20) donde hay una proliferación multifocal de pequeños vasos y del lecho endotelial o angiotelio, tanto de los vasos sanguíneos como de los linfáticos.^(20,44,46)

Su localización más habitual es el paladar, seguido de la encía, la lengua y la orofaringe.^(5,20,21) Generalmente es asintomático, aunque en ocasiones se ulcera, se sobre infecta y se vuelve doloroso.^(5,20,46)

Cuando se diagnostica el SK en un paciente tiene connotaciones pronosticas negativas ya que es indicativo de inmunosupresión profunda.^(5,43,45)

En general podemos referir tres causas de SK: el VHH-8, la inmunosupresión y la iatrogenia.⁽⁵⁴⁾

- **Virus VHH8:** es un gamma herpes virus, DNA implicado en la patogenia del sarcoma de Kaposi, tanto es así que también recibe nombre de virus herpes asociado a sarcoma de Kaposi. Es un virus oncogénico. Se integra en el DNA celular y tiene diferentes efectos que promueven la producción de tumor.⁽⁵⁴⁾
 - **Sarcoma de Kaposi iatrogénico:** este tipo de sarcoma de Kaposi se presenta en pacientes con sistema inmune comprometido por los tratamientos que reciben.⁽⁵⁴⁾
 - **La inmunosupresión:** se han descrito casos en pacientes con enfermedades autoinmunes ya sea por su enfermedad de base.⁽⁵⁴⁾
- b) **Linfomas no Hodking:** los linfomas orales más frecuentemente asociados al VIH son linfomas no Hodgkin y precisan un tratamiento antineoplásico agresivo, ⁽¹⁾ los linfomas son otras neoplasias asociadas al VIH que en ocasiones se localizan en la cavidad bucal.^(5,20,44,46)

Se presentan como masas firmes o como lesiones ulceradas amplias, persistentes, generalmente indoloras, en paladar o encía, su diagnóstico se establece mediante el estudio histológico.^(5,44,45,46)

El linfoma se origina cuando las células B o T del sistema linfático cambian y crecen sin control, lo que puede formar un tumor, la causa de los LNH es desconocida, pero se ha demostrado el papel favorecedor de la inmunodepresión, algunos patógenos (virales o bacterianos) y factores ambientales (pesticidas).^(55,56)

IV. Infecciones bacterianas asociadas

- a) **Eritema lineal gingival:** clínicamente se observa como una banda característica de 2-3mm de ancho en la encía libre y en los márgenes interproximales ^(1,3,5,20,21) de un intenso eritema marginal gingival frecuente acompañado por lesiones rojas difusas o lesiones parecidas a petequias que se extienden apicalmente a las encías y a la mucosa alveolar ^(1,44,45,46,47) ocasionalmente acompañada de sangrado y molestias. ^(5,45,46)

El eritema puede estar localizado o generalizado y aparece en forma desproporcionada a la cantidad de placa supra gingival presente ⁽¹⁾ y no remite con el control de higiene y remoción de placa blanda. ^(20,44,46)

En el estudio microscópico existen pruebas de que la *Cándida Albicans* puede desempeñar un papel etiológico, la microbiología de este tipo de gingivitis incluye los siguientes gérmenes: *C. Albicans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Fusobacterium nucleatum* y *Campylobacter rectus*. ⁽⁵⁷⁾

- b) **Gingivitis ulcero necrotizante:** la GUN ha sido conocida con muchos nombres entre los que se mencionan: enfermedad de Vincent, gingivitis fusospiroquetal, boca de trincheras ⁽¹⁾ como también puede ser el primer signo de la infección por VIH. ^(1,3,43,45)

Clínicamente se observa la destrucción rápida y progresiva de una o más papilas interdentes, con ulceración, cráteres, necrosis ^(1,5,20) presentando como una cubierta de exudado fibrinoso ^(20,44,45) sin pérdida ósea, sin pérdida de inserción y con fuerte halitosis. ^(1,5,20,44,46,47)

Los signos y síntomas clínicos de esta patología generalmente se resuelven poco después de recibir un tratamiento adecuado el cual incluye antibiótico terapia, sin embargo existe riesgo de recurrencia de la enfermedad debido a la inmunosupresión presente en estos pacientes. ⁽¹⁾

La micro flora bacteriana más frecuente causantes de esta entidad nosológica que implica básicamente anaerobios como el *Aggregati bacteractinomycetemcomitans* y *Porphyromonas gingivalis* y otras menos frecuentes como *Prevotella intermedia*, *Treponema*, *Capnocytophaga*,

Bacteroides sp, Campylobacterrectus, Peptostreptococcus y Fusobacterium nucleatum. ^(51,57)

- c) **Periodontitis ulcero necrotizante:** los síntomas periodontales de la PUN usualmente se inician con una intensa gingivitis eritematosa, ^(1,51) que forma parte del espectro de las enfermedades periodontales en estos pacientes. ^(1,3)

Es una característica muy peculiar en pacientes infectados con el VIH, debido a que presentan frecuentemente un aumento en la manifestación de esta atípica enfermedad periodontal. ⁽¹⁾

La mayoría de los casos de PUN son localizados a uno a varios dientes, o puede ser multifocal, sin embargo, puede ser generalizado. La pérdida de la cresta alveolar se asocia con una necrosis marginal, siendo difícil la formación de bolsas, por el contrario, son frecuentes las exposiciones de hueso alveolar y de hueso interseptal. ^(1,3,5,20,45,47)

El dolor severo es la característica patognomónica, descrito generalmente como un dolor profundo, reflejo de la destrucción ósea, el cual puede preceder a la necrosis de las papilas. Una destrucción rápida del hueso alveolar puede ocurrir y debido a la necrosis concomitante y la recesión de los tejidos blandos la severa pérdida de inserción observada clínicamente no se acompaña con profundidad de las bolsas. ^(1,20)

En un estudio a la micro flora bacteriana se encontró una mayor proporción de bacteroides con diferentes especies, fusobacterias y Actynomyces en proporciones mayores, cuando se encuentra en una inmunosupresión severa se ha asociado con bacterias como Enterobacter, Klebsiella, Pseudomonas, Escherichiacoli, Staphylococcus, Enterococcus y hongos, básicamente Cándida, tanto albicans como no albicans. En las periodontitis ulcerativas necrotizantes, la microbiología predominante fueron los anaerobios. ^(57,58)

2.2.5.2.2 Lesiones orales menos asociados en la infección VIH

a) Herpes virus simple

Las manifestaciones clínicas de esta infección en los pacientes con VIH son comunes ^(2,5,23) y manifiestan un curso clínico muy agresivo, prolongado e

impredecible, en los que pueden aparecer lesiones en localizaciones poco habituales y tardan más en curar.⁽¹⁾

Tras la primo infección el virus se acantona en los ganglios nerviosos y eventualmente, dependiendo de diversos factores, provoca recurrencias a nivel oral, estas recurrencias pueden ser: ^(5,20,21,44,46)

Intraorales: presentándose como un ramillete de pequeñas úlceras coalescentes, localizadas unilateralmente en el paladar o en la encía.^(2,5,20,43)

Periorales o labiales: que es la forma más habitual, causando la aparición de una o varias vesículas labiales dolorosas, que se ulceran y tras recubrirse de una costra sanan. ^(2,3,5,20,43)

Aunque en algunos casos se manifiesta clínicamente como una gingivostomatitis herpética, en la que son características múltiples vesículas que se rompen dejando úlceras intensamente dolorosas que se acompañan de fiebre y malestar generalizado.^(5,21,43,46)

Generalmente en pacientes con niveles de linfocitos CD4 >200 cel/mm³, las úlceras llegan a cicatrizar en un periodo de 10 a 14 días.^(20,21,43,46)

- b) Virus herpes zoster:** el herpes zoster oro facial es el resultado de la reactivación del virus herpes varicela-zoster (VHVZ)⁽⁵⁾ causado generalmente por un estado de inmunosupresión.^(5,20,43,46)

Clínicamente se caracteriza por la aparición de grupos de vesículas, que posteriormente se ulceran, situadas a lo largo de la distribución de una rama nerviosa; generalmente es unilateral, con un periodo prodrómico.^(5,20,43,46)

Pueden coexistir lesiones intra orales y extra orales, las cuales son especialmente graves en pacientes infectados por el VIH, tras un periodo de tiempo variable el cuadro se resuelve, aunque puede dejar secuelas.^(5,43,46)

CAPITULO III

VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 VARIABLES

3.1.1 Variables implicadas

- Paciente VIH/SIDA.
- Manifestaciones orales.
- Niveles de linfocitos CD4.
- Niveles de carga viral.

3.1.2 Variables no implicadas

- Genero.

3.2 DEFINICION OPERACIONAL

VARIABLE IMPLICADA									
VARIABLE IMPLICADA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	NATURALEZA	FORMA DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL.
Paciente VIH /SIDA	Paciente que esta infectado con el virus de la inmunodeficiencia humana y esta seriamente alterado el sistema inmunológico.	Paciente VIH	Cualitativa	Indirecta	Nominal.	Diagnostico dado por los servicios encargados en los hospitales del MINSA, indicada en la historia clínica.	Instrumento de recolección de datos	Se expresara como: <ul style="list-style-type: none"> • Presente: cuando el paciente tenga el diagnóstico de VIH positivo en la historia clínica. • Ausente: cuando el paciente no tenga el diagnóstico de VIH positivo en la historia clínica. 	La variable Paciente VIH es de naturaleza cualitativa, se expresa como: presente, cuando el paciente tenga el diagnóstico de VIH positivo y ausente, cuando el paciente no tenga el diagnostico de VIH positivo en la historia clínica, la medición se realizará mediante la revisión de las historias clínicas el cual será consignado en el instrumento de recolección de datos.
		Paciente SIDA	Cualitativa	Indirecta	Nominal.	Diagnostico dado por los servicios encargados en los hospitales del MINSA, indicada en la historia clínica.		Se expresara como: <ul style="list-style-type: none"> • Presente: cuando el paciente tenga el diagnóstico de SIDA de acuerdo a los marcadores biológicos en la historia clínica. • Ausente: cuando el paciente no tenga el diagnostico de SIDA de acuerdo a los marcadores biológicos en la historia clínica. 	La variable Paciente SIDA es de naturaleza cualitativa, se expresa como: presente, cuando el paciente tenga el diagnóstico de SIDA de acuerdo a los marcadores biológicos y ausente, cuando el paciente no tenga el diagnostico de SIDA de acuerdo a los marcadores biológicos en la historia clínica, la medición se realizará mediante la revisión de las historias clínicas el cual será consignado en el instrumento de recolección de datos.

VARIABLE IMPLICADA									
VARIABLE IMPLICADA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	NATURALEZA	FORMA DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL.
Manifestaciones orales.	Constituye la presencia de manifestaciones orales que afecta la cavidad oral en pacientes VIH/SIDA.	Fúngicas	Cualitativa	Directa	Nominal	Son lesiones producidas por hongos que pueden ser placas blanco-amarillentas o blancas, zonas eritematosas o zonas fisuradas en la mucosa oral o labial.	Examen clínico oral y el instrumento de recolección de datos	Se expresa como: <ul style="list-style-type: none"> • Presente: Cuando al examen clínico la mucosa oral presenta placas blanco-amarillentas o blancas, zonas eritematosas o zonas fisuradas en la mucosa oral o labial. • Ausente: Cuando al examen clínico la mucosa oral no presenta ninguna de estas características. 	La variable manifestaciones orales fúngicas es de naturaleza cualitativa se expresara como: presente, cuando el paciente al examen clínico presenta placas blanco-amarillentas o blancas, zonas eritematosas o zonas fisuradas en la mucosa oral o labial y ausente, cuando el paciente al examen clínico no presenta ninguna de estas características, la medición se realizara mediante un examen clínico bucal que será consignado en el instrumento de recolección de datos.
		Bacterianas	Cualitativa	Directa	Nominal	Son lesiones producidas por bacterias que producen alteración del contorno, textura y color de la encía marginal y en ocasiones producen perdida de inserción periodontal.		Se expresa como: <ul style="list-style-type: none"> • Presente: Cuando al examen clínico existe una alteración del contorno, textura y color de la encía marginal. • Ausente: Cuando al examen clínico no presenta ninguna de estas características. 	La variable manifestaciones orales bacterianas es de naturaleza cualitativa se expresa como: presente, cuando al examen clínico existe una alteración del contorno, textura y color de la encía marginal y ausente, Cuando al examen clínico no presenta ninguna de estas características., la medición se realizara mediante un examen clínico bucal que será consignado en el instrumento de recolección de datos.
		Virales	Cualitativa	Directa	Nominal	Son infecciones producidas por virus, constituye lesiones que pueden ser periorales o intraorales y llegar a ulcerarse y asociado en algunos casos el recorrido de algún nervio.		Se expresa como: <ul style="list-style-type: none"> • Presente: Cuando al examen clínico presentan lesiones que pueden ser periorales o intraorales y pueden llegar a ulcerarse. • Ausente: Cuando al examen clínico no presenta ninguna de estas características. 	La variable manifestaciones orales virales es de naturaleza cualitativa se expresara como: presente, cuando al examen clínico presentan lesiones que pueden ser periorales o intraorales y pueden llegar a ulcerarse y ausente, cuando al examen clínico no presente ninguna de estas características, la medición se realizara mediante un examen clínico bucal que será consignado en el instrumento de recolección de datos.
Definición operacional: la variable manifestaciones orales cuyas dimensiones son: fúngicas, bacterianas y virales son de naturaleza cualitativa que serán medidas de forma directa a través el examen clínico oral, que se realizará a los pacientes VIH/SIDA en los hospitales del MINSA cuyos datos serán consignados en el instrumento de recolección de datos.									

VARIABLE IMPLICADA								
VARIABLE IMPLICADA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	FORMA DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL.
Niveles de linfocitos CD4	Los linfocitos son las células responsables de la respuesta inmune del cuerpo humano.	Cuantitativa.	Indirecta.	Ordinal.	Pruebas del recuento de linfocitos CD4 realizadas por el servicio encargado en los hospitales del MINSA, indicada en la historia clínica, cuyos valores normales fluctúan entre 500 y 1600 cel/mm ³ .	Instrumento de recolección de datos	Se expresara como: <ul style="list-style-type: none"> Normal: cuando el paciente tiene los niveles de linfocitos CD4 >500 cel/mm³. Intermedio: cuando el paciente tiene los niveles de linfocitos CD4 entre 499 - 200 cel/mm³. Bajas: cuando el paciente tiene los niveles de linfocitos CD4 <200 cel/mm³. 	La variable niveles de linfocitos CD4 es de naturaleza cuantitativa se expresa como; normal, cuando el paciente tiene los niveles de linfocitos CD4 >500 cel/mm ³ ; intermedio, cuando el paciente tiene los niveles de linfocitos CD4 entre 499 - 200 cel/mm ³ y bajo, cuando el paciente tiene los niveles de linfocitos CD4 <200 cel/mm ³ , la medición se realizara de acuerdo a la historia clínica que será consignado en el instrumento de recolección de datos.
Nivel de la carga viral.	La cantidad de copias de VIH (RNA viral) que la persona infectada tiene circulando en la sangre.	Cuantitativa.	Indirecta.	Ordinal.	Pruebas de recuento de carga viral realizadas por el servicio encargado en los hospitales del MINSA, indicada en la historia clínica.		Se expresara como: <ul style="list-style-type: none"> Alta: cuando el paciente tiene una carga viral superior a las 1.500 copias/mm de sangre. Baja: cuando el paciente tiene una carga viral inferior a las 1.500 copias/mm de sangre. 	La variable niveles de carga viral es de naturaleza cuantitativa se expresa como alta: cuando el paciente tiene una carga viral superior a las 1.500 copias/mm ³ en sangre y bajo, cuando el paciente tiene una carga viral inferior a las 1.500 copias/mm ³ en sangre, la medición se realizara de acuerdo a la historia clínica que será consignado en el instrumento de recolección de datos

VARIABLE NO IMPLICADA								
VARIABLE NO IMPLICADA.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	FORMA DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Genero	Genero determinado fenotípicamente en el paciente de acuerdo a las características que se diferencian entre varón y mujer.	Cualitativa.	Indirecta.	Nominal.	Registros de historias clínicas según las características físicas.	Instrumento de recolección de datos	Se expresa como: <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino. 	La variable genero es de naturaleza cualitativa se expresa como: Masculino, femenino. Utilizando como indicador los registros de historias clínicas y según las características físicas que será consignado en el instrumento de recolección de datos.

CAPITULO IV

MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1 Diseño de estudio

La presente investigación es de diseño no experimental. ^(59,60)

4.1.2 Tipo de estudio

A. Según el periodo que se capta la información:

Prospectivo: La información se captó después del planteamiento del estudio. ^(59,60)

B. Según la evolución del fenómeno estudiado:

Transversal: El estudio descriptivo que mide un parámetro de una población en un tiempo determinado. ^(59,60)

C. Según los objetivos de la investigación

Descriptivo: El estudio nos permite describir la frecuencia, porcentaje, manifestaciones y componentes de las variables. ^(59,60)

4.1.3 Localidad de estudio

Hospitales del MINSA, servicio de CERITSS en el Hospital Antonio Lorena del Cusco y PROCETSS en el hospital Regional del Cusco.

4.1.4 Periodo de estudio

La presente investigación se realizó durante el periodo Octubre – Diciembre del año 2012.

4.2 POBLACION Y MUESTRA

4.2.1 Población

La población estuvo conformada por 119 pacientes que acuden a los servicios de CERITSS del hospital Antonio Lorena del Cusco y PROCETSS del hospital Regional del Cusco.

4.2.2 Muestra

El tamaño y contenido de la muestra fue la población que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión que deseen participar en el estudio

4.2.3 Tipo de muestra

El tipo de muestra fue de tipo probabilístico por muestreo aleatorio simple.

Cálculo del tamaño muestral

Para calcular el tamaño de la muestra del total de la población (población finita), se utilizó la siguiente fórmula:

$$= \frac{z^2 * p * q}{(n - 1) + z^2 * p * q}$$

Dónde:

n : tamaño de la muestra

Z : valor correspondiente a la distribución de Gauss, y que para un nivel de confianza del 95% ($\alpha=0,05$) es 1,96

N : tamaño de la población, correspondiente al número total de pacientes de los servicios de CERITSS del hospital Antonio Lorena del cusco y el total de pacientes del servicio de PROCETSS ($N=119$).

p : prevalencia esperada del parámetro a evaluar (si se desconoce se aplica la opción más desfavorable ($p=0,5$) que hace mayor el tamaño muestral.

q : $1-p$ ($1-0,5=0,5$)

i : error que se espera cometer, en este caso el 5%, es decir 0,05.

Reemplazando se tiene:

$$= \frac{(1,96)^2 * 119 * 0,5 * 0,5}{(0,05) (119 - 1) + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}$$

$$= 92,28$$

4.3 UNIDAD DE ESTUDIO, ANÁLISIS Y MEDICIÓN

- **Unidad de estudio**
Estuvo constituida por pacientes VIH/SIDA del hospital Antonio Lorena del Cusco y del hospital Regional del Cusco.
- **Unidad de análisis**
Cavidad bucal de los pacientes VIH/SIDA del hospital Antonio Lorena del Cusco y del hospital Regional del Cusco, que pertenecen a nuestra muestra.
- **Unidad de medición**
Estuvo constituida por las diferentes manifestaciones (cándida pseudomembranoa, cándida eritematosa, queilitis angular, eritema lineal gingival, gingivitis ulcero necrotizante, periodontitis ulcero necrotizante, virus herpes simple, virus herpes zoster, leucoplasia oral vellosa) clínicas orales en los pacientes VIH/SIDA.

4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes VIH/SIDA con diagnóstico confirmado.
- Pacientes VIH/SIDA mayores de 18 años.
- Pacientes VIH/SIDA sometidos a TARGA.
- Pacientes VIH/SIDA que cuenten con los exámenes auxiliares que se requiera para el presente estudio.
- Pacientes VIH/SIDA que cuenten con el consentimiento informado.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cuenten una prueba de diagnóstico de confirmación para el VIH.
- Pacientes VIH/SIDA que presentan otras complicaciones ajenas a la enfermedad.
- Pacientes VIH/SIDA que se encuentren en estado terminal de la enfermedad que no acuden a los servicios de atención.
- Pacientes VIH/SIDA no colaboradores para el presente estudio.
- Pacientes VIH/SIDA con patología bucal de origen dentario.
- Pacientes VIH/SIDA con limitación a la apertura bucal.

4.5 PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.5.1 Autorización y coordinación

Se realizó los trámites respectivos en oficina de capacitación del hospital Antonio Lorena del Cusco y del hospital Regional, se mantuvo una entrevista con el médico gerente de los hospitales, con el jefe del área del servicio a quien se les brindó la información completa clara sobre el estudio y procedimiento a realizar, seguidamente se coordinó con el jefe servicio y con los trabajadores de los hospitales (médicos, odontólogos, enfermeras y auxiliares) a quienes se puso en conocimiento la realización del proyecto de investigación, para solicitar su apoyo respectivo.

4.5.2 Instrumento

Instrumento de recolección de datos clínico.

Se utilizó los siguientes instrumentos:

- **Historias clínicas:** Que fueron proporcionadas por los servicios respectivos de los hospitales.
- **Instrumento para la recolección de datos:** se elaboró un instrumento que sirvió para la recolección de datos y examen clínico (Anexo 6) del estudio que presenta la siguiente estructura.
 - Instrumento de recolección de datos de numerada la cual coincidirá con el número de historia clínica del paciente.
 - Datos de filiación.
 - Datos de la enfermedad base.
 - Estudio de la integridad oral.

Validación del instrumento de recolección de datos.

Para la validación del instrumento de recolección de datos fue realizado por criterio de expertos. (ANEXO 5)

Calibración

La capacitación de la investigación fue brindada por la **CD. Yuliana Ballon Valer** especialista en Atención Estomatológica de Pacientes Especiales en las instalaciones de la clínica Paredes. (ANEXO 8)

Esta capacitación se encarga de uniformizar criterios para el examinador en el llenado del instrumento de recolección de datos y el examen clínico de esta manera

disminuir los posibles errores. Esta capacitación estuvo dada por revisión bibliográfica, preguntas sobre interrogatorio y evaluación final de conocimientos. Por lo tanto la finalidad de la calibración fue entrenar al investigador para la realización adecuada de todos los procedimientos.

Se determinaron las pautas de estudio clínico, uniformizando criterios, definiendo los mismos parámetros de medición hasta coincidir en describir del mismo modo las variables de estudio contando con las instrucciones necesarias otorgadas por la co-asesora.

4.5.3 Recolección de datos.

4.5.3.1 Etapa de selección de los pacientes.

Se procedió con la etapa clínica de la investigación, solo a los pacientes VIH/SIDA que cumplieron con los criterios de selección.

A los pacientes que fueron incluidos en nuestra muestra, se les explico sobre el procedimiento de estudio (ANEXO 1), para que participen voluntariamente, mediante un consentimiento informado (ANEXO 2), la cual fue firmada por los mismos pacientes.

4.5.3.2 Etapas del examen clínico

Registro de datos.

- **Revisión de la historia clínica:** Primero se revisaron las historias clínicas de los pacientes que se hallaron en el servicio de CERITSS del Hospital Antonio Lorena del Cusco y PROCETSS del hospital Regional del Cusco, para poder planificar el día de la evaluación clínica de cada uno de los pacientes.

Con la revisión de la historia clínica se extrajo los siguientes datos, las cuales fueron consignadas en el instrumento de recolección de datos:

- Número de la historia clínica.
- Nombres y apellidos.
- Edad (años).
- Sexo.
- Hábitos.
- Procedencia.
- Ocupación.
- Datos de la enfermedad base:

- Diagnóstico.
 - Marcadores biológicos.
 - Recuento de linfocitos CD4.
 - Recuento de carga viral.
 - Tratamiento.
 - Tratamiento de TARGA.
 - Fecha de inicio de TARGA.
 - Adherencia al tratamiento.
 - Otros
 - Profilaxis.
- **El examen clínico:** Fue una observación “Directa”, porque se vio los efectos, condiciones, acontecimientos y diferencias en forma objetiva; “estructurada”, ya que se determinó con anterioridad los indicadores que fueron observados.
 - La evaluación se realizó en el ambiente del servicio de CERITSS del Hospital Antonio Lorena del Cusco y PROCETSS en el hospital Regional del Cusco (por la confidencialidad de los pacientes).
 - Para la evaluación el examinador contó: un barbijo (N95), un mandil estéril descartable, un par de guantes clínicos y par de guantes quirúrgicos, por cada paciente a evaluar para así evitar algún tipo de infección cruzada.
 - El examinador contó con una linterna de luz blanca.
 - El paciente estuvo sentado en una silla rígida con la espalda pegada al espaldar, la posición de la cabeza se modificó de acuerdo a la evaluación realizada.

Por ende la evaluación se realizó en un periodo de tiempo promedio de 10 min por paciente.

❖ **Etapas para la valoración de manifestaciones orales:**

- El tiempo de evaluación fue de 10 min por cada paciente.
- Para este procedimiento fue necesario llevar el indumento adecuado junto con el material (bandeja dental que consta de, espejo, pinza, explorador, gasas) y una linterna de luz blanca todo ello sobre una mesa mayo.

- El paciente estuvo sentado en una silla rígida con la espalda pegada al espaldar de la silla con la cabeza levantada (el mentón se hallara a 45° con respecto a la línea horizontal) con la boca abierta.
- Posteriormente se procedió a evaluar la integridad de la mucosa oral, se evaluó los cuatro cuadrantes de forma ordenada con el fin de observar manifestaciones orales.
- En el examen clínico se observó las diferencias entre lo normal y lo patológico, en base a nuestros objetivos planteados, registrando de esta manera en forma ordenada y sistemática en nuestro instrumento de recolección de datos, así mismo cualquier alteración clínica no mencionada en nuestro instrumento de recolección de datos se registraron en el ítem de otros hallazgos clínicos.
- También se consignaron datos como: Ubicación y número de lesiones.

CAPITULO V

ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

5.1 Procedimiento y plan de análisis:

5.1.1 Procesamiento de resultados

Para el presente trabajo de investigación se procedió a la revisión y análisis de las fichas estructuradas de recolección de datos.

Elaboración de la base de datos.

Los datos fueron transferidos a una base de datos electrónica con campos de ingreso controlados. Para lo cual se utilizó una computadora COREL DUO para el procesamiento de la información. Todos los cuestionarios y registros de evaluación fueron archivados en folders apropiados.

5.1.2 Análisis de resultados

Análisis y procesamiento de los datos que se obtuvieron para lo cual se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.0 en castellano, hoja de cálculo Microsoft Excel 2010.

Se aplicó métodos y procedimientos basados en:

- Elaboración de la base de datos a través de plantillas.
- Tabulación.
- Presentación gráfica.

CAPITULO VI

RESULTADOS

TABLA 1

PRESENCIA DE MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES VIH/SIDA ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES DEL MINSA DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2012

N° TOTAL DE PACIENTES VIH/SIDA	MANIFESTACIONES ORALES	
	PRESENTE	AUSENTE
92	78%	22%

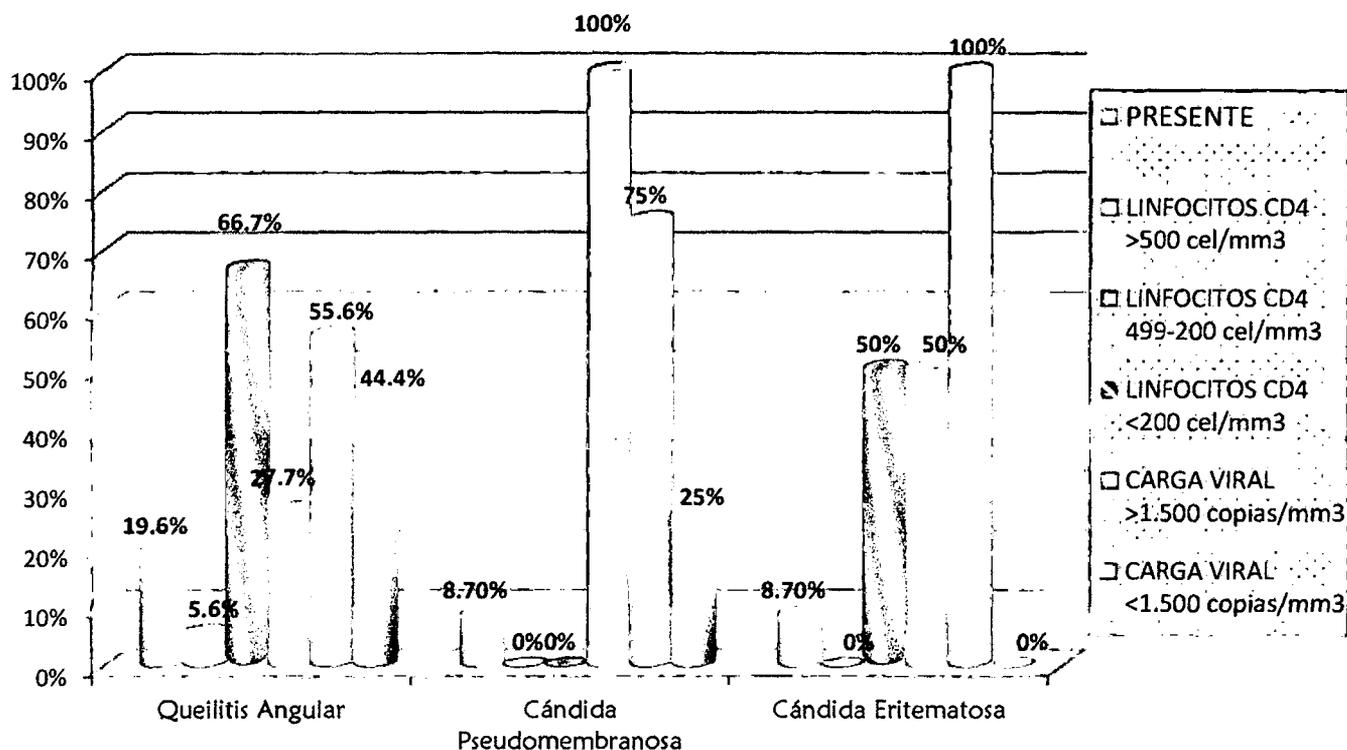
Fuente: Instrumento de recolección de datos (ANEXO 6)

INTERPRETACIÓN

La presente tabla nos muestra que el 78% de los pacientes VIH/SIDA presentan alguna lesión oral al momento del examen clínico, dichos resultados son independientes del estado inmunológico, virológico y el género ya que en cualquier momento de la enfermedad se pueden presentar alguna manifestación oral.

GRAFICO N°1

PRESENCIA DE LAS MANIFESTACIONES ORALES FÚNGICAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES VIH/SIDA EN RELACION A LINFOCITOS CD4 Y CARGA VIRAL ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES DEL MINSA DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2012



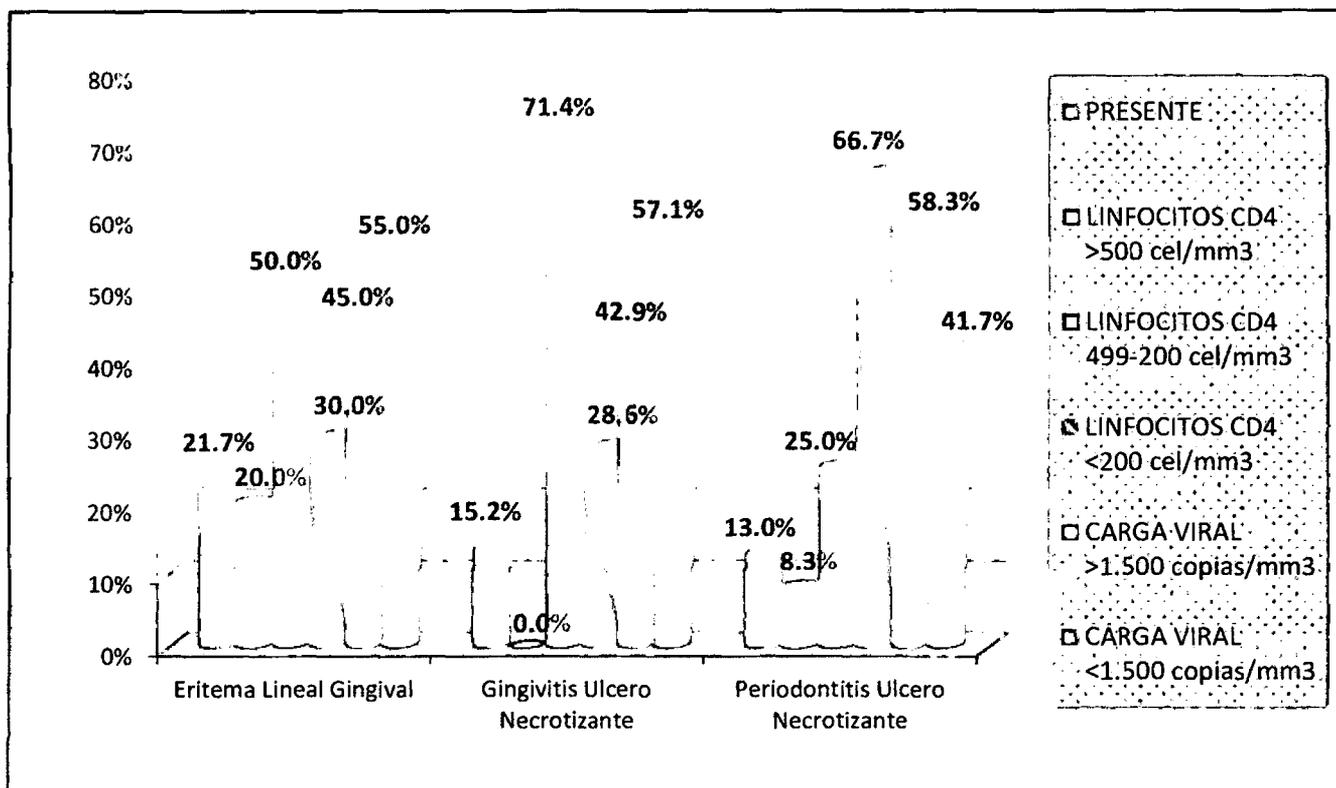
Fuente: Instrumento de recolección de datos (ANEXO 6)

INTERPRETACIÓN.

El presente grafico nos muestra a la queilitis angular como la lesión oral fúngica mas frecuente en un 19.6% seguidos de la Cándida pseudomembranosa y Cándida eritematosa ambos con un 8.7%. La queilitis angular se presenta en todos los niveles de linfocitos CD4 sin embargo se presento en un 66.7% cuando se encuentra entre los niveles de 499-200 cel/mm³ de linfocitos CD4 y en niveles relativamente elevados de la carga viral. La Cándida pseudomembranosa se presenta en un 100% cuando existen niveles menores a los 200 cel/mm³ de linfocitos CD4 y niveles elevados de la carga viral. La Cándida eritematosa se presenta en un 50% cuando existen niveles menores a los 500 cel/mm³ de linfocitos CD4 y niveles altos de la carga viral.

GRAFICO N°2

PRESENCIA DE LAS MANIFESTACIONES ORALES BACTERIANAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES VIH/SIDA EN RELACION A LINFOCITOS CD4 Y CARGA VIRAL ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES DEL MINSA DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2012.



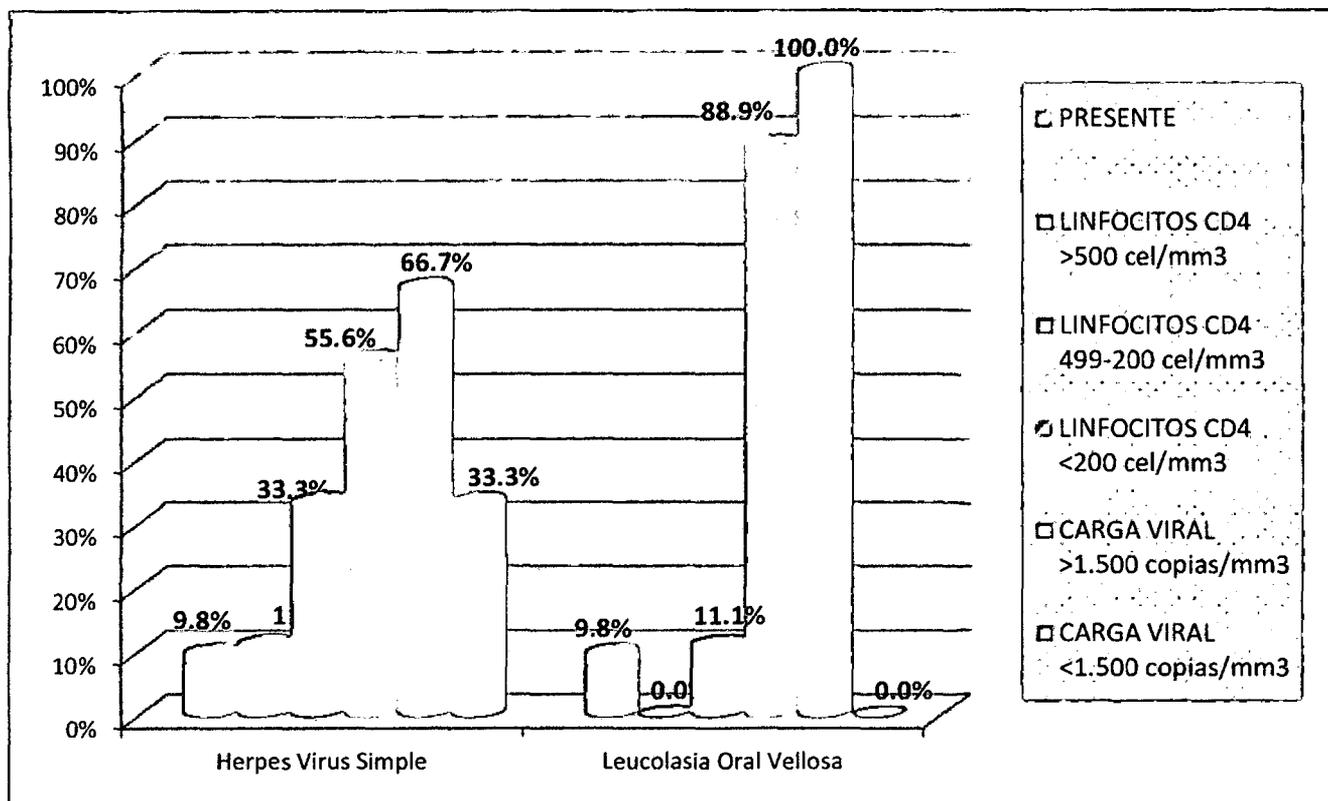
Fuente: Instrumento de recolección de datos (ANEXO 6)

INTERPRETACIÓN.

El presente grafico nos muestra al eritema lineal gingival como la lesión oral bacteriana mas frecuente en un 21.7% seguida de la gingivitis ulcero necrotizante en un 15.2% y finalmente la periodontitis ulcero necrotizante con un 13%. El eritema lineal gingival se presenta en todos los niveles de linfocitos CD4 sin embargo se presento en un 50% cuando se encuentra entre los niveles de 499-200 cel/mm³ de linfocitos CD4 y en niveles relativamente bajos de la carga viral. La gingivitis ulcero necrotizante se presenta en un 71.4% cuando se encuentra entre los niveles de 499-200 cel/mm³ de linfocitos CD4 y niveles relativamente bajos de la carga viral. La periodontitis ulcero necrotizante se presenta en un 66.7% cuando existen niveles menores a los 200 cel/mm³ de linfocitos CD4 y niveles relativamente elevados de la carga viral.

GRAFICO N°3

PRESENCIA DE LAS MANIFESTACIONES ORALES VIRALES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES VIH/SIDA EN RELACIÓN A LINFOCITOS CD4 Y CARGA VIRAL ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES DEL MINSA DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2012.



Fuente: Instrumento de recolección de datos (ANEXO 6)

INTERPRETACIÓN.

El presente gráfico nos muestra lesiones orales de origen viral teniendo al herpes virus simple y a la leucoplasia oral vellosa ambos con un 9.8%. El herpes virus simple se presenta en todos los niveles de linfocitos CD4 sin embargo se presentó en un 55.6% cuando existen niveles menores a los 200 cel/mm³ de linfocitos CD4 y en niveles elevados de la carga viral. La leucoplasia oral vellosa se presenta en un 88.9% cuando existen niveles menores a los 200 cel/mm³ de linfocitos CD4 y niveles altos de la carga viral.

TABLA N°2

MANIFESTACIONES ORALES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES VIH/SIDA DE SEGÚN EL GÉNERO ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES DEL MINSA DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2012.

GENERO	N° DE PACIENTES VIH/SIDA (92)	MANIFESTACIONES ORALES	
		PRESENTE	AUSENTE
GENERO MASCULINO	62	85.5%	14.5%
GENERO FEMENINO	30	63.3%	36.7%

Fuente: Instrumento de recolección de datos (ANEXO 6)

INTERPRETACIÓN.

La presente tabla nos muestra que del total de los pacientes VIH/SIDA del genero masculino el 85.5% presentaron alguna manifestación oral y del género femenino el 63.3% presentaron alguna manifestación oral, también se observo que algunos pacientes presentaron de manera simultanea hasta tres manifestaciones orales al momento de del examen clínico oral, así mismo la relación genero femenino : genero masculino observada en el presente estudio fue de 1:2.1, se puede decir entonces que las manifestaciones orales en pacientes VIH/SIDA se presenta independiente del genero puesto que las lesiones orales se pueden presentar en cualquier momento del proceso de la enfermedad.

CAPITULO VII

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Las manifestaciones orales es uno de los principales inconvenientes para los pacientes VIH/SIDA, sin embargo la mayoría de los pacientes reciben algún tratamiento farmacológico como medida profiláctica ante la frecuencia de lesiones en la cavidad oral, en el presente trabajo de investigación la lesión oral mas frecuente perteneció a las de origen bacteriano.

En la presente investigación se logró identificar las manifestaciones orales más frecuentes en pacientes VIH/SIDA atendidos en los hospitales del MINSA de la ciudad del cusco, 2012, teniendo una muestra final de 92 pacientes de ambos sexos, el 67.4% varones y 32.6% mujeres, respecto a los elementos que se investigaron se plantea las siguientes consideraciones.

Para las manifestaciones orales en el presente trabajo de investigación se obtuvo que el 78% de los pacientes VIH/SIDA presentan alguna manifestación oral al momento del examen clínico, resultados que concuerda con los hallados por Pinzon M.⁽³⁾ que en su estudio obtuvo que el 77.1% de los pacientes presentaron alguna manifestación oral al momento del examen clínico, datos similares aunque mas bajos se encontraron en los resultados que obtuvo Garibay R.⁽⁴⁾ con el 53.1%, podemos decir que esta pequeña diferencia en el resultado de esta investigación realizada se puede explicar por el estado inmunológico, virológico, etapa de la enfermedad de los pacientes y ser otra población, así mismo las manifestaciones orales en pacientes VIH/SIDA se presentan independientes del genero en alguna etapa de la enfermedad.

En el presente trabajo de investigación se observó que las lesiones orales de origen fúngicas fue un 35.3%, resultados que son similares a los encontrados por Pinzon M.⁽³⁾ que en su estudio obtuvo un 41.1% de lesiones orales de origen fúngicas. Así mismo en el presente trabajo de investigación se obtuvo como principal hallazgo clínico a la queilitis angular con un 19.6% seguida de la candida pseudomembranosa y candida eritematosa ambos con un 8.7%, Garibay R.⁽⁴⁾ en su estudio obtuvo un 29.7% de candida pseudomembranosa seguida de un 10.1% de candida eritematosa y 10.1% queilitis angular al igual que Velásquez C.⁽²²⁾ encontró que en pacientes con terapia antiretroviral el 4% fue candida eritematosa así mismo García R.⁽⁷⁾ encontró un 5% de candida oral, resultados que son similares a los encontrados en el presente trabajo de investigación aunque no en el mismo orden, sin embargo Gonzales E.⁽²¹⁾ obtuvo la candida oral en un 70.0% y queilitis angular en un 10.1% así como Dávila E.⁽²⁾ que encontró un 50% de candida oral y queilitis

angular en un 28.4%, de igual manera Mesa L.⁽²³⁾ encontró un 15.3% de candida oral, resultados que difieren a los encontrados en el presente trabajo de investigación, estas diferencias podrían deberse básicamente a una buena adherencia al tratamiento de TARGA que se brinda en los hospitales del MINSA de la ciudad del Cusco, así mismo como medida profiláctica se administra algunos anti fúngicos reduciendo de esta manera la aparición de algunas lesiones orales fúngicas.

En el presente trabajo de investigación se presentó las lesiones orales de origen bacterianas en un 47.1%, resultados que son similares a los encontrados por Pinzon M.⁽³⁾ que en su estudio obtuvo un 35.7% de lesiones orales de origen bacterianas. Así mismo en el presente trabajo de investigación se obtuvo como principal hallazgo clínico al eritema lineal gingival en un 21.7% seguida de la gingivitis ulcero necrotizante en un 15.2% y finalmente la periodontitis ulcero necrotizante en un 13%, Dávila E.⁽²⁾ encontró un 79.7% de signos gingivales así mismo García R.⁽⁷⁾ encontró un 38.64% de gingivitis y un 19.06% de periodontitis, sin embargo Velásquez C.⁽²²⁾ en su estudio se obtuvo que en pacientes con terapia antiretroviral obtuvo un 28% de periodontitis y un 40% de gingivitis, resultados que difieren a los encontrados en el presente trabajo de investigación, estas diferencias podrían deberse a que una gran parte de los pacientes tienen una higiene oral aceptable, como se sabe una buena higiene oral y por supuesto un buen estado gingival disminuye la frecuencia de aparición de dichas lesiones, hecho importante para la participación del Cirujano Dentista en el manejo de estos pacientes.

En el presente trabajo de investigación se presentó las lesiones orales de origen viral en un 17.6%, resultados que difieren a los encontrados por Pinzon M.⁽³⁾ que en su estudio obtuvo un 34.2% de lesiones orales de origen viral. Así mismo en el presente trabajo de investigación se obtuvo como hallazgo clínico al herpes virus simple y a la leucoplasia oral vellosa ambos en un 9.8%, si bien es cierto se obtuvo la misma frecuencia de aparición hecho que no sucede con respecto al estado inmunológico y virológico, Garibay R.⁽⁴⁾ en su estudio obtuvo un 7% de leucoplasia oral vellosa el mismo resultado que encontró Velásquez C.⁽²²⁾ en su estudio que obtuvo un 7% de leucoplasia oral vellosa, así mismo García R.⁽⁷⁾ encontró un 1% de leucoplasia oral vellosa de igual manera Gonzales E.⁽²¹⁾ encontró un 13% de lesiones herpéticas así mismo Dávila E.⁽²⁾ encontró un 14.8% de la misma lesión, datos que son similares a los encontrados en el presente trabajo de investigación.

Sin embargo en el estudio no se encontró el virus herpes zoster, según la literatura revisada nos indica que la presencia de esta lesión oral es usual pero no frecuente, lo que se demuestra en el presente trabajo de investigación.

En cuanto al estado inmunológico y virológico en relación a la presencia/ausencia de las manifestaciones orales, en el presente trabajo de investigación se encontró que con niveles de linfocitos CD4 mayores a 500 cel/mm³ la presencia de alguna manifestación oral fue de un 13%, en niveles de linfocitos CD4 entre 499-200 cel/mm³ fue de un 22% y en un nivel de linfocitos CD4 menores a 200 cel/mm³ fue de un 65%, en relación a la carga viral, se observó que un alto grado de carga viral que son mayores a 1.500 copias/mm³ se presentó en un 67% y un bajo grado de carga viral que son menores a 1.500 copias/mm³ en un 33%, resultados que concuerdan con los encontrados por García R.⁽⁷⁾ el cual obtuvo que las manifestaciones bucales en el grupo del recuento de linfocitos con más de 500 células/mm³ fue 38.80%, mientras que en el grupo del recuento de linfocitos con rango de 499 hasta 200 células/mm³ fue 69,92% y en el grupo del recuento de linfocitos menores a 200 células/mm³ fue de 75%, resultados que son similares a los encontrados en el presente trabajo de investigación, entonces podemos decir a medida que disminuye los niveles de linfocitos CD4 y aumenta la carga viral, se incrementa la probabilidad de aparición de las manifestaciones orales, lo cual concuerda según la literatura revisada.

Para dar más relevancia a este trabajo de investigación realizado en pacientes VIH/SIDA en nuestro medio local y que no solo sea un trabajo informativo aplicamos el test estadístico chi cuadrado para ver la afinidad que existe entre las manifestaciones orales, linfocitos CD4 y carga viral, datos que fueron consignados en nuestro instrumento de recolección de datos. Para el estado inmunológico el test estadístico chi cuadrado nos da una significación asintótica (p) 0.000 que significa que existe una alta afinidad entre los niveles de linfocitos CD4 y la presencia de las manifestaciones orales, el 31.8% presentó niveles de linfocitos CD4 mayores a 500 cel/mm³, el 87,8% presentó niveles entre 499-200 cel/mm³ y el 100% presentó niveles menores a 200 cel/mm³ en los pacientes que presentaron alguna manifestación oral. Para la carga viral nos da una significación asintomática (p) 0.05 que significa que existe una afinidad entre la carga viral y la presencia de las manifestaciones orales.

Podemos afirmar por los resultados obtenidos en el test estadístico chi cuadrado que si existe una relación con la carga viral y una alta afinidad con el recuento de linfocitos CD4, es decir que existe una relación entre estas tres variables.

No podemos dejar de mencionar que con respecto a la procedencia de los pacientes VIH/SIDA la cual estuvo registrada en el instrumento de recolección de datos, en su mayoría los pacientes fueron de la ciudad Cusco en un 87% y derivados de departamento de del Cusco en un 13%, según lo comentado anteriormente la ciudad del Cusco tiene como principal actividad económica al turismo, puesto que es una ciudad eminentemente turística el cual puede contribuir de gran manera a una transmisión del VIH siendo la población del Cusco los mas afectados ya que la juventud aun no es consciente de la gravedad y que podrían ser portadores del VIH sin saberlo.

Por último, en el test estadístico prueba T para muestras independientes nos da una significación asintótica (p) 0.15, por los resultados obtenidos en nuestra investigación afirmamos que no existe una relación directa entre la aparición de manifestaciones orales y el género ya que las manifestaciones orales se presentan con frecuencia independientemente del género en alguna etapa de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Tras el estudio realizado en los pacientes VIH/SIDA atendidos en los hospitales del MINSA de la ciudad del cusco, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Se observo que las manifestaciones orales fúngicas de mayor frecuencia en pacientes con VIH/SIDA en relación a linfocitos CD4 y carga viral fue la queilitis angular seguido de la candida pseudomembranosa cuando el recuento de linfocitos CD4 es menor a los 200 cel/mm³ y la candida eritematosa cuando la carga viral es alta.
2. Se observo que las manifestaciones orales bacterianas de mayor frecuencia en pacientes con VIH/SIDA en relación a linfocitos CD4 y carga viral fue el eritema lineal gingival seguido de la gingivitis ulcero necrotizante cuando el recuento de linfocitos CD4 está entre los 499-200 cel/mm³ y finalmente la periodontitis ulcero necrotizante cuando el recuento de linfocitos CD4 es menor a los 200 cel/mm³ y la carga viral esta elevada.
3. Se observo que las manifestaciones orales virales de mayor frecuencia en pacientes con VIH/SIDA en relación a linfocitos CD4 y carga viral fue el herpes virus simple cuando el recuento de linfocitos CD4 es menor a los 200 cel/mm³ y la leucoplasia oral vellosa cuando el recuento de linfocitos CD4 es menor a los 200 cel/mm³ y cuando la carga viral es alta.
4. Se obtuvo que las manifestaciones orales más frecuentes en pacientes con VIH/SIDA se encuentra en el género masculino puesto que corresponde al doble de pacientes con respecto al género femenino y estas manifestaciones orales se presentan con frecuencia independientes del género en alguna etapa de la enfermedad.

SUGERENCIAS

1. Se sugiere al personal de salud encargados en la atención de las personas que viven con VIH/SIDA de los hospitales del MINSA de la ciudad del Cusco, concientizar a los pacientes en el cuidado de la salud bucal tomando en cuenta la guía de atención estomatológica para pacientes VIH/SIDA propuesta en la presente tesis.
2. Se sugiere a los pacientes VIH/SIDA tomar en cuenta la información brindada sobre la importancia de una buena salud bucal o el restablecimiento de esta, para disminuir considerablemente la aparición de las manifestaciones orales en el difícil proceso de la enfermedad del VIH/SIDA.
3. A los estudiantes de la carrera profesional de odontología de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.
 - Realizar investigaciones con mayor cantidad de pacientes con estas mismas características para enriquecer los datos obtenidos y tener mayor información del tema a nivel regional.
 - Se sugiere realizar estudios en los que se determine y compare la frecuencia de manifestaciones orales entre pacientes VIH/SIDA que reciben TARGA y los que no reciben TARGA.
4. Se sugiere una guía de atención de asistencia estomatológica en pacientes VIH/SIDA propuesta en el trabajo de investigación, el cual tiene un beneficio múltiple iniciándose en el paciente, brindándole una mejor atención en el difícil proceso de la enfermedad, al Cirujano Dentista que al identificar estas lesiones orales podría sugerir medidas efectivas que contrarresten estas manifestaciones orales y en el mejor de los casos prevenir la aparición de los mismos, esta guía de atención de asistencia estomatológica fue desarrollada en la presente tesis.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CARRERA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



GUÍA DE ASISTENCIA ESTOMATOLÓGICA

PARA PACIENTES VIH/SIDA.

CUSCO – PERÚ

2012

INTRODUCCIÓN

A medida que el número de personas que viven con VIH/SIDA sigue aumentando, las estrategias para controlar la epidemia deben incorporar continuamente una atención que incluya consejería, atención clínica, atención basada en el hogar y servicios de apoyo social.

La administración precoz y rutinaria de antirretrovirales a los pacientes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, han incrementado la esperanza de vida de estos enfermos de forma considerable. Lo cual lleva implícita una mayor demanda de cuidados sanitarios entre los que se incluye la atención bucodental.

El conocimiento de la condición de inmunosupresión el cual se encuentran los pacientes, aumenta con frecuencia la preocupación por la salud oral y esto se traduce en una mejora de los hábitos de higiene y en un incremento del número de visitas al Cirujano Dentista, la mayoría de estas consultas no están relacionadas con las manifestaciones orales de la infección por el VIH/SIDA, sino con tratamientos odontológicos convencionales.

La atención odontológica ha funcionado como un elemento importante en el diagnóstico y atención de algunos padecimientos iniciales, en el desarrollo de la enfermedad y que afecta en forma relevante el progreso de la misma.

GUÍA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA PACIENTES VIH/ SIDA

DEFINICIÓN

Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Es un retrovirus cuyo material genético está contenido en una molécula de ARN en lugar de ADN, pertenece a la subfamilia de los lentivirus, el VIH ataca el sistema inmunológico y con el tiempo afecta el sistema inmune dejándolo vulnerable a muchas infecciones y formas de cáncer.

Síndrome de la Inmune Deficiencia Adquirida. Es la etapa final de la infección con VIH significa que el sistema inmunológico está seriamente afectado, a menudo la persona ya ha sido diagnosticada con una infección que amenaza la vida o con un cáncer en desarrollo.

OBJETIVO GENERAL.

Proponer una guía de atención estomatológica integral para pacientes VIH/SIDA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Fortalecer los servicios de soporte en el cuidado estomatológico.
2. Brindar una asistencia odontológica especializada para ayudarlos a mejorar su estado general de salud.
3. Contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes, ayudando a prevenir la progresión de infecciones oportunistas y a tratarlas oportunamente.
4. Facilitar un modelo de trabajo que permita el abordaje interdisciplinario e integral de las necesidades del paciente y reducir de esta forma el impacto de la enfermedad a nivel personal.
5. Impulsar la formación de los profesionales implicados en los cuidados de los pacientes, además se debe impulsar en todas las fases de formación profesional (pregrado, postgrado y continuada).

NIVELES DE ATENCIÓN:

- Ambulatorio.
- Hospitalario.

USUARIOS A LOS QUE ESTÁ DIRIGIDA LA GUÍA.

- Cirujanos Dentistas.
- Internos de Medicina e internos de Odontología.
- Estudiantes de Odontología de pregrado.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO EN PACIENTES VIH POSITIVOS.

Las siguientes patologías orales pueden sugerir una infección por VIH/SIDA.

- Manifestaciones orales fúngicas.
 - Cándida pseudomembranosa.
 - Cándida eritematosa.
 - Queilitis angular.
- Manifestaciones orales bacterianas.
 - Eritema lineal gingival.
 - Gingivitis ulcero necrotizante.
 - Periodontitis ulcero necrotizante.
- Manifestaciones orales virales.
 - Virus herpes simple.
 - Herpes zoster.
 - Leucoplasia oral vellosa.
- Manifestaciones orales neoplásicas.
 - Sarcoma de Kaposi.
 - Linfoma de no Hodgkin.

INTERCONSULTAS.

- Infectólogo.
- Oncólogo

ESTUDIOS INDISPENSABLES Y EXÁMENES AUXILIARES

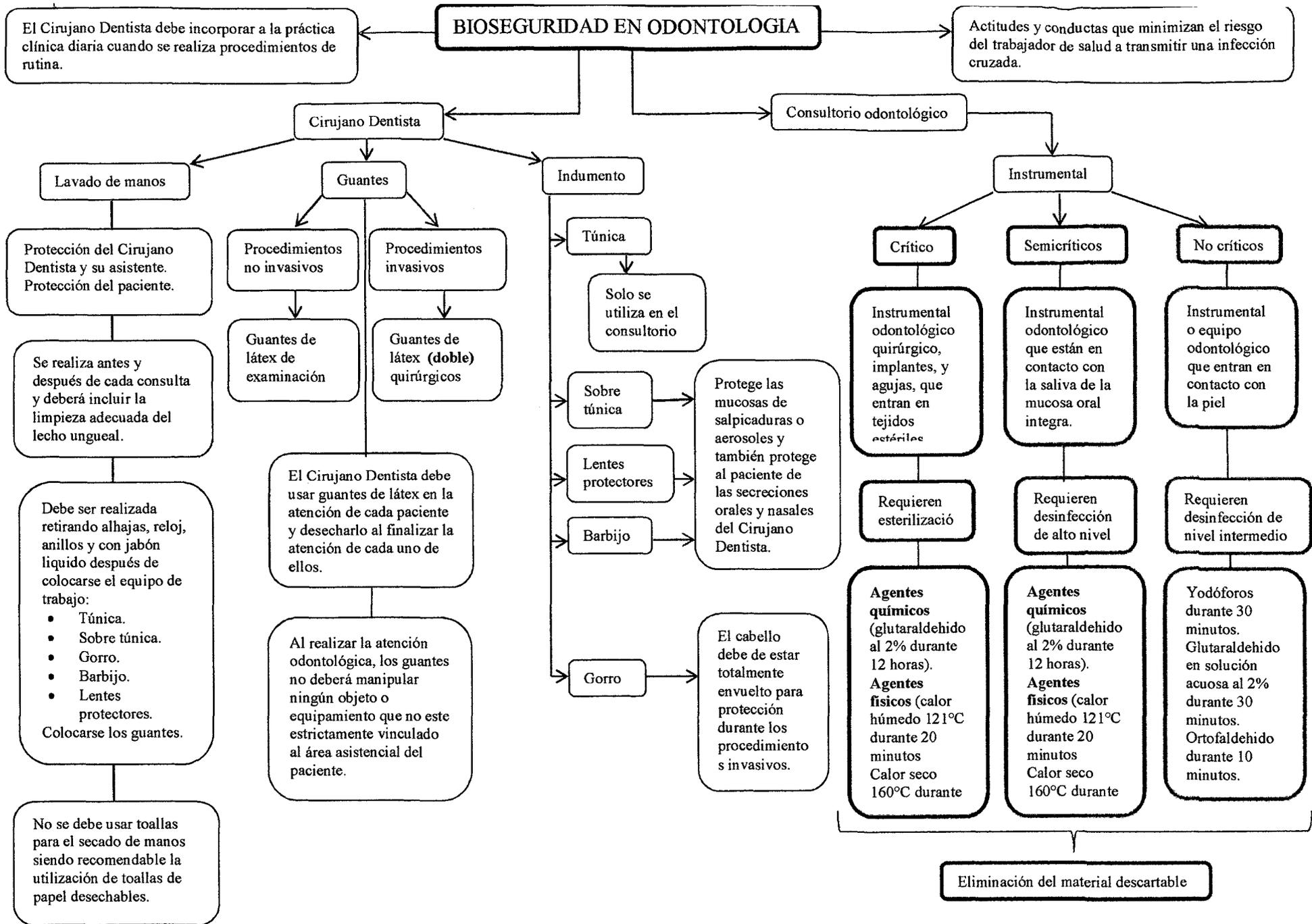
- Evaluación odontológica.
- Radiografías panorámicas.
- Radiografías periapicales.
- Recuento de linfocitos T DC4.
- Recuento de carga viral.
- Estratificar los pacientes por factores de riesgo, para definir tratamiento y pronóstico.

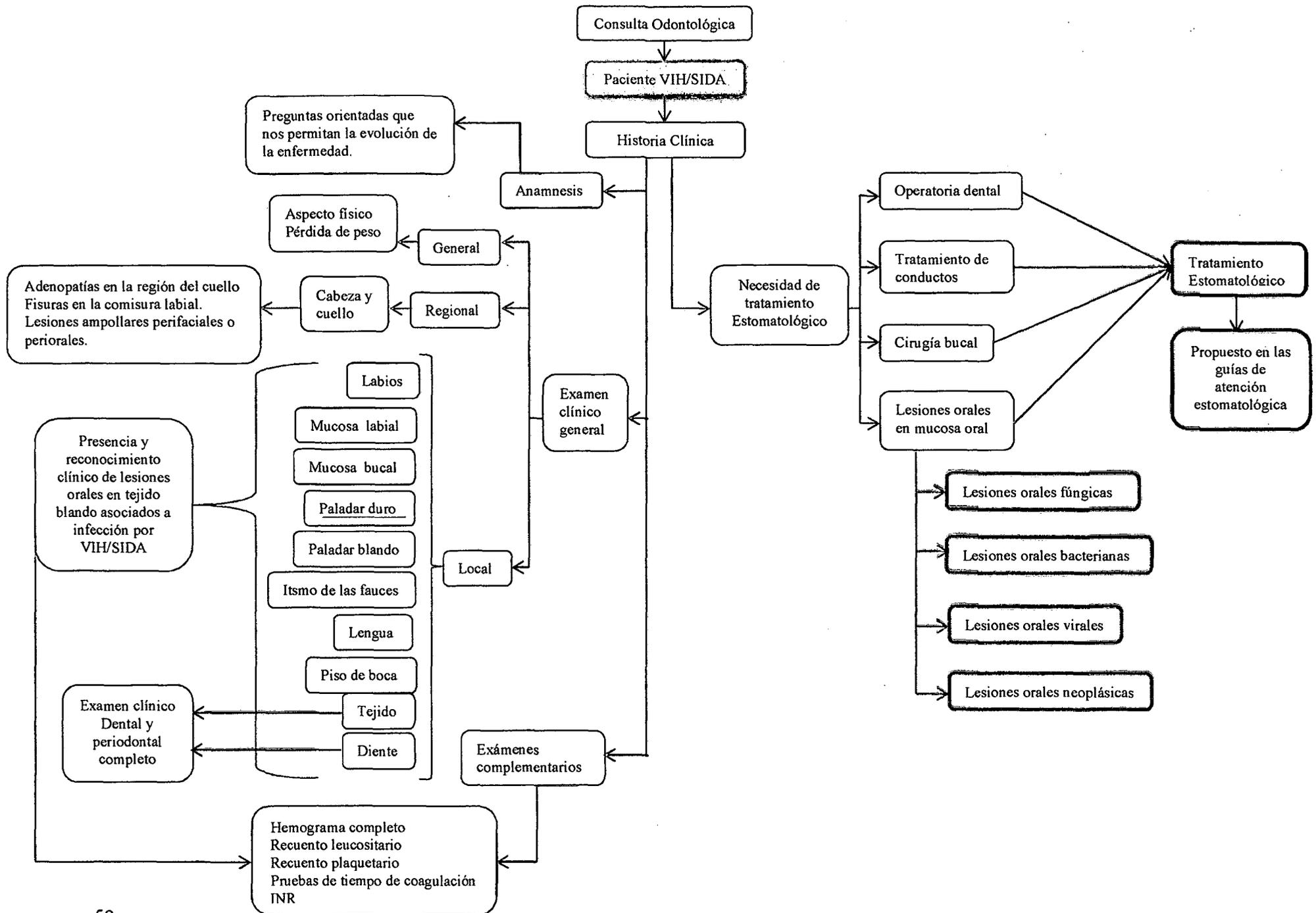
GUÍA DE TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICA PARA PACIENTES VIH/SIDA.

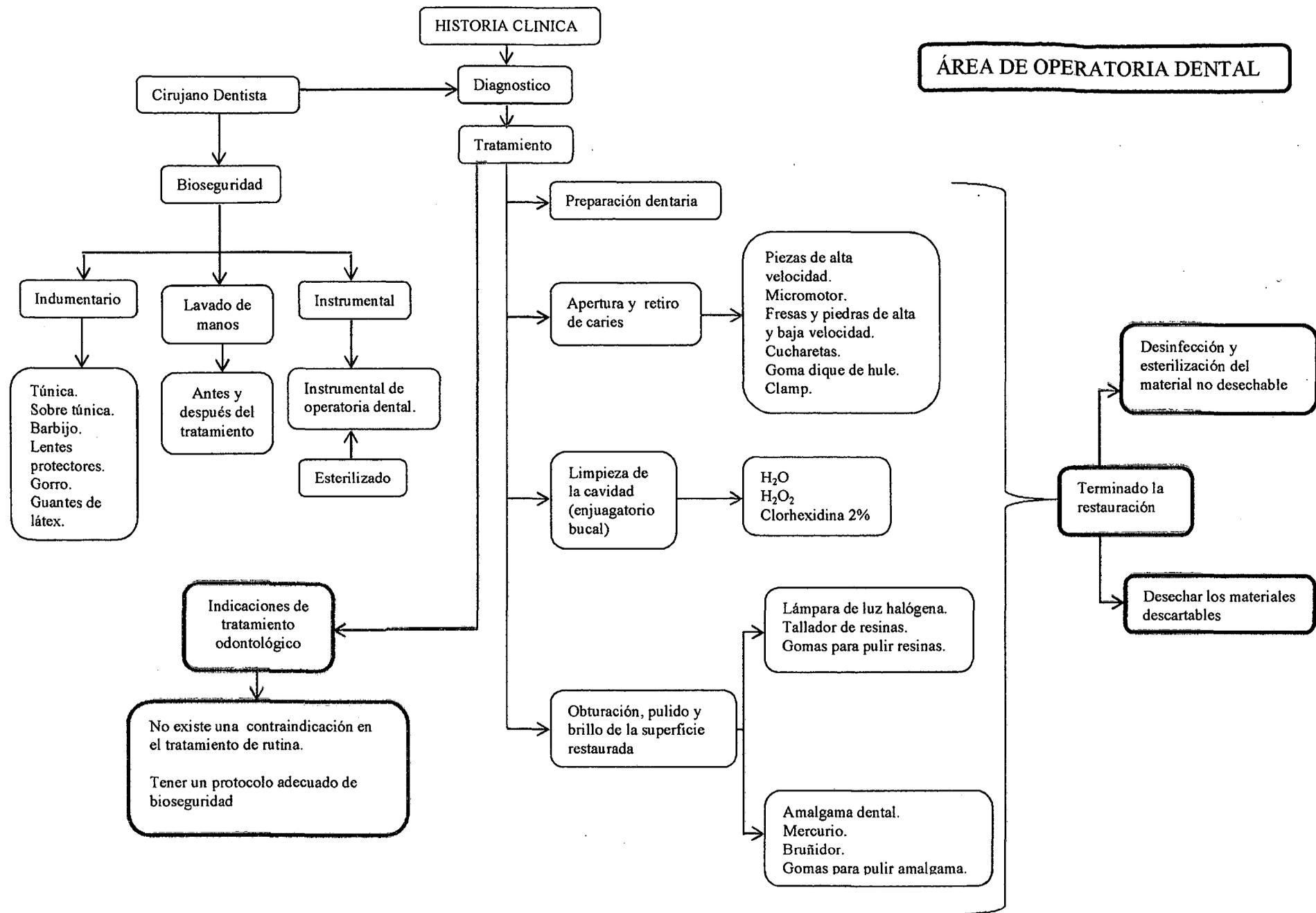
Cada persona atendida debe estar acompañada a través de un trato **personalizado**. Se ha de respetar la individualidad de cada persona tratando de potenciar su autoestima y su grado de integración social.

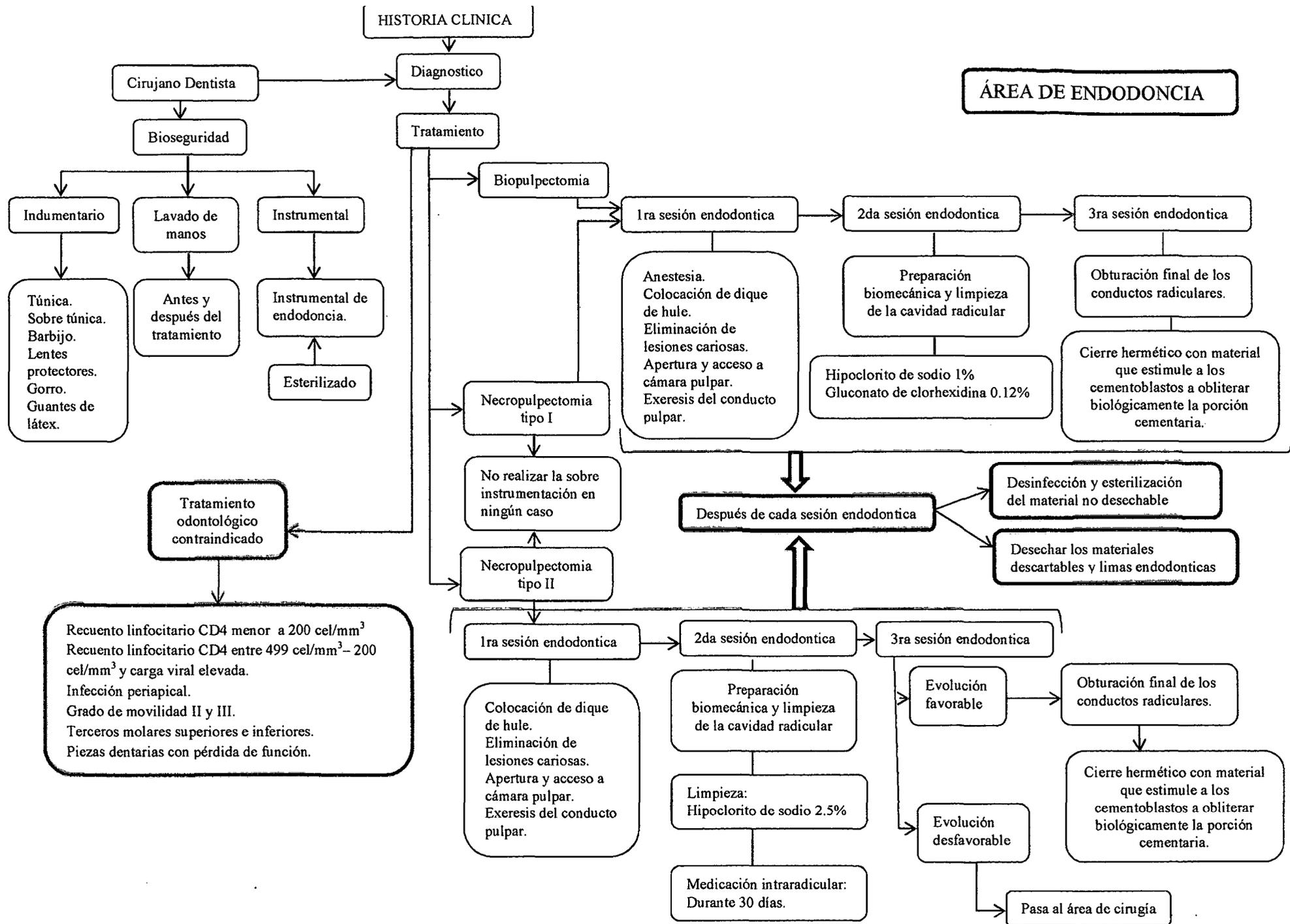
Consideraciones generales sobre atención estomatológica en pacientes con VIH/SIDA

1. La relación Cirujano Dentista – paciente debe ser cordial y sincera, para favorecer la buena praxis, sin vulnerar la intimidad del paciente ni atentar a la seguridad del Cirujano Dentista.
2. La profilaxis general de las infecciones en la consulta odontológica, no difiere de las normas de buena praxis y de bioseguridad.
3. El conocimiento de las patologías orales y del estado inmunitario del paciente, es especialmente importante para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de algunas enfermedades periodontales y de otras lesiones de la mucosa oral.
4. En muchos casos, el tratamiento precoz de las infecciones es capaz de modificar la historia natural de la enfermedad. Esto es especialmente cierto en el caso de la infección por VIH, gracias a la existencia de esta guía estomatológica permitirá reducir la gravedad de las lesiones orales y en algunos casos evitar la aparición.

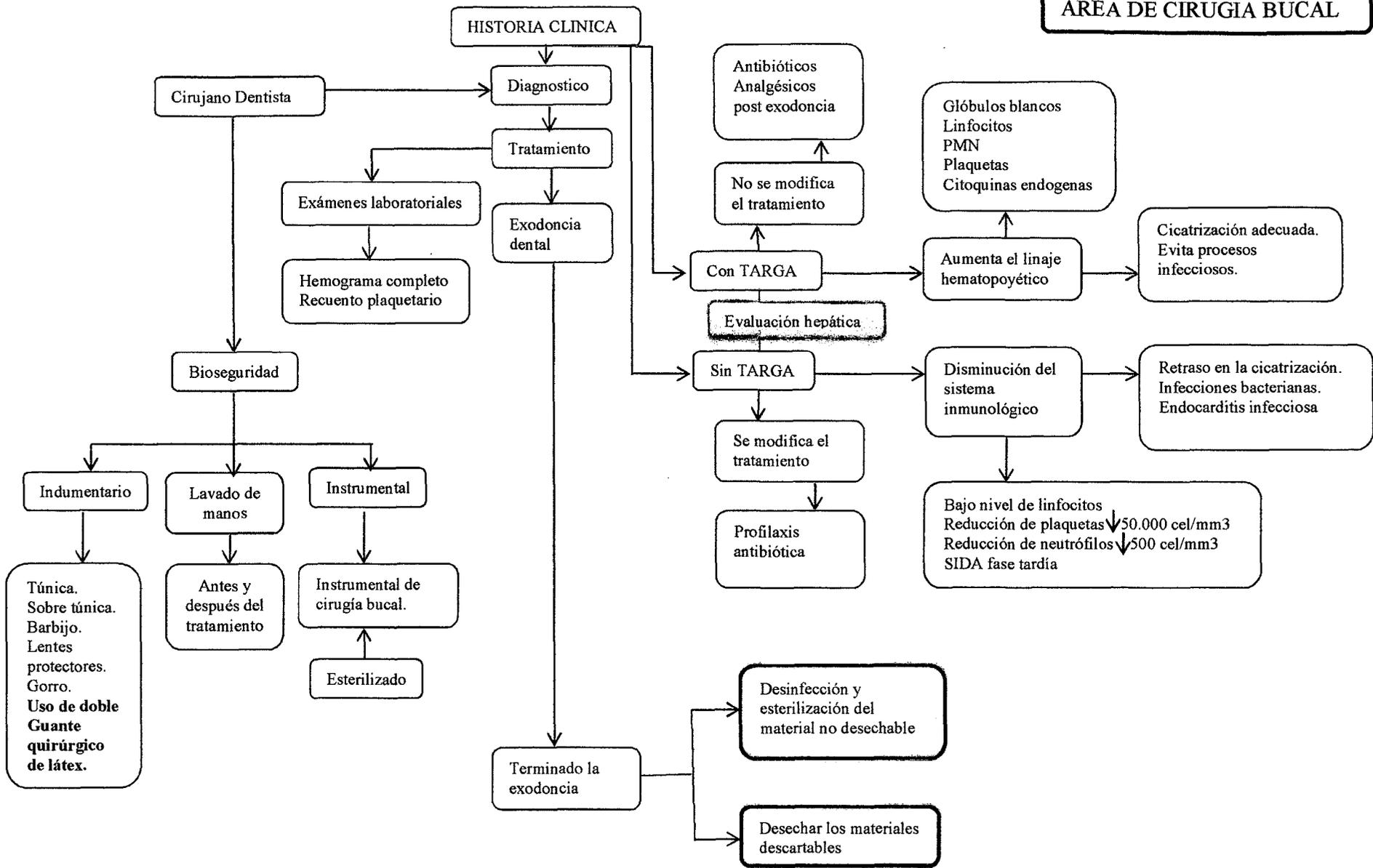




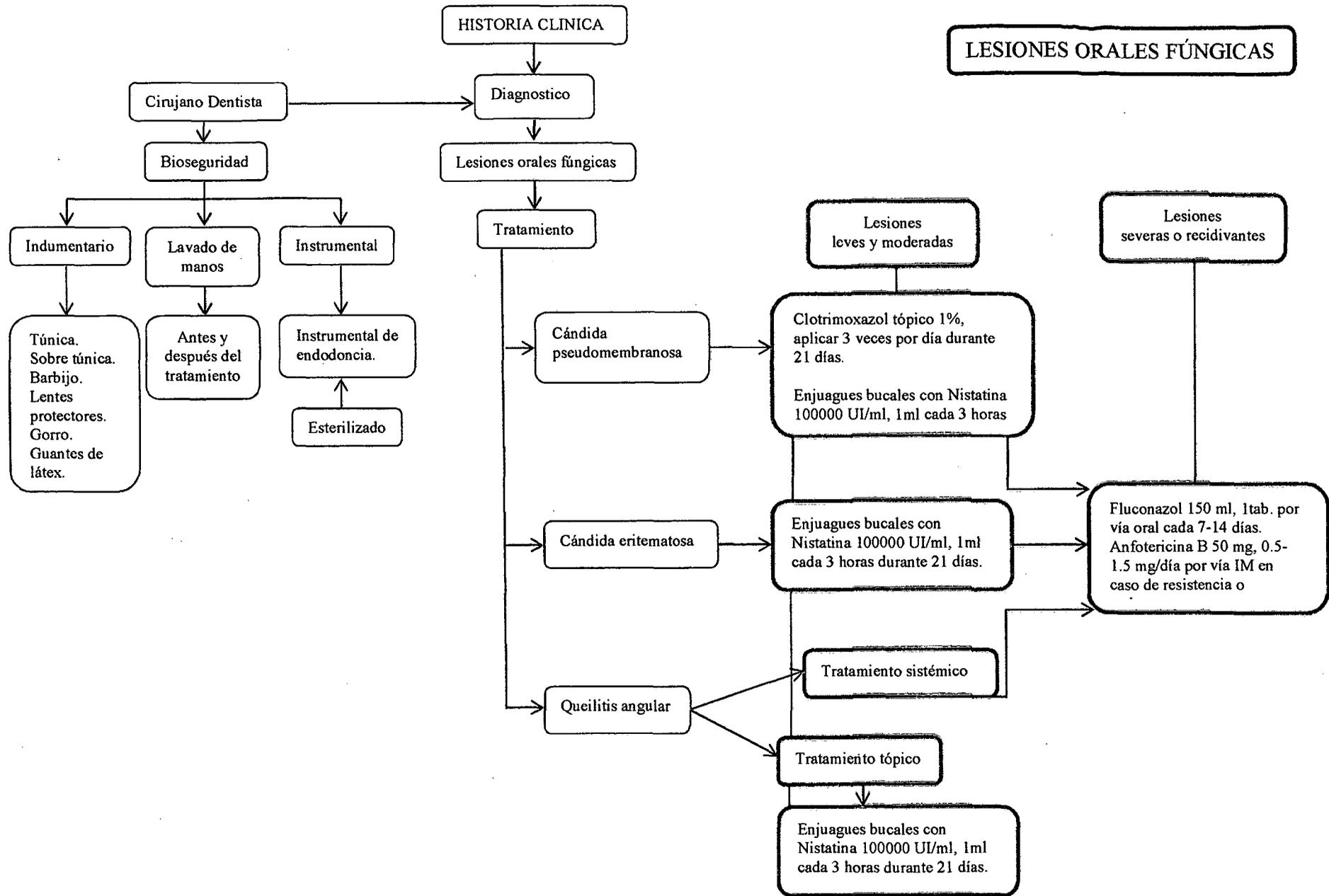


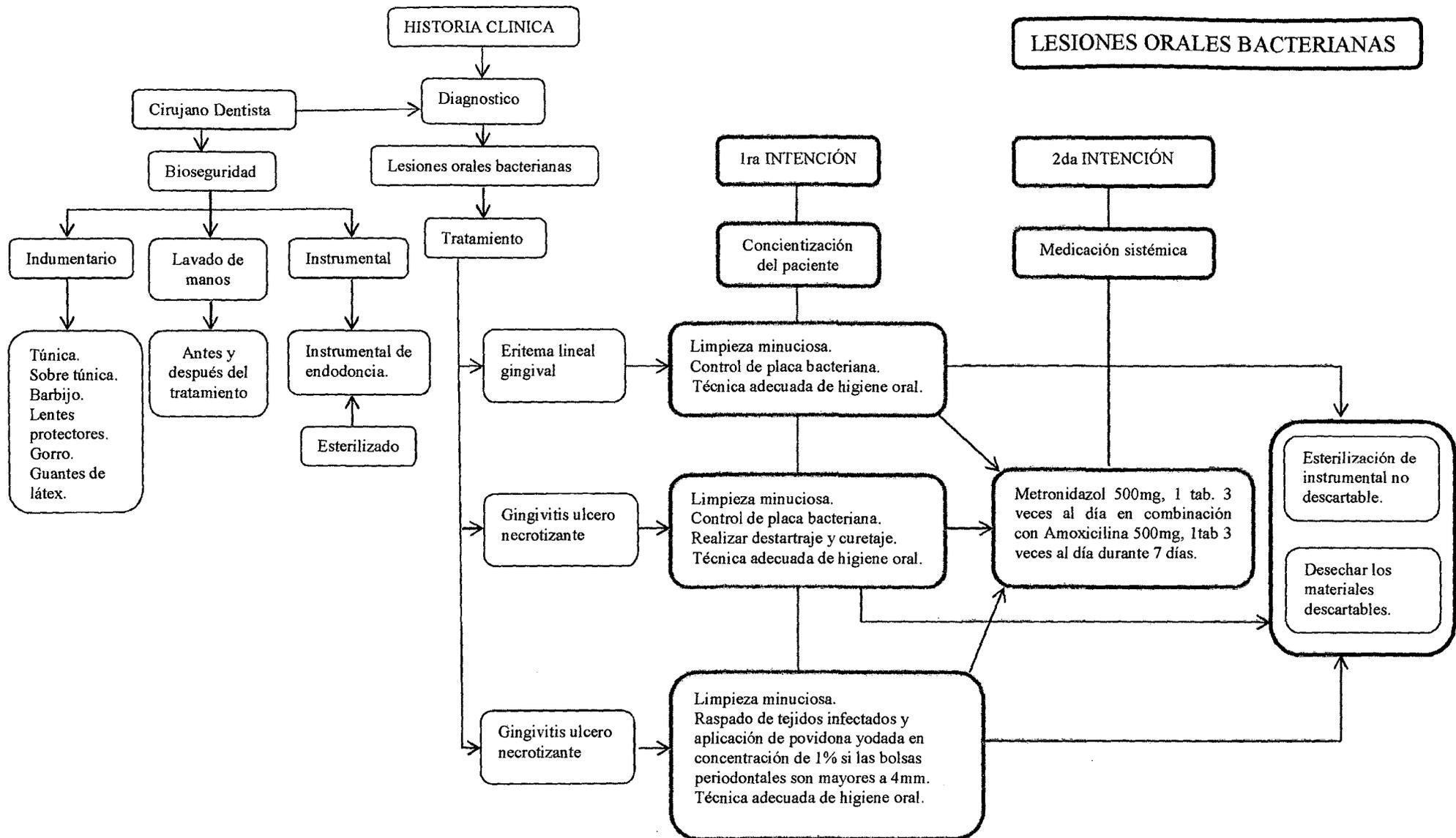


ÁREA DE CIRUGIA BUCAL

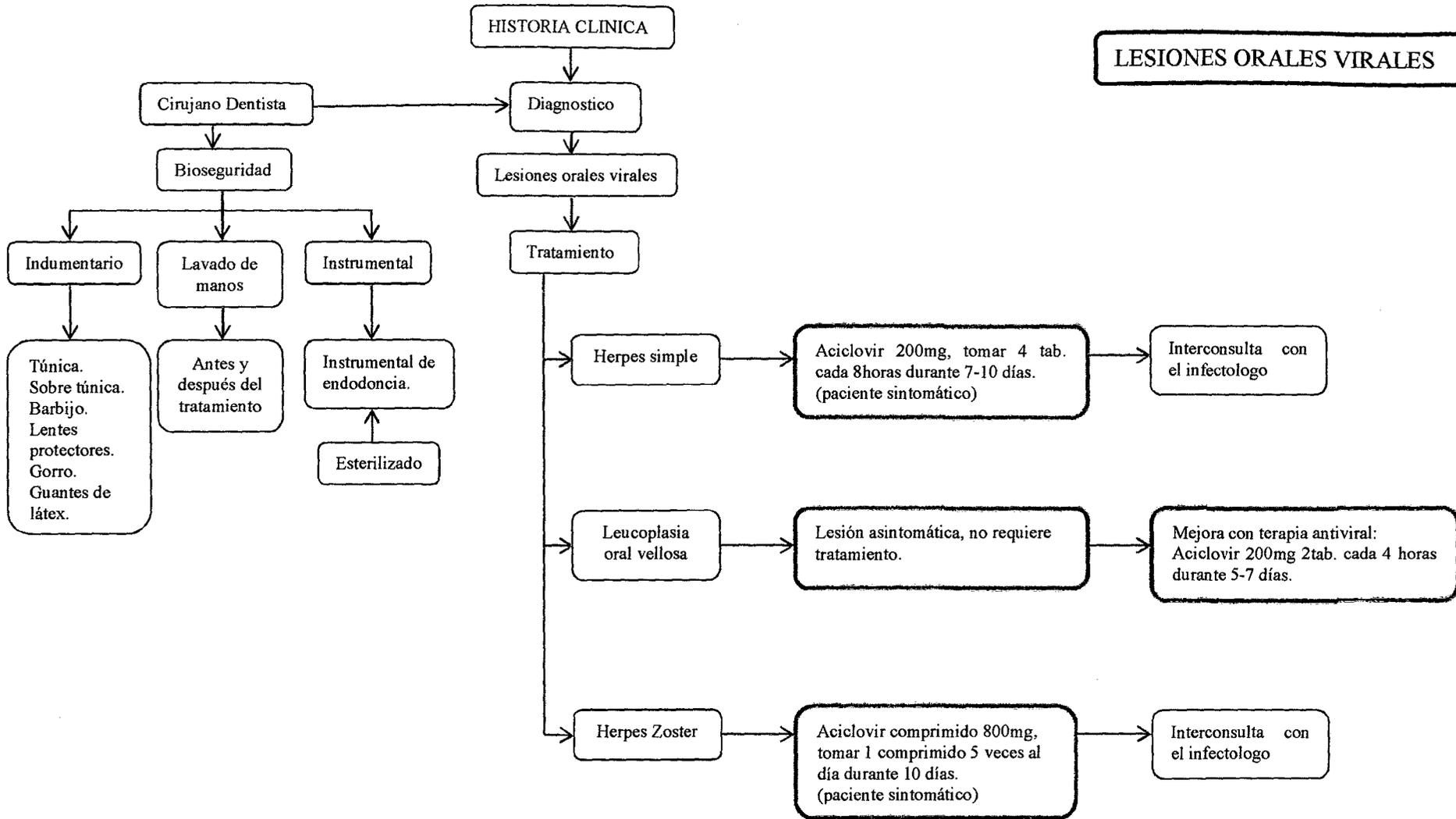


LESIONES ORALES FÚNGICAS

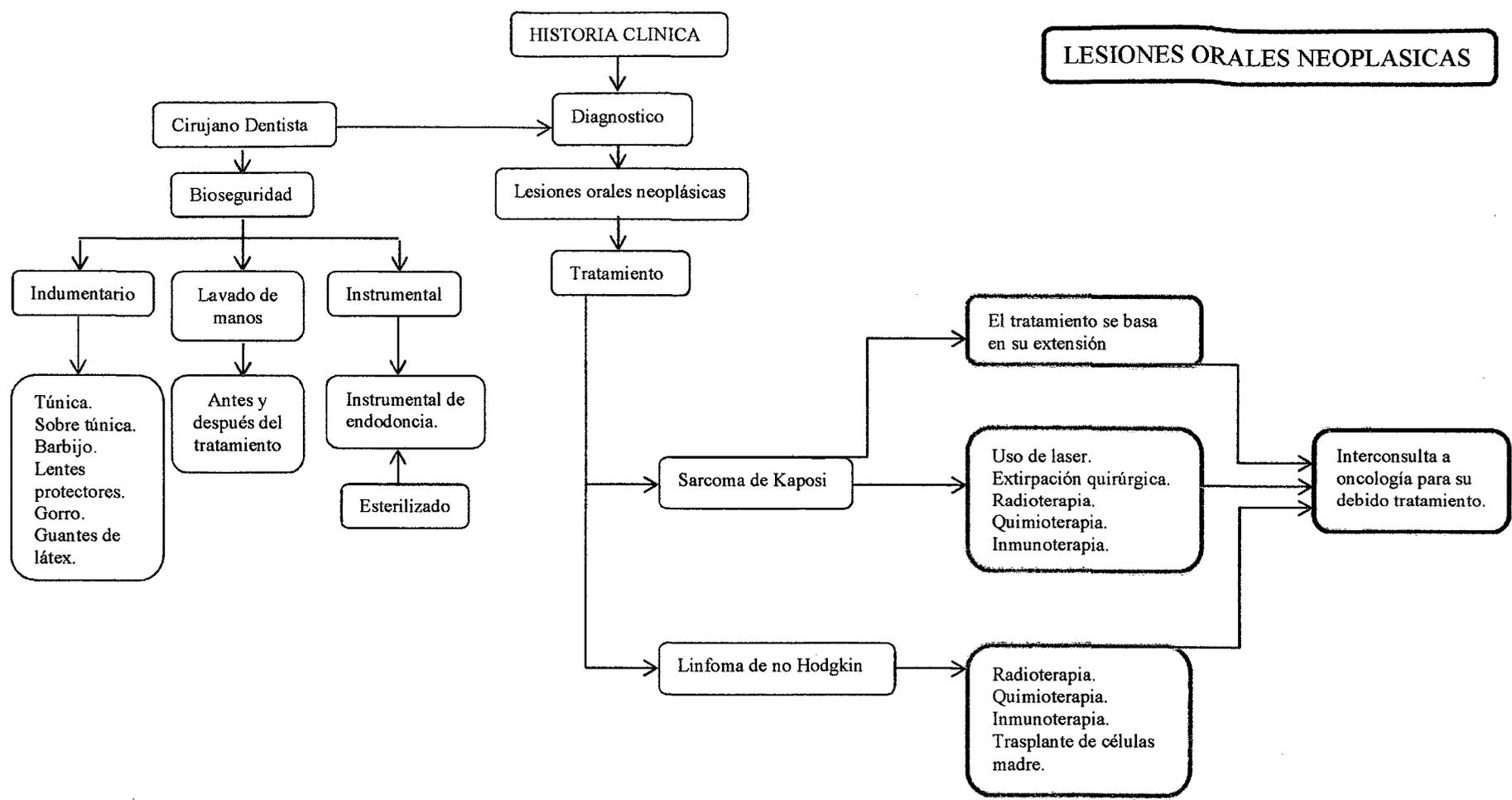




LESIONES ORALES VIRALES



LESIONES ORALES NEOPLASICAS



BIBLIOGRAFÍA.

1. ENRIC J. [Publicación en línea] Impacto de los tratamientos antirretrovirales en la patología oral de pacientes VIH positivos 2002. Disponible desde internet en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/1175/TESISJANE1.pdf?sequence=1> [Con acceso el 09-04-2012].
2. LARRY K. SUISE MC. JAVIER A. [Publicación en línea] Conceptos básicos del VIH/SIDA 2006. Disponible desde internet en: <http://www.metrokc.gov/health/apu/spanish/basic.html> [Con acceso el 27-04-2012].
3. SHIRLAW PJ. CHIKTE U. MACPHAIL L. SCHMIDT-WESTHAUSEN A. CROSER D. REICHART P. [Publicación en línea] Oral and dental care and treatment protocols for the management of HIV-infected patients. Disponible desde internet en: www.blackwellmunksgaard.dk [Con acceso el 27-04-2012].
4. BLANCA L. [Publicación en línea] Atención al paciente VIH/SIDA. Legislación y bioseguridad odontológica en Colombia 2006. Disponible desde internet en: <http://www.paho.org/Spanish/bio/publica.htm> [Con acceso el 27-04-2012].
5. MATHEWS I. [Publicación en línea] Manejo odontológico de pacientes niños y adolescentes con problemas médicos - UPCH 2009. Disponible desde internet en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd050854/chaucac1.pdf> [Con acceso el 27-04-2012].
6. MARIA E. [Publicación en línea] Actitud de los odontólogos hacia las personas que viven con VIH/SIDA 2008. Disponible desde internet en: http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_odontoestomatologia_pacientes_vih.pdf [Con acceso el 27-04-2012].
7. MINSA-GOBIERNO DE CHILE [Publicación en línea] Recomendaciones para la atención odontológica de personas que viven con VIH 2007. Disponible desde internet en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/85381414c5b811a9e04001011e015920.pdf> [Con acceso el 27-04-2012].
8. COLEGIO ODONTOLOGICO DEL PERÚ. [Publicación en línea] Manual de manejo clínico-estomatológico de EL PACIENTE VIH/SIDA 2004. Disponible desde internet en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n6/original2.pdf> [Con acceso el 27-04-2012].

9. BOGOTA BICENTENARIO. [Publicación en línea] Guía de práctica clínica en salud oral. Paciente con compromiso sistémico 2010. Disponible desde internet en: <http://www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v1i2/90.pdf> [Con acceso el 27-04-2012].

10. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DIRECCIÓN DE REGULACIÓN UNIDAD DE SALUD BUCAL. [Publicación en línea] guía de atención odontoestomatológica para el paciente con VIH 2008. Disponible desde internet en: <http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/MATHEWSHARRYISLARUCABADO.pdf> [Con acceso el 27-04-2012].

11. SEGURO SOCIAL. [Publicación en línea] Guía de atención de personas con VIH/SIDA en la practica de la odontología en la caja costarricense de seguro social. Disponible desde internet en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_COR_AtencVIHPractOdontSegSoc.pdf [Con acceso el 27-04-2012].

BIBLIOGRAFÍA

1. BELKIS Q. FANNY A. [Publicación en línea] Manifestaciones periodontales de la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida 2007. Disponible desde internet en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/26377/1/articulo8.pdf> [Con acceso el 09-04-2012].
2. MARÍA E. ZULA T. HECTOR P. [Publicación en línea] Diagnostico bucal de las personas que viven con VIH/SIDA 2009. Disponible desde internet en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/30907/1/articulo2.pdf> [Con acceso el 13-04-2012].
3. ELISE P. SONIA M. FABIAN M. Gail M. Miguel E. [Publicación en línea] Prevalencia y factores relacionados con la presencia de manifestaciones orales en pacientes con VIH/SIDA, Cali, Colombia 2008. Disponible desde internet en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/283/28339407/28339407.html> [Con acceso el 11-04-2012].
4. LORENA G. LUIS C. [Publicación en línea] Manifestaciones estomatológicas en pacientes VIH/SIDA 2007. Disponible desde internet en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2007_n1/pdf/a12.pdf [Con acceso el 13-04-2012].
5. JOSÉ A. MARÍA E. ASIER E. [Publicación en línea] Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal 2004 - 2009. Disponible desde internet en: http://translate.google.com.pe/translate?hl=es&sl=en&tl=es&u=http%3A%2F%2Fwww.faetc.org%2FPDF%2FOral_Manifestations%2FDentalPosterWeb8_5x11.pdf [Con acceso el 09-04-2012].
6. JUAN P. [Publicación en línea] Tratamiento farmacológico de la infección por VIH. Disponible desde internet en: <http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001178documento.pdf> [Con acceso el 09-04-2012].

7. LLEANA G. LÁZARO V. MICHEL B. [Publicación en línea] Asociación de manifestaciones bucales con marcadores de seguimiento en personas con VIH atendidos en el centro de atención integral al sero-positivo "Dr. Ismael Triana Torres" 2011. Disponible desde internet en: <http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2011/09/msc-dra-ileanagarcia-bol3.pdf> [Con acceso el 03-04-2012].
8. ROBERTO B. [Publicación en línea] Evolución de las lesiones orales asociadas al SIDA de origen viral 2007. Disponible desde internet en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1609/1/16790601.pdf> [Con acceso el 03-04-2012].
9. IRENE T. MIGUEL A. SASKIA E. [Publicación en línea] Estudio piloto sobre políticas de salud bucal y VIH 2009. Disponible desde internet en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n6/09.pdf> [Con acceso el 09-04-2012].
10. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA (SEDE WEB) ARGENTINA. Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aries. Declaración de Helsinki 2009. Disponible desde internet en: <Http://Www.Colmed5.Org.Ar/Codigoetica/Codogoseetica2.Htm> [Con acceso El 06-04-2011]
11. NORMA TÉCNICA SANITARIA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIH EN LOS HOSPITALES ACREDITADOS, NTS N°-2010-MINSA.
12. MINISTERIO DE SALUD. Guía Nacional de Atención Integral de la Persona Viviendo con el VIH/SIDA (PVVIH/S).
13. DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD. [Publicación en línea] Biblioteca Virtual en Salud. Infección VIH. Disponible desde internet en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>. [Con acceso el 18-04-2012]
14. DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD. [Publicación en línea] Biblioteca Virtual en Salud. SIDA. Disponible desde internet en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>. [Con acceso el 18-04-2012]

15. INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER EEUU. [Publicación en línea] Diccionario médico. Disponible desde internet en: <http://www.cancer.gov/diccionario?cdrid=306504>. [Con acceso el 24-04-2012]
16. ENRIC J. [Publicación en línea] Impacto de los tratamientos antirretrovirales en la patología oral de pacientes VIH positivos 2002. Disponible desde internet en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/1175/TESISJANE1.pdf?sequence=1> [Con acceso el 09-04-2012].
17. INFORED SIDA. [Publicación en línea] Análisis de la carga viral 2012. Disponible desde internet en: <http://www.thebody.com/content/art6148.html> [Con acceso el 11-04-2012].
18. WILLIAM R. JUAN A. BEATRIZ A. LUZ C. LIUS G. DAMARIS L. Inmunología de Rojas. 15^{ta} Edición. Editorial Corporación para investigaciones biológicas, Colombia 2010.
19. REGUEIRO G. LOPEZ L. GONZALES R. MARTINES N. Inmunología biología y patología del sistema inmune. 3ra Edición. Editorial médica panamericana, España 2004.
20. JOHN E. DAIRA E. [Publicación en línea] Manifestaciones orales de la infección VIH/sida en niños y adolescentes: aspectos clínicos, epidemiológicos y pautas de tratamiento 2011. Disponible desde internet en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2312/231218581005.pdf> [Con acceso el 20-04-2012].
21. MARIANA C. ADRIANA P. ALICIA V. [Publicación en línea] Estudio observacional descriptivo de las lesiones orales presentes en pacientes con VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en fases intermedia / crónica y final / crisis de la enfermedad 2011. Disponible desde internet en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v6n1/v6n1a05.pdf> [Con acceso el 09-04-2012].

22. BROSLY V. [Publicación en línea] Relación de la frecuencia de manifestaciones bucales asociadas a pacientes VIH-SIDA que están dentro del programa de Terapia Antirretroviral comparados con pacientes VIH-SIDA que no están dentro del Programa de Terapia Antirretroviral, atendidos en el Proyecto Vida (Médicos sin Fronteras), de Coatepeque, Quetzaltenango 2006. Disponible desde internet en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/09/09_1842.pdf [Con acceso el 20-04-2012].

23. MEZA L, QUISPE C. Riesgos asociados a infecciones oportunistas en pacientes con VIH-SIDA en el CERITSS, Hospital Antonio Lorena, Cusco 2005-2010. [Trabajo para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. 2011. Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.

24. DIVISIÓN VIROLÓGICA. [Publicación en línea] Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH 2011. Disponible desde internet en: <http://www.reinaldogodoyeditor.com.ve/Encartes/VIH.pdf> [Con acceso el 24-04-2012]

25. JAMES W. DONALD A. CRAIG S. NELSON L. Tratamiento Odontológico del Paciente Bajo Tratamiento Médico. 5^{ta} Edición, Ediciones Harcourt S.A. España 2001.

26. SCIELO. [Publicación en línea] Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida 2009. Disponible desde internet en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/iant/v11n1/v11n1a16.pdf> [Con acceso el 24-04-2012]

27. INDEXMUNDI. [Publicación en línea] VIH/SIDA - habitantes infectados con VIH/SIDA bar chart 2012. Disponible desde internet en: <http://www.indexmundi.com/map/?v=35&l=es> [Con acceso el 04-10-2012]

28. UNCOMO. [Publicación en línea] Porcentaje de enfermos de SIDA en España 2012. Disponible desde internet en: <http://salud.uncomo.com/articulo/porcentaje-de-enfermos-de-sida-en-espana-2012-6296.html> [Con acceso el 05-10-2012]

29. ONUSIDA AMERICA LATINA. [Publicación en línea] Situación del VIH en el Perú 2012. Disponible desde internet en: http://www.onusida-latina.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=39&Itemid=394 [Con acceso el 05-10-2012]

30. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. [Publicación en línea] Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2010. Disponible desde internet en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1012/obj06.pdf> [Con acceso el 09-04-2012]
31. MINSA. [Publicación en línea] Tendencia VIH-SIDA Perú 2012. Disponible desde internet en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=18&lcobj=4&lcper=1&lcfreg=3/10/2012 [Con acceso el 09-04-2012]
32. ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR. [Publicación en línea] PERÚ: Conocimiento, actitudes y autopercepción de los varones de 15-59 años sobre el VIH e ITS, 2008. Lima: ENDES PERÚ; 2008: 69-75. Disponible desde internet en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0916/cap04.pdf> [Con acceso el 24-04-2012]
33. MINSA – DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. [Publicación en línea] Análisis de la Situación de la Epidemia del VIH-SIDA 2011. Disponible desde internet en: http://www.dge.gob.pe/notas_prensa/2011/ResumenSit_VIH2011_01Dic.pdf [Con acceso el 09-04-2012].
34. ANGULO R. JAIME R. EDUARDO L. MARCOS R. DAVID B. VICTORIA B. Fundamento de Medicina, Enfermedad Infecciosa, 6^{ta} Edición, Corporación para investigaciones Biológicas, Medellín, Colombia 2003.
35. LARRY K. SUISE MC. JAVIER A. HIV/AIDS Program WA USA. [Publicación en línea] Conceptos básicos del VIH/SIDA. Disponible desde internet en: <http://www.metrokc.gov/health/apu/spanish/basic.html> [Con acceso el 27-04-2012]
36. JUAN C. [Publicación en línea] Marcadores funcionales en la infección VIH-SIDA 2007. Disponible desde internet en: <http://www.oncoimmun.cl/docencia/inmunofeno/vih.pdf> [Con acceso el 09-04-2012].
37. CONSTANTINO Q. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con diagnóstico de VIH, Hospital Antonio Lorena del Cusco 2005-2011. [Trabajo para optar el título profesional de Médico - Cirujano]. 2012. Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.

38. INFOSIDA. [Publicación en línea] Ciclo de vida del VIH 2005. Disponible desde internet en: http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/CicloDdeVidaDeVIH_FS_sp.pdf [Con acceso el 24-04-2012]
39. INFORED SIDA. [Publicación en línea] El ciclo de vida del VIH 2012. Disponible desde internet en: http://www.aidsinfont.org/uploaded/factsheets/8_spa_106.pdf [Con acceso el 24-04-2012]
40. KASPER D. BRAUNWALD E. FAUCI A. HAUSER S. LONGO D. JAMESON J. Harrison Principios de Medicina Interna. 16ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2005.
41. INFOSIDA. [Publicación en línea] Pruebas de detección del VIH 2011. Disponible desde internet en: <http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/Pruebasdetetecci%C3%B3ndelVIH.pdf> [Con acceso el 09-04-2012].
42. ANA P. [Publicación en línea] Influencia de la medicación antirretroviral altamente activa en las lesiones por Cándida en la cavidad oral, en relación con el sexo, el grupo de riesgo, la carga viral y el estado inmunológico en un grupo de enfermos de SIDA 2009. Disponible desde internet en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/18582254.pdf> [Con acceso el 09-04-2012].
43. SILVESTRE D. FANCISCO J. Paciente Medicamente Comprometido en la Clínica Dental. 1ª Edición en español, Editorial Laboratorios Kin, S.A. España 2002.
44. JOSE C. LAURA D. OSCAR G. Medicina en Odontología - Manejo Dental de Pacientes con Enfermedades Sistémicas. 2ª Edición, Editorial Manual Moderno S.A. de C.V. México 2002.
45. PEDRO B. GUILLERMO M. Tratamiento Odontológico en Pacientes Especiales. 2da Edición, Ediciones Laboratorio Normom S.A. ESPAÑA 2004.
46. FANCISCO J. ANDRÉS P. Odontología en Pacientes Especiales. 1ª Edición, Guada impresiones, SL. España 2007.

47. ONUSIDA. [Publicación en línea] Información básica sobre el VIH 2008. Disponible desde internet en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf [Con acceso el 13-04-2012]
48. PUBMED. [Publicación en línea] Virus de Inmunodeficiencia Humana. Disponible desde internet en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000602.htm> [Con acceso el 24-04-2012]
49. INFECCIÓN POR EL VIH Y SU TRATAMIENTO. [Publicación en línea] Medicamentos contra el VIH aprobados por el FDA 2011. Disponible desde internet en: http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/MedicamentosAprobadosParaTratarLaInfeccionPorEIVIH_FS_sp.pdf [Con acceso el 24-04-2012]
50. FLORENCIO R. [Publicación en línea] Caracterización de cepas de *Cándida albicans* aisladas de la cavidad oral de pacientes portadores de VIH y sanos 2008. Disponible desde internet en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/18582254.pdf> [Con acceso el 09-04-2012].
51. JAN L. THORKILD K. NIKLAUS L. Periodontología Clínica e Implantológica Odontológica. 4^{ta} Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 2005.
52. VIH Y SIDA. [publicación en línea] Infecciones por virus en el SIDA 2009. Disponible desde internet en: <http://www.ctv.es/USER/fpardo/vihvir.htm> [Con acceso el 04-10-2012]
53. Escribano B. Bascones M. [publicación en línea] Leucoplasia oral: Conceptos actuales 2009. Disponible desde internet en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n2/original3.pdf> [Con acceso el 05-10-2012]
54. Hernández R. García H. Ferrando J. [publicación en línea] Sarcoma de Kaposi 2012. Disponible desde internet en: <http://www.medcutan-ila.org/articulos/2012/2/pdf/02educacionmedicacontinuada01.pdf> [Con acceso el 04-10-2012]

55. SCIENCEDIRECT. [publicación en línea] EMC-Tratado de Medicina, linfoma no Hodgkin diagnóstico y tratamiento 2012. Disponible desde internet en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541012611398> [Con acceso el 05-10-2012]
56. ONCOLOGIST-APPROVED CANCER INFORMATION FROM THE AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY. [publicación en línea] Linfoma no Hodgkin 2012. Disponible desde internet en: <http://www.cancer.net/cancernet-en-espa%C3%B1ol/tipos-de-c%C3%A1ncer/linfoma-no-hodgkin> [Con acceso el 06-10-2012]
57. PEREA M. CAMPO J. CHARLÉN L. BASCONES A. [publicación en línea] Enfermedad periodontal e infección por VIH: estado actual 2006. Disponible desde internet en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v18n3/03.pdf> [Con acceso el 05-10-2012]
58. MEDIGRAPHIC. [publicación en línea] Prevalencia de periodontitis causada por sobre infecciones en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana 2010. Disponible desde internet en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2010/mp101d.pdf> [Con acceso el 07-10-2012]
59. HERNÁNDEZ S. FERNÁNDEZ C. Metodología de la Investigación. 2ª Edición .Editorial Mc Graw Hill Interamericana, España 2006.
60. PINEDA, E. ALVARADO E. Metodología de la Investigación. 3ª Edición .Editorial Organización Panamericana de la Salud. 2008.

ANEXOS

ANEXO I

HOJA INFORMATIVA PARA LOS PACIENTES

Previo un atento saludo, le comunico que se ha escogido al servicio de CERITSS del hospital Antonio Lorena del cusco, para realizar el trabajo de investigación intitulado **“MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES VIH/SIDA ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES DEL MINSA DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2012”**.

En este estudio se evaluara la prevalencia de manifestaciones, para la cual se dará las pautas necesarias para la recolección de datos mediante una evaluación clínica que será rápida e indolora.

Los beneficios incluyen el consentir en esta investigación una charla de educación de higiene oral y poder formular un protocolo de atención que se aplique paralelo al tratamiento médico al que es sometido para otorgarle una adecuada calidad de vida.

No existe ningún riesgo porque se evaluara clínicamente la cavidad bucal.

Se adjunta a la presente hoja, la hoja de consentimiento informado que deberá firmar para aceptar y ser partícipe de esta investigación.

Atentamente: RUY EDSON QUISPE TUNQUE.

HOJA INFORMATIVA PARA LOS PACIENTES

Previo un atento saludo, le comunico que se ha escogido al servicio de PROCETSS del hospital Regional del cusco, para realizar el trabajo de investigación intitulado **"MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES VIH/SIDA ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES DEL MINSA DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2012"**.

En este estudio se evaluara la prevalencia de manifestaciones, para la cual se dará las pautas necesarias para la recolección de datos mediante una evaluación clínica que será rápida e indolora.

Los beneficios incluyen el consentir en esta investigación una charla de educación de higiene oral y poder formular un protocolo de atención que se aplique paralelo al tratamiento médico al que es sometido para otorgarle una adecuada calidad de vida.

No existe ningún riesgo porque se evaluara clínicamente la cavidad bucal.

Se adjunta a la presente hoja, la hoja de consentimiento informado que deberá firmar para aceptar y ser partícipe de esta investigación.

Atentamente: RUY EDSON QUISPE TUNQUE.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

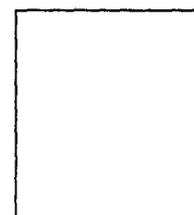
Yo,.....Identificado(a)
con Documento Nacional de Identidad N° he leído (o que se me ha leído)
el documento que contiene información sobre el propósito, beneficio y limitaciones acerca
del trabajo de investigación intitulado **“MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES
VIH/SIDA ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES DEL MINSA DE LA CIUDAD DEL CUSCO,
2012”** realizado por el Bachiller **RUY EDSON QUISPE TUNQUE**, también he sido informado
acerca de los procedimientos pertinentes para el presente trabajo de investigación, el cual
*consiste en la evaluación de la cavidad bucal, así mismo colaborar con las evaluaciones
correspondientes.*

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que
podrían desprenderse de dicho acto, además de tener el derecho de retirar mi
consentimiento antes de que se me realice la evaluación.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que participe en el
presente trabajo de investigación.

.....

FIRMA DEL PACIENTE



HUELLA DIGITAL DEL PACIENTE

N° DNI

ANEXO 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Cusco,..... de del 2012.

Dr. (a).....

Presente.

De mi mayor consideración:

Me es grato dirigirme a Ud., para manifestarle que está en ejercicio el proyecto de tesis para optar el título de cirujano dentista, el cual tiene como título:

“MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES VIH/SIDA ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES DEL MINSA DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2012”.

Para lo cual uso de un instrumento de recolección de información, aparente de la historia clínica odontológica que se elabora, ya que este estudio es de tipo transversal y descriptivo, dicha ficha incluyen los datos que ayudan a encontrar manifestaciones orales en pacientes VIH/SIDA.

Considerando lo expuesto este instrumento debe ser validado por juicio de expertos, por lo que solicito a Ud., tenga bien emitir su opinión al respecto, en calidad de persona entendida en la materia.

Para este fin acompaño a la presente el instrumento de investigación con su respectiva estimación.

Agradezco anticipadamente por su gentil atención y colaboración en este mi estudio de investigación.

Atentamente.

.....
Ruy Edson Quispe Tunque
Bachiller en Odontología – UNSAAC.

ANEXO 4

VALIDACION DEL INSTRUMENTO MEDIANTE CRITERIO DE EXPERTOS

INSTRUCCIONES

El presente documento tiene como objetivo recoger información útil de personas especializadas en el tema: título: **"MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES VIH/SIDA ATENDIDOS EN LOS HOSPITALES DEL MINSA DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2012"** y dar su punto de vista acerca de la validez del instrumento de recolección de datos.

Se compone de nueve ítems que se acompaña con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente.

1	Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2	Representa una absolución escasa de la interrogante planteada.
3	Significa la absolución del ítem en términos intermedios de la interrogante planteada.
4	Representa que el trabajo absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5	Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

Marque con una **X** en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que merezca el instrumento de investigación.

ANEXO 5

EXPERTOS TOMADOS EN CUENTA PARA LA VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

A: Dr. Manuel Montoya Lizarraga. (Infectologo del Hospital Regional del Cusco)

B: Dr. Jimmy R. Flores Zambrano (Infectologo del H.A.L)

C: DR. Felipe Laquihuanaco Loza (Cirujano Dentista, Cirujano Bucal Maxilofacial)

D: C.D. José Luis Chávez Yábar (Cirujano Dentista, Atención Estomatológica De Pacientes Especiales).

PROCEDIMIENTO

1. Se construye la tabla adjunta, donde se colocan los puntajes por ítem y sus respectivos promedios:

N° ÍTEMS	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	5	4	4	4	4.25
2	5	4	5	4	4.5
3	5	4	4	5	4.5
4	5	4	4	5	4.5
5	5	4	4	4	4.25
6	5	4	4	5	4.5
7	5	4	5	5	4.75
8	5	4	4	5	4.5
9	5	4	4	4	4.25

2. Con los promedios hallados se determina la distancia del punto múltiple (*DPP*) mediante la siguiente ecuación:

$$= \frac{(\quad - \quad) + (\quad - \quad) + \dots + (\quad - \quad)}{\quad}$$

Donde:

x = Valor máximo en la escala concedida para cada ítem (en este caso, 5).

y = Promedio de cada ítem.

Si *DPP* es igual a cero (0), significa que el instrumento tiene una adecuación total con lo que pretende medir, por consiguiente puede ser aplicado para obtener la información.

Reemplazando en la fórmula, se tiene:

$$= \frac{(5 - 4,25) + (5 - 4,5) + (5 - 4,5) + (5 - 4,5) + (5 - 4,25) + (5 - 4,5) + (5 - 4,75) + (5 - 4,5) + (5 - 4,25)}{\text{Resultando} \quad = 0.932}$$

3. Determinar la distancia máxima (*D.máx.*) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$(\text{. } \acute{a} \text{ .}) = \frac{(\text{ } - 1) + (\text{ } - 1) + \dots + (\text{ } - 1)}{\text{. } \acute{a} \text{ .}}$$

Donde:

y = Promedio de cada ítem.

1 = Valor mínimo en la escala concedido para cada ítem.

Reemplazando en la fórmula, se tiene:

$$\begin{aligned} (\text{. } \acute{a} \text{ .}) &= \frac{(4,25 - 1) + (4,5 - 1) + (4,5 - 1) + (4,5 - 1) + (4,25 - 1) + (4,5 - 1) + (4,75 - 1) + (4,5 - 1) + (4,25 - 1)}{\text{Resultando } (\text{. } \acute{a} \text{ .}) = 9.705} \end{aligned}$$

4. La (*D.máx.*) se divide entre el valor máximo de la escala, que es 5:

$$\frac{(\text{. } \acute{a} \text{ .})}{5} = \frac{9.705}{5} = 1.941$$

5. Con este valor hallado se construye una escala valorativa a partir de cero (0) hasta llegar a (*D.máx.*), dividiéndose en intervalos iguales entre sí, las cuales se denominarán con las letras A, B, C, D y E, donde:

A = Adecuación total.

B = Adecuación en gran medida.

C = Adecuación promedio.

D = Escasa adecuación.

E = Inadecuación.

0,00	1.941	3.882	5.823	7.764	9.705
A					
DPP= 0,932	B	C	D	E	

6. El punto *DPP* debe caer en la zona "A" ó "B", caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de las cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

CONCLUSIÓN

En el presente estudio, el valor hallado del *DPP* para el instrumento sometido a validación, fue de 0,932 y se ubica dentro de la escala valorativa de "A", lo que significa:

Adecuación Total, permitiéndonos el poder aplicarlo a la población objetivo.



ANEXO 6

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA CAVIDAD BUCODENTAL EN PACIENTES VIH/SIDA



Fecha:/...../ 2012.

Hospital Antonio Lorena del Cusco	
Hospital Regional del Cusco	

> DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos (opcional):.....
 N° historia clínica:.....
 Edad (años):.....
 Sexo:.....
 Hábitos:.....
 Ocupación:.....
 Procedencia:.....

> DATOS DE ENFERMEDAD

Marcadores Biológicos	Linfocitos CD4			
	Carga Viral			
Tratamiento	TARGA	Si	No	
	Fecha de inicio de TARGA			
	Adherencia al tratamiento	Buena	Regular	Mala
Otros	Profilaxis			

ESTUDIO DE LA CAVIDAD ORAL

EXAMEN CLÍNICO:

> MANIFESTACIONES ORALES: (Infecciones fúngicas asociadas)

Número de lesiones:			
Lesiones.	Cándida Pseudomembranosa. (si) (no)	Cándida Eritematosa. (si) (no)	Queilitis angular. (si) (no)
Ubicación			
Labio superior.			
Labio inferior.			
Comisura labial derecha.			
Comisura labial izquierda.			
Mucosa yugal derecha.			
Mucosa yugal izquierda.			
Paladar duro.			
Paladar blando.			
Encías.			
Lengua.			
Piso de boca.			
Oro faríngeo.			
Otros hallazgos clínicos:.....			

ESTUDIO DE LA CAVIDAD ORAL

EXAMEN CLÍNICO:

➤ **MANIFESTACIONES ORALES: (Infecciones virales asociadas)**

Numero de lesiones:			
Lesiones.	Virus herpes simple (si) (no)	Virus herpes zoster (si) (no)	Leucoplasia oral vellosa (si) (no)
Ubicación			
Labio superior.			
Labio inferior.			
Comisura labial derecha.			
Comisura labial izquierda.			
Mucosa yugal derecha.			
Mucosa yugal izquierda.			
Paladar duro.			
Paladar blando.			
Encías.			
Lengua.			
Piso de boca.			
Oro faringe.			
Otros hallazgos clínicos:-----			

ESTUDIO DE LA CAVIDAD ORAL

EXAMEN CLÍNICO:

➤ **MANIFESTACIONES ORALES: (Infecciones bacterianas asociadas)**

Numero de lesiones:			
Lesiones.	Eritema lineal gingival (si) (no)	Gingivitis ulcerosa necrotizante (si) (no)	Periodontitis ulcerosa necrotizante (si) (no)
Ubicación			
Encías.			
Otros hallazgos clínicos:-----			

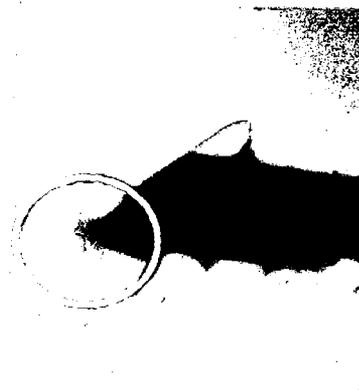
ANEXO 7
GALERIA DE FOTOS
CÁNDIDA PSEUDOMEMBRANOSA



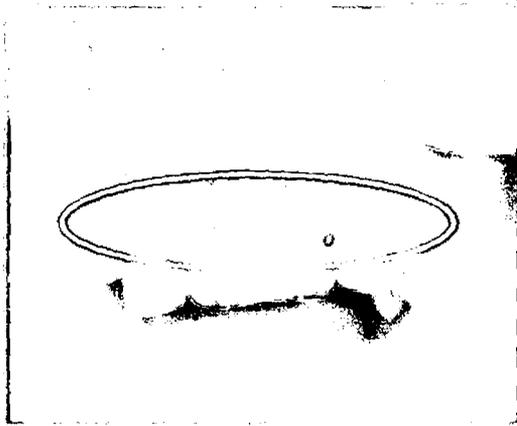
CÁNDIDA ERITEMATOSA



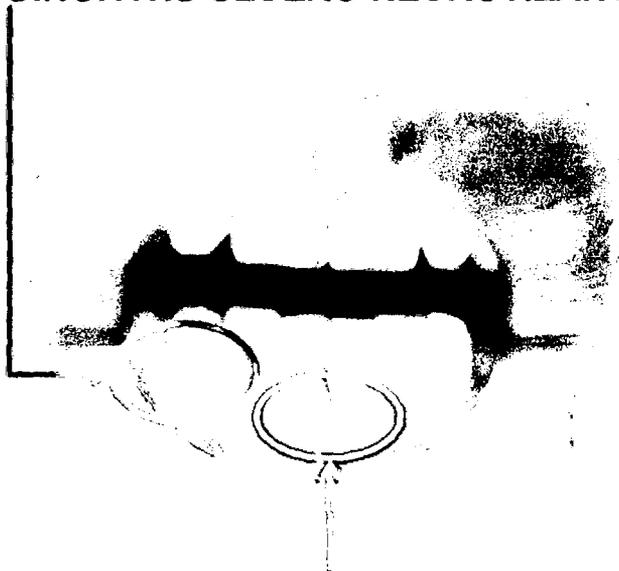
QUEILITIS ANGULAR



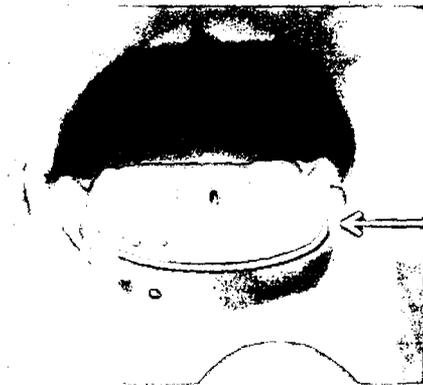
ERITEMA LINEAL GINGIVAL



GINGIVITIS ULCERO NECROTIZANTE



PERIODONTITIS ULCERO NECROTIZANTE



HERPES VIRUS SIMPLE



LEUCOLASIA ORAL VELLOSA

