

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA



NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE ODONTOLOGIA

“PATOLOGÍAS ORALES EN LOS PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS VIH- SIDA, QUE RECIBEN ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL “ISIDRO AYORA” DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO FEBRERO-AGOSTO DEL AÑO 2011”

Tesis previa a la obtención del
Título de grado de Odontólogo
General

AUTOR

SHACEL CASTILLO

DIRECTOR DE TESIS

DR.FRAMCO

LOJA-ECUADOR

2011

CERTIFICACIÓN

Dr. Franco Narváez V.

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICA:

Que la Srta. Shacel Andreína Castillo Jiménez, desarrollo la tesis denominada: **“PATOLOGÍAS ORALES EN LOS PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS VIH- SIDA, QUE RECIBEN ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL “ISIDRO AYORA” DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE EL PERIODO FEBRERO-AGOSTO DEL AÑO 2011”**; cuyo informe fue revisado, analizado y corregido por lo que se autoriza su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal correspondiente.

Dr. Franco Narváez V.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

El contenido del presente trabajo de investigación: conceptos, ideas, opiniones, interpretaciones, conclusiones y recomendaciones son de exclusiva responsabilidad de su autora

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero dar gracias a Dios por mostrarme siempre el camino de bien y la sabiduría, a la Universidad Nacional de Loja, por abrirme sus puertas y permitir mi formación como profesional, a la Carrera de Odontología y sus distinguidos directivos y docentes quienes más que maestros fueron amigos, agradezco a todos mis compañeros por brindarme su amistad incondicional y con quienes compartí los mejores momentos de mi carrera, siempre los llevaré en mi corazón.

Al Dr. Franco Narváez, mi director de tesis quien con su gran voluntad y paciencia me colaboró desinteresadamente para que el trabajo tenga su culminación.

De manera especial a la Clínica del VIH/SIDA del Hospital Isidro Ayora, al Dr. José Miguel Cobos, Dr. Jorge Yaruquí, Lic. Ruth Castro y todos los pacientes quienes sin lugar a duda me permitieron realizar el presente trabajo.

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo y mi carrera fruto del esfuerzo, dedicación y perseverancia de mi vida, lo dedico a las dos personas más importantes de mi vida, mis queridos padres; María y Francisco, quienes durante mi existencia me han enseñado a valorar los grandes desafíos de la vida y a vencer las dificultades que se me presentan el caminar diario.

A mis hermanos, tíos y abuelitos, quienes siempre me estuvieron apoyando y brindando su cariño para seguir adelante.

A mis amigos por no dejarme sola ni un momento y que de una u otra manera contribuyeron para culminar mi carrera.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
ÍNDICE.....	VI
TÍTULO.....	7
RESUMEN.....	9
SUMMARY.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
METODOLOGÍA.....	14
MARCO TEÓRICO.....	18
CAPÍTULO I.....	22
CAPÍTULO II.....	33
CAPÍTULO III.....	43
CAPÍTULO IV.....	50
RESULTADOS.....	53
DISCUSIÓN.....	68
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	74
ANEXOS.....	78

TÍTULO

TÍTULO:

**“PATOLOGÍAS ORALES EN LOS PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS
VIH- SIDA, QUE RECIBEN ATENCION MÉDICA EN EL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL “ISIDRO AYORA” DE LA CIUDAD DE LOJA
DURANTE EL PERIODO FEBRERO-AGOSTO DEL AÑO 2011”**

RESUMEN

La investigación denominada “Patologías Orales en los pacientes portadores del virus VIH/SIDA, que reciben atención médica en el Hospital Provincial General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja durante el periodo febrero-agosto del año 2011”, tuvo una muestra de 92 pacientes, de los cuales 61 son hombres y 31 son mujeres, comprendidos entre las edades de 1-70 años.

Es un estudio de tipo descriptivo-observacional cuyo propósito es conocer las patologías bucales más frecuentes que se presentan en los pacientes con VIH/SIDA, para lo cual se realizó un diagnóstico clínico odontológico, además se indagó sobre el nivel de salud general mediante la entrevista directa con el médico tratante y hábitos de higiene bucal aplicando encuestas previamente elaboradas y dirigidas a los pacientes.

Se ejecutó medidas de prevención primaria como profilaxis y charlas de motivación e información sobre higiene bucodental y su relación con una buena salud general.

Los resultados demostraron que las patologías bucales más frecuentes fueron; gingivitis, periodontitis, estomatitis protésica, queilitis comisural, herpes simple tipo 1, leucoplasia oral, xerostomía y aftas recurrentes.

Finalmente se concluye que el 90% de pacientes con VIH/ SIDA necesitan de atención odontológica urgente, la misma que debe ser brindada con calidad, calidez humana y sobre todo respetando el principio ético de confidencialidad; además se debe efectuar acciones de prevención primaria en salud bucal para de esta manera contribuir al mejoramiento de salud oral y calidad de vida.

SUMMARY

The research called "Oral Pathology in Patients carriers of HIV / AIDS receiving medical care at the Provincial Hospital "Isidro Ayora" the city of Loja in the period from February to August of 2011". It had a sample of 92 patients, of whom 61 are men and 31 women, between the ages of 1 - 70 years.

This is a descriptive and observational study. Its purpose was to know the most common oral pathologies that occur in patients with HIV /AIDS, a dental clinical diagnosis was done, in addition it was asked about general health status through direct interview with the physician of the patient and about the oral hygiene using previously developed surveys applied directly to the patients.

Finally, prevention rules were implemented like prophylaxis and motivational talks and information on oral hygiene and its relationship to overall health.

The results showed that the most frequent oral diseases, gingivitis, Periodontitis, Denture Stomatitis, Commissural Cheilitis, herpes simplex type 1, Oral Leukoplakia, Xerostomia and Recurrent Thrush.

In conclusion, 90% of patients with HIV / AIDS need urgent dental care, it should be provided with quality, warmth and above all respecting the ethical principle of confidentiality, you must also make primary prevention in oral health, contributing in improving oral health and quality of life.

INTRODUCCIÓN

La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo.

“La salud oral se encuentra integrada a la salud general. Una buena salud oral es especialmente importante en las personas que viven VIH/SIDA.

La boca es un escenario por donde desfila una gran cantidad de lesiones durante el transcurso de la enfermedad, lo cual puede complicar el manejo de las condiciones médicas, y crear o exacerbar problemas nutricionales y/o psicológicos en el pacientes.”¹

La salud bucal es un componente muy importante en el manejo de las personas que viven con VIH/SIDA por diversas razones, entre las cuales se pueden destacar:

- “Las lesiones orales pueden ser precursoras de una disminución de la respuesta inmune. Por ejemplo, las lesiones no tratadas de pacientes con candidiasis oral han mostrado progresar al diagnóstico de SIDA en un período de dos años.
- Controlando la infección local en la cavidad oral pueden eliminarse consecuencias adversas tales como infecciones sistémicas.
- Una pobre función de la dentición y boca puede producir efectos adversos en la calidad de vida de los pacientes. Por ejemplo, el dolor oral o incomodidad

¹ LETELIER, María José y Cols, “Recomendaciones para la atención odontológica de personas que viven con VIH”, Chile 2007. www.redsalud.gov.cl/.../85381414c5b811a9e04001011e015920.pdf

pueden causar en los pacientes una disminución de la alimentación, dando como resultado una pérdida de peso, la cual puede ser especialmente problemática y dolorosa en los pacientes con VIH.

- El dolor oral dificulta la deglución (disfagia) y puede ser una barrera no reconocida para la adherencia del tratamiento, esto ilustra la importancia de la coordinación cercana entre los odontólogos y los médicos tratantes.”²

Las manifestaciones bucales han sido características clínica importante de la infección por el VIH desde el principio de esta epidemia. Existen una serie de patologías bucales relacionadas a la infección ocasionada por el virus de inmunodeficiencia humana.

“Se estima que el 90% de las personas con VIH/SIDA desarrollarán al menos un problema bucal relacionado con su patología. En muchos casos, éste puede ser el primer indicio relacionado con la infección por VIH. Estos pacientes requieren mayor atención odontológica que los no infectados: su sistema inmune está comprometido y, cuando ya reciben tratamiento, algunos medicamentos antirretrovirales disminuyen la salivación.”³.

Todas estas situaciones citadas aumenta el riesgo de caries, enfermedad periodontal y otro tipo de lesiones en la boca, como crecimientos celulares anormales, infecciones bacterianas e infecciones vírales o por hongos,

² LETELIER, María José y Cols, “Recomendaciones para la atención odontológica de personas que viven con VIH”, Chile 2007. www.redsalud.gov.cl/.../85381414c5b811a9e04001011e015920.pdf

³ ACOSTA, Blanca, “Atención al paciente VIH/SIDA: Legislación y Bioseguridad Odontológica en Colombia” Colombia 2009.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s1726569x2006000100003&script=sci_arttext

haciendo necesario que consulten en más oportunidades y requieran de intervenciones tempranas para prevenir daños mayores.

Por lo anterior es necesario entregar a estos pacientes una atención integral la cual debe incluir los cuidados de su salud bucal, por lo que el equipo odontológico debe encontrarse incorporado o en coordinación con el equipo de atención integral de personas que viven con VIH/SIDA.

La Federación Dental Internacional (FDI) reconoce que los odontólogos deben proporcionar tratamiento dental a todos los pacientes VIH-seropositivos, incluyendo aquellos donde la infección ha progresado a SIDA.

Los Odontólogos tienen un rol importante en el control de pacientes VIH positivos al poder detectar los primeros signos de avance de la enfermedad al examinar la cavidad oral.

“Así mismo a pesar del bajo riesgo ocupacional de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre el personal de salud y las personas que viven con VIH, se ha observado reiteradas situaciones de rechazo por integrantes del equipo odontológico a la atención del paciente con infección por el VIH, debido principalmente a un temor de adquirir el VIH él o ella, su equipo, u otro de sus pacientes durante los procedimientos dentales.

Atrás de la discriminación velada se esconde, aunque de manera bastante visible un intento de descalificación de presunta “superioridad” por el hecho de no vivir con el virus. Resulta difícil convencer a funcionarios, personal de salud,

políticos y aún a las empresas con responsabilidad social, sobre la urgente necesidad de trabajar activamente y en conjunto para mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA.”⁴

METODOLOGÍA

1. TIPO DE ESTUDIO

⁴ CRUZ ROJA ECUATORIANA, “Ya es Hora de Hablar Ecuador” Ecuador 2011, Pág. 2

El presente trabajo investigativo fue un estudio de tipo observacional descriptivo.

2. UNIVERSO

El universo comprendieron, 92 pacientes portadores del VIH-SIDA que se encuentran recibiendo atención médica en el Hospital Provincial General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja.

3. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por todos los pacientes que presentaron patologías bucales y que son portadores del VIH-SIDA.

4. CRITERIOS DE INCLUSION

- * Los 92 pacientes con VIH-SIDA, que reciben atención médica en el hospital Provincial General “Isidro Ayora”, durante el periodo febrero-agosto del 2011.
- * Pacientes que firmaron el consentimiento informado para formar parte del estudio.

5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se considerarán como criterios de exclusión a todos aquellos pacientes que de una u otra manera no deseen colaborar con el trabajo investigativo y no firmen el consentimiento informado.

6. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

- 1) Primeramente se procedió hacer firmar el consentimiento informado en el que se manifestaba la voluntad de formar parte de la investigación.
- 2) Mediante el método de observación directa, el instrumental básico para el diagnóstico bucal y el correcto llenado de las historias clínicas odontológicas, se logró determinar la edad, sexo y las patologías bucales más frecuentes presentes en los pacientes portadores del VIH-SIDA.
- 3) Con la ayuda de una entrevista con el médico tratante se logró determinar el grado de salud en el que se encontraban los pacientes con VIH-SIDA, actividad que se realizó durante los días y las horas que el médico realiza la atención médica de estos pacientes.
- 4) Utilizamos encuestas previamente elaboradas para conocer sobre los hábitos de higiene bucal de los pacientes.
- 5) Se realizó actividades para la promoción y prevención de salud bucal en los pacientes VIH-SIDA, impartiendo charlas de prevención en salud bucal a todos los pacientes, con el fin de ayudar a mejorar su salud oral, fomentar buenos hábitos de higiene bucal e informar acerca de las posibles patologías o alteraciones que se pueden presentar debido a su enfermedad.

Se debe recalcar que durante estas charlas todos los pacientes mostraron interés y participaron de manera activa en las mismas, debido a su gran preocupación por tratar de mejorar su calidad de vida.

- 6) Se realizó una profilaxis dental a los 84 pacientes adultos, a seis de ellos no se les pudo realizar esta profilaxis por tratarse de niños en edades tempranas y falta de colaboración.

Todos los procedimientos odontológicos se realizaron teniendo en cuenta las debidas medidas de bioseguridad extremas.

- 7) Finalmente se utilizó el sistema informático excel para el procesamiento de datos y obtención de resultados.

6.1 INSTRUMENTOS

Como instrumentos para la recolección de datos se utilizó:

- Historia clínica odontológica de la U.N.L
- Encuestas
- Material didáctico: rotafolios, pantomas, otros

7. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

7.1. RECURSOS

Recursos Humanos

- Coordinadora de la carrera de Odontología de la U.N.L
- Director del Hospital Provincial General “Isidro Ayora”
- Personal médico de la clínica VIH-SIDA
- Pacientes con VIH-SIDA
- Director de tesis
- Asesores del trabajo investigativo
- Investigadora

Recursos Institucionales

- Hospital Provincial General “Isidro Ayora ” de la Ciudad de Loja
- Universidad Nacional de Loja
- Área de la Salud Humana- Carrera de Odontología

7.2 RECURSOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

Internet	50.00
Transporte	50.00
Digitalización de bibliografía	80.00
Material bibliográfico	120.00
Impresiones	150.00
Material de oficina	50.00
Material odontológico	50.00
Instrumental odontológico	500.00
Material de bioseguridad	100.00
Varios e imprevistos	50.00
TOTAL	1200.00

Todos los gastos para la elaboración de la presente investigación fueron cubiertos en su totalidad por la autora como responsable de la investigación.

MARCO TEÓRICO

ESQUEMA DE MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

1. VIH-SIDA

1.1 Historia de la enfermedad

1.2 Definición

1.3 Formas de transmisión de HIV

1.4 Evolución de la infección

1.5 Terapéutica

CAPITULO II

2. Lesiones orales asociadas al VIH-SIDA

2.1 Micóticas

2.1.1 Candidiasis

2.1.1.1 Candidiasis seudomembranosa

2.1.1.2 Candidiasis eritematosa

2.1.1.3 Candidiasis hiperplásica

2.1.2 Queilitis comisural

2.1.3 Histoplasmosis

2.1.4 Criptococosis

2.2 Virales

2.2.1 Herpes simple

2.2.2 Leucoplasia oral

2.2.3 Verrugas

2.3 Bacterianas

2.3.1 Gingivitis asociada al VIH

2.3.2 Periodontitis asociada al VIH

2.3.3 Periodontitis ulceronecrotizante

2.4 Neoplásicas

2.4.1 Sarcoma de Kaposi

2.5 Otras

2.5.1 Aftas recurrentes

2.5.2 Xerostomía

CAPITULO III

3. Bioseguridad

3.1 Definición

3.2 Principios de la bioseguridad

3.3 Mecanismos de infección

3.4 Recomendaciones en la consulta odontológica

CAPITULO IV

4. Higiene Bucal

4.1 Concepto

4.2 Elementos de higiene bucodental

4.2.1. Cepillos dentales

4.2.2. Pasta dental

4.2.3. Hilo dental

4.2.4. Enjuague bucal

CAPÍTULO I

1._ Virus de Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA

1.1 Historia de la Enfermedad

El 6 de Octubre de 1980 en Los Ángeles, California, Michael Gottlieb, un médico de 34 años de edad dedicado a la inmunología, era consultado por sus colegas para que opinara sobre un cuadro muy extraño que presentaba un joven homosexual.

El paciente que se hallaba internado, era portador de una candidiasis pseudomembranosa de brusca aparición cuya etiopatogenia no respondía a los factores habituales. No era diabético y no había tomado corticoides ni antibióticos. Además de este cuadro el paciente presentaba evidencias serológicas de una inexplicable disminución de glóbulos blancos. Después de un tratamiento intensivo la micosis curó y fue dado de alta.

A los pocos días el joven retornó a la consulta con un cuadro pulmonar, diagnosticado finalmente como neumonía, enfermedad de poca frecuencia en esa época y limitada a casos puntuales de inmunosupresión.

En octubre de 1980 y mayo de 1981 Gottlieb atendió a otros cuatro pacientes con los mismos síntomas, y también homosexuales, a los que, al igual que el primero, murieron al cabo de un periodo más o menos corto. Entonces este inmunólogo comprendió que se hallaba ante algo nunca visto hasta ese momento.⁵

⁵ CECCOTTI, Luis Eduardo. "Manifestaciones Orales del Sida" Edición única, Editorial Médica Panamericana, Argentina, Pág.1

Para la misma época, y sin que existiera conexión alguna entre ellos, el 3 de julio de 1981 el Dr. Alvin Friedman quien comunicaba en New York la presencia de cada vez más frecuente del Sarcoma de Kaposi en homosexuales. Este tumor multicéntrico de origen vascular que afectaba a personas de edad avanzada y consecuencia de agentes inmunosupresores, ahora se veía en jóvenes homosexuales.

La aparición cada vez más frecuente de casos y su prevalencia en la comunidad gay condujeron a que los centros para el control de enfermedades (CDC) organizarán, de la mano del Dr. Jim Curran, la investigación epidemiológica más impresionante que haya desarrollado esa institución en relación con cualquier otra enfermedad.

En 1993 Luc Montagnier y su equipo, en el Instituto Pasteur de Paris, identificaron por fin el virus y lo llamaron LAV (virus de la linfadenopatía).

Más tarde, en los Estados Unidos, Robert Gallo anunció el descubrimiento de un virus al que denominó HTLV III (virus linfotrópico de las células T humanas).

Levy, en el mismo país descubrió otro al que llamó ARN (retrovirus asociado con SIDA).

En mayo de 1986 un subcomité del International Comitee in Taxonomy of Virus Diseases arribó a la conclusión de que se trataba del mismo virus y decidió llamarlo Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).⁶

⁶ CECCOTTI, Luis Eduardo, "Manifestaciones Orales del Sida" Edición única, Editorial Médica Panamericana, Argentina. Pág. 1-2

1.2. Definición:

VIH

Es el virus causal de la enfermedad del sida. La palabra –VIH- es una sigla que significa "Virus de Inmunodeficiencia Humana" la definición de cada una de estas palabras es:

“Virus: Agente etiológico causante de la infección.

Inmunodeficiencia: Este virus ataca al sistema inmunológico o de defensa, es decir el sistema que defiende al cuerpo de la acción de agentes dañinos como virus, bacterias, hongos, protozoarios, etc.

Humana: Este virus únicamente ataca a los seres humanos, no se ha reportado su acción en ningún animal.”⁷

Todos los seres humanos somos susceptibles a contraer el VIH, por esta razón se habla de vulnerabilidad universal, ya que este virus se puede transmitir sin distinción de raza, sexo, opción sexual o condición económica.

“La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad crónica, de curso progresivo e irreversible, la cual produce disminución de la resistencia inmunológica celular, que permite desarrollar infecciones oportunistas y/o neoplasias malignas que eventualmente conducen a la muerte del individuo infectado.”⁸

⁷ VIH/ SIDA, Lo que usted quiere saber. http://www.indetectable.org/pages/vih_sida.htm

⁸ CASTELLANOS, José Luis y Cols., “Medicina en Odontología”, 2da Edición, Editorial El Manual Moderno, México 2002, Pág. 61

SIDA

“Sida es la enfermedad que puede causar el VIH cuando no se toma ningún tratamiento. La palabra sida es una sigla que significa "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

La definición de SIDA realizada por los Center for Disease Control, implica que el recuento de linfocitos CD4 sea inferior a 200 en un paciente infectado por VIH”.⁹

La definición de cada una de estas palabras es:

“Síndrome: Conjunto de síntomas que unidos componen todo un cuadro clínico complejo. En el caso del sida es difícil identificar con certeza cuál es la enfermedad real que tiene una persona, pues los síntomas son parecidos a los de otras enfermedades. Es muy importante enfatizar que estos síntomas son comunes en casi todos los tipos de infecciones y que cuando son característicos de infección por VIH se deben presentar mínimo dos de ellos por un período de dos o tres meses consecutivos.

De Inmunodeficiencia: Porque la acción de este virus tiene lugar directamente sobre el sistema inmunológico o de defensa, destruyendo la cantidad de defensas que necesita el cuerpo para hacer frente a los agentes que le pueden hacer daño.”¹⁰

⁹ LITTLE, James y FALACE Donald, “Tratamiento Odontológico del Paciente Bajo Tratamiento Médico”, 5ta Edición, Editorial Harcourt, Pág. 325

¹⁰ VIH/ SIDA, Lo que usted quiere saber. http://www.indetectable.org/pages/vih_sida.htm

“**Adquirida:** Porque este síndrome y el virus como tal, no está en las personas sino que se adquiere de alguien.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad infecciosa sintomática en la que los linfocitos, en particular, los linfocitos T cooperadores (células CD4) son invadidos y alterados por un retrovirus – el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La disminución gradual subsecuente en el número de las células CD4 provoca una inmunosupresión (perdida de la efectividad de las defensas inmunes del organismo), que coloca al huésped en mayor riesgo de infecciones oportunistas y cáncer.”¹¹

El SIDA representa la etapa final de la infección por el VIH.

1.3. Formas de Transmisión

“El VIH es un virus frágil. No puede vivir por mucho tiempo fuera del cuerpo. Por consiguiente, el virus no puede transmitirse durante las actividades cotidianas como saludar, abrazar o mediante un beso casual, tampoco puede contraer la infección de un asiento de inodoro, un bebedero de agua, una perilla de puerta, platos, vasos, alimentos o de los animales domésticos. Tampoco se puede adquirir el VIH de los mosquitos.”¹²

¹¹ VIH/ SIDA, Lo que usted quiere saber. http://www.indetectable.org/pages/vih_sida.htm

¹²MEDICINEPLUS, “Como prevenir el VIH”

<http://www.salud.gov.pr/Programas/DivisiondePrevencionETSVIH/Pages/DefiniciondelVIHSIDA.aspx>

El VIH se encuentra principalmente en la sangre, el semen o el flujo vaginal de una persona infectada. El VIH se transmite principalmente en 3 formas:

1) Contacto Sexual.- “La infección por VIH a través de esta vía es la que reporta la mayor cantidad de casos ya que los casos por transmisión vía sanguínea y perinatal son muy escasos.

El VIH se encuentra en altas concentraciones en fluidos corporales como el semen, sangre y las secreciones vaginales; por esta razón cuando las personas tienen relaciones sin utilizar el condón y entran en contacto directo con estos fluidos se exponen a adquirir la infección.

Se puede entrar en contacto con estos fluidos cuando hay penetración anal o vaginal sin utilizar el condón. Por otro lado, en la práctica del sexo oral -colocar la boca en el pene o en la vagina - aunque el riesgo puede ser menor que cuando hay penetración, se aumenta si se tragan los fluidos (Como fluidos de la vagina, el líquido que lubrica el pene o el semen si hay eyaculación), se recomienda utilizar barreras de látex.”¹³

Por lo anterior se recomienda realizar prácticas de sexo seguro para prevenir la transmisión del VIH por la vía sexual, especialmente el uso del condón o superficies de látex sobre la zona en que se quiere hacer la práctica penetrativa o la estimulación oral.

¹³ VIH/ SIDA, Lo que usted quiere saber. http://www.indetectable.org/pages/vih_sida.htm

2) Vía Sanguínea.- “A través de sangre infectada; que puede ocurrir si se recibe una transfusión de sangre que tenga el virus, por ello es necesario exigir que esa sangre tenga el sello de calidad que garantiza que no tiene ninguna infección; También existe la posibilidad de adquirir el VIH a través de instrumentos de cirugía u odontología que hayan sido infectados y que no hayan sido desinfectados; en este caso se debe exigir que los instrumentos estén desinfectados; y finalmente si se comparten jeringas cuando se utilizan drogas como la heroína porque estas jeringas pueden transportar sangre infectada de una persona a otra.

3) Vía Perinatal.- Se refiere a la transmisión que puede ocurrir de una mujer embarazada que tiene el virus al bebe que espera; puede ocurrir durante el periodo de gestación (porcentaje muy bajo), durante el parto por contacto del bebe con sangre (por lo que se recomienda realizar cesárea) y durante la lactancia, pues la leche materna tiene pequeñas partículas de virus y sobretodo el bebe al morder el pezón causa pequeñas laceraciones a la madre que sangran y el bebe toma esa sangre.

No todos los bebes que nacen de mujeres con el virus se infectan, se le recomienda a las mujeres embarazadas realizarse la prueba ya que si la madre toma tratamiento antirretroviral se disminuye en un porcentaje bastante alto la posibilidad de que su bebe nazca con el virus, adicionalmente se recomienda la cesárea en el momento del parto y no dar de lactar al bebe.”¹⁴

¹⁴ VIH/ SIDA, Lo que usted quiere saber. http://www.indetectable.org/pages/vih_sida.htm

1.4. Evolución de la Infección

“Cuando individuo resulta infectado por el VIH, puede desarrollar inicialmente una enfermedad transitoria caracterizada por fiebre, tumefacción de los ganglios linfáticos, exantema e inflamación de las meninges.

En general se considera que más del 50% de los sujetos infectados desarrollan una enfermedad febril aguda similar a mononucleosis infecciosa entre 2 y 6 semanas después de la exposición inicial al VIH. Esta sintomatología dura de 10 a 14 días y se cura espontáneamente. Se denomina “periodo de ventana” a la etapa previa en la producción de anticuerpos anti VIH, la cual varía de 3 a 6 semanas, posterior a ella comienzan aparecer éstos y es a partir de entonces cuando el sujeto puede ser diagnosticado a través de exámenes serológicos. Un aspecto de particular importancia lo constituye el hecho de que los anticuerpos circulantes no pueden neutralizar al VIH, debido a que éste posee una notable capacidad para alterar su antigenicidad.”¹⁵

“A partir de la seroconversión, la enfermedad cursa con un largo periodo asintomático (promedio de 10 años), durante el cual continúa la disminución progresiva e irreversible en el número absoluto de linfocitos T4, con inversión de la proporción T4/T8, alergia cutánea y el desarrollo de severos trastornos en la función linfocitaria celular y humoral, los que desembocan al final en la aparición gradual de signos y síntomas característicos de las fases de la enfermedad, como linfadenopatía persistente, fiebre, pérdida de peso, diarrea, sudoración nocturna, erupciones cutáneas, mialgia, artralgias, cefalea y neuropatía, hasta llegar a la fase de SIDA (menos de 200 linfocitos T CD4+ por

¹⁵CECCOTI, Luis Eduardo. “Manifestaciones Orales del Sida”, Edición Única, Editorial Médica Panamericana, Argentina, Pág. 3

mm³, se estima una cifra de 600 a 800/mm³ de sangre en un individuo sano). En esta etapa clínica de la enfermedad el individuo se vuelve muy susceptible al desarrollo de infecciones oportunistas graves, como neoplasias malignas infrecuentes.”¹⁶

1.5. Terapéutica

“No hay forma de eliminar al VIH una vez que entra en el organismo de una persona, pero si hay medicamentos muy efectivos que logran neutralizar al virus, impedir que deteriore el sistema inmunológico, específicamente las células CD4, disminuir la multiplicación del virus y por ende posibilitar a una persona viviendo con el virus del VIH tener una buena calidad de vida durante muchos años.

Estos medicamentos se los conoce como antirretrovirales (ARV) y junto con atención médica especializada ayudar a mantener un estado de salud bueno.

La guía de atención a pacientes con VIH/SIDA, actualizada en noviembre del 2009, indica que una persona debe iniciar el tratamiento ARV cuando:

- Tiene un conteo inferior a 350 células CD4.
- Si tiene más de 350 Cd4 a las personas se les debe realizar un exámen de carga viral y de acuerdo a eso el médico evaluará cuando iniciar ARV. Otro factor para iniciar el tratamiento ARV es la presencia de enfermedades oportunistas.”¹⁷

¹⁶ GATELL, Jm. “Guía Práctica del Sida, Clínica, Diagnóstico y Tratamiento”, 9na Edición, Editorial Masson, España 2007, Pág. 142

¹⁷ COALICIÓN ECUATORIANA P.V.V.S, “Guía de Autocuidado para personas que viven con VIH/SIDA, Ecuador 2011. Pág.4

“El tratamiento antirretroviral de máxima acción (TARMA) tiene como objetivo el aumento de las células CD4 y la disminución de la carga viral a niveles indetectables.

Una vez iniciado el tratamiento ARV no hay que suspenderlo, ya que el virus puede crear resistencia a dichos fármacos, disminuyendo la expectativa de vida de quienes lo toman.

Por lo tanto el tratamiento debe ser ininterrumpido, indefinido, razonado, informado y consensuado entre el médico y el usuario.

Así tenemos:

- 1) **Inhibidores nucleósidos de la Transcriptasa reversa (INTR):** actúan en el momento que el virus está en el núcleo de la célula.
- 2) **Inhibidores NO nucleósidos de la Transcriptasa reversa (INNTR):** actúan en el momento que el virus está fuera del núcleo de la célula.
- 3) **Inhibidores de la Proteasa (IP):** actúan en el momento que el virus está en la proteasa de la célula.
- 4) **Inhibidores de la fusión (IF):** son de última generación y actúan en el momento que el virus está por acoplarse a la célula.

Adherencia es tomar los medicamentos y seguir un tratamiento correctamente, tal como lo indica el médico, en cuanto a la dosis exacta y a la hora indicada.”¹⁸

¹⁸ COALICIÓN ECUATORIANA P.V.V.S, “Guía de Autocuidado para personas que viven con VIH/SIDA, Ecuador 2011. Pág. 5-6

CAPITULO II

2.- LESIONES ORALES ASOCIADAS AL VIH-SIDA

“Las manifestaciones bucales pueden ser el primer signo de la infección por VIH y en consecuencia conducen al odontólogo a realizar los exámenes de diagnóstico necesarios para confirmar la existencia de la enfermedad. La frecuencia y severidad de dichas condiciones se incrementan a medida que la inmunosupresión avanza, producen signos y síntomas que requieren de manejo estomatológico especializado.

El Centro de Colaboración para el Estudio de las Manifestaciones Orales de la Infección por VIH de la OMS clasifica las lesiones bucales en tres grupos de acuerdo al grado de asociación que guardan con la infección por VIH.

2.1. LESIONES MICOTICAS

2.1.1. Candidiasis Oral.- Es la infección oportunista más frecuente y la patología oral del Sida más observada. Es causada principalmente por el hongo *Cándida Albicans*, aunque también otras variedades de *cándida* pueden producir la infección. A menudo constituye la primera manifestación de la infección por VIH, pero no hay que olvidar que también pueden presentarse en otras enfermedades sistémicas que cursan con inmunosupresión, como leucemia, diabetes mellitus, y en cuadros de inmunosupresión inducida por medicamentos.

Suele recidivar varias veces en el mismo paciente a lo largo de la evolución de la infección por VIH.”¹⁹

¹⁹CECOTTI, Luis Eduardo, “El Diagnóstico en Clínica Estomatológica”, 1ra Edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires 2007. Pág. 230-231

Formas Clínicas

2.1.1.1 C. Seudomembranosa.- “Aparece en cualquier región de la mucosa bucal principalmente en el paladar blando, orofaringe y dorso de la lengua. Se presenta con múltiples acúmulos de pseudomembranas blanco-amarillentas de aspecto cremoso, las cuales pueden desprenderse fácilmente con el raspado dejando una superficie eritematosa y a veces sangrante. La condición suele ser asintomática aunque algunos pacientes se quejan de disgeusia, inflamación y ardor de la mucosa. Su presencia indica una evolución hacia etapas más avanzadas de la infección por VIH.”²⁰

2.1.1.2 C. Eritematosa.- “Se presenta como con manchas rojas, únicas o múltiples en cualquier zona de la mucosa principalmente en la superficie dorsal de la lengua, el paladar duro, la encía insertada y la mucosa de los carrillos. Con frecuencia las lesiones cursan en forma asintomática, aunque en ocasiones el paciente puede quejarse de ardor o quemazón, que se agrava con la ingestión de comidas saladas, ácidas, picantes o calientes produciendo trastornos gustativos.”²¹

Esta forma de candidiasis puede ser la manifestación más temprana de la infección por VIH y el tipo de candidiasis más común en estos pacientes.

²⁰ CECCOTTI, Luis Eduardo, “Manifestaciones Orales del Sida” Edición única, Editorial Médica Panamericana, Argentina. Pág. 316

²¹CECOTTI, Luis Eduardo, “El Diagnóstico en Clínica Estomatológica”, 1ra Edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires 2007. Pág. 231

2.1.1.3 C. Hiperplásica.-“Se presenta como placas blancas hiperqueratósicas no desprendibles al raspado, localizadas a menudo en forma bilateral en los bordes laterales de la lengua, comisuras labiales y el paladar.”²²

“Dentro de este tipo de candidiasis tenemos una, cuya formas de presentación es la **hiperplasia papilar palatina**, también llamada papilomatosis palatina, se caracteriza por la presentación de numerosas proyecciones papilomatoides, rojas y edematosas, ubicadas en el paladar duro, muy unidas entre sí y que no superan los 2mm de diámetro cada una. A la etiología candidiásica se le suma el efecto traumático crónico, en especial el producido por prótesis deacrílico mucosoportadas.

2.1.2 Queilitis Comisural.- Se presenta con manchas rojas, grietas, fisuras o pseudomanchas blancas sobre una base eritematosa localizada por lo general en forma bilateral en las comisuras labiales.

Las lesiones suelen provocar dolor y ardor, la colonización de estas lesiones por *C. Albicans* es un hallazgo frecuente en los pacientes VIH positivos.

La apertura bucal amplia o el bostezo suelen causar molestias y ocasionar dolor al abrirse las fisuras.”²³

²² CASTELLANOS, José Luis y Cols, “Medicina en Odontología”, 2da Edición, Editorial EL Manual Moderno, 2002 México, Pág. 68

²³ CECOTTI, Luis Eduardo, “El Diagnóstico en Clínica Estomatológica”, 1ra Edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires 2007. Pág. 246

2.1.3 Histoplasmosis.- “Esta micosis profunda producida por *Histoplasma capsulatum*, en la cavidad oral, la lesión característica es la úlcera, única o múltiple, ubicada en el paladar, las encías y la lengua como sitios preferenciales. Presenta bordes netos pero irregulares, de crecimiento rápido, con sectores blanquecinos necróticos y un característico puntillado rojizo, correspondiente a telangiectasias que suelen producir un sangrado cuando sufren traumatismos.

Son dolorosas y pueden acompañar a lesiones cutáneas o ser las primeras manifestaciones de la micosis.

2.1.4 Criptococosis.- Es la micosis profunda más prevaeciente en pacientes VIH+. Las lesiones orales por este hongo son raras y cuando aparecen se caracterizan por úlceras. Se han observado en el paladar, la lengua y la comisura labial. También se han visto lesiones papuloerosivas en la piel de los labios, cuando se ubican en el paladar pueden producir su perforación “²⁴

2.2. LESIONES VIRALES

2.2.1 Herpes Simple.- “Las lesiones producidas por el virus Herpes simple se presenta como úlceras dolorosas de carácter crónico o recurrente, especialmente en áreas de mucosa queratinizada. En los pacientes inmunodeprimidos las lesiones se caracterizan por su extensión,

²⁴ CECCOTI, Luis Eduardo, “El Diagnóstico en Clínica Estomatológica”, 1ra Edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires 2007. Pág. 232-233

compromiso cutáneo, presentación atípica y respuesta irregular al tratamiento.

En la boca son frecuentes las ulceraciones en la lengua, los carrillos, el piso de la boca, la mucosa de los labios y en el paladar blando, que por el dolor intenso que producen una gran quietud bucal (no comer, tragar, hablar, ni higienizarse), agregadas al cuadro de candidiasis seudomembranosa.”²⁵

2.2.2 Leucoplasia Oral.- “Es una infección viral que generalmente es causada por el virus Epstein-Barr, usualmente aparece debajo de la lengua y con más frecuencia en sus bordes laterales, se presenta como manchas o rayas blancas que parecen estar dobladas o arrugadas, las lesiones habitualmente tienen protuberancias, lo que las hace verse como vellos. Esta infección no está asociada con ningún dolor, la mayoría de los pacientes buscan tratamientos por su aspecto, con la excepción de las protuberancias, la leucoplásia puede confundirse con la candidiasis, pero a diferencia de esta última, las manchas blancuzcas, no pueden eliminarse fácilmente. En ocasiones ambas infecciones, candidiasis y leucoplásia oral pueden presentarse juntas, una sobre la otra. Ambas infecciones deben atacarse con su respectivo tratamiento.

²⁵ ECHEVERIA, José, RUMAROLA, Josep, “El Manual de Odontología”, 2da Edición, Editorial Faesco S.A., España 2008. Pag. 36

2.2.3 Verrugas.- Son provocadas por el **virus Papiloma Humano**, suelen ser pequeñas, lisas o con pequeñas protuberancias y aparecer sólo en un sector determinado de la boca, o presentarse en gran número y en forma dispersa. Para erradicarlas, comúnmente se usa la cirugía con rayos láser, procedimiento que, sin embargo, en ocasiones ayuda a que el microbio se disperse a otras áreas de la boca. También se extraen quirúrgicamente o se queman con nitrógeno líquido, técnica conocida como crioterapia. Las posibilidades de que esta infección regrese una vez eliminada son muy altas.

2.3. LESIONES BACTERIANAS

2.3.1. Gingivitis Asociada al VIH. “La gingivitis asociada al SIDA se presenta como una lesión que afecta el margen gingival, la encía adherente y la mucosa alveolar.

Un intenso eritema puede observarse en la encía marginal en un cuadrante o generalizada. Coexisten áreas de eritema como “salpicadas” sobre la encía adherente y la mucosa alveolar y aun en mucosa de labios y carrillos.

Cerca de 15% de la G-HIV presentan hemorragia gingival al sondaje y el 11% sangran espontáneamente. El dolor puede estar presente.”²⁶

2.3.2. Periodontitis Asociada al VIH.- “La periodontitis asociada al SIDA tiene todas las características de la G-VIH y manifestaciones adicionales

²⁶ CECOTTI, Luis Eduardo, “Clínica Estomatológica Sida, Cáncer y Otras Afecciones” Argentina 2000. Pág.321- 323

como intenso dolor, hemorragia gingival, necrosis de los tejidos blandos y rápida destrucción de los tejidos de sostén. Es progresiva y rara su resolución espontánea.

Desde el punto de vista clínico esta enfermedad se caracteriza por necrosis gingival, pérdida avanzada de inserción y pérdida ósea progresiva. En la mayoría de los casos la periodontitis asociada al VIH se mantiene localizada y a menudo se limita incluso a un solo aspecto del periodoncio.”²⁷

No suele haber formación de bolsa porque la severa necrosis gingival usualmente coincide con la pérdida ósea alveolar.

2.3.3. Periodontitis Ulceronecrotizante.- “Es un cuadro que se caracteriza por un deterioro agresivo de los tejidos gingivoperiodontales. Se manifiesta por una inflamación intensa de las encías, con formación de bolsas periodontales, dolor muy intenso, que el paciente define como un dolor mandibular profundo, sangrado, pérdida de hueso con formación de secuestros, movilidad aflojamiento y a veces expulsión espontánea de piezas dentarias.”²⁸

2.4. LESIONES NEOPLASICAS

²⁷ D, Heidmam y Cols., “Valoración y Profilaxis”, 4ta Edición, Editorial Elsevier Doyman, España 2007. Pág. 114-115

²⁸CECOTTI, Luis Eduardo, “El Diagnóstico en Clínica Estomatológica”, 1ra Edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires 2007. Pág. 248

2.4.1. Sarcoma de Kaposi.- “Es la neoplasia más frecuente en los pacientes VIH positivos, puede ser la primera manifestación de sida o aparecer durante el curso de la enfermedad, se observa con más frecuencia en hombres, en especial homosexuales.

En las mujeres su presencia es rara.

Esta neoplasia se ha asociado etiológicamente al virus herpes 8. Las lesiones pueden aparecer como manchas de color rojo, café, o púrpura, que pueden progresar hasta formar lesiones papulares, nodulares o ulceraciones tumorales, las cuales se desarrollan en cualquier parte de la mucosa bucal, aunque la mayor parte afecta principalmente el paladar duro, encía, lengua, carrillos y labios, también puede extenderse a las glándulas salivales y los ganglios linfáticos.

En su etapa inicial la lesión suele ser asintomática, la misma que durante su evolución puede ulcerarse, sangrar e infectarse, lo cual causa dolor, dificulta la masticación, fonación y la deglución.”²⁹

2.5. OTRAS LESIONES

²⁹ CASTELLANOS, José Luis, DIAZ, Laura, ZARATE, Oscar, “Medicina en Odontología”, 2da Edición, Editorial El Manual Moderno, México 2002. Pág. 69-70

2.5.1. Aftas Recurrentes._ “En el paciente VIH +, las ulceraciones orales constituyeron siempre un problema importante, por frecuencia con que aparecen y el dolor que producen, incrementado por la alimentación y el roce de las lesiones con las piezas dentarias.

Existen dos tipos: las menores o vulgares y las mayores o graves.

Las menores se caracterizan por erosiones de 1 a 5 mm de diámetro, redondas u ovals, de límites netos y regulares amarillentas, con un halo eritematoso que las rodea. Producen un dolor quemante, ardiente, exacerbado con las comidas saladas, picantes o ácidas y también con alimentos duros y ásperos. Duran 7 a 12 días y son resolutorias, es decir, curan sin dejar cicatriz.

Se ubican en la mucosa de revestimiento respetando el dorso de la lengua, el paladar duro, y la encía marginal.

Las mayores son ulceraciones de 1 a 2 cm o más de diámetro, redondas u ovals, con límites netos, a veces irregulares, cubiertas por una membrana gris amarillenta, que se asientan sobre un nódulo de color rojo que suele involucrar una glándula salival menor . Suelen aparecer 1 a 5 elementos, duran 20 días a 1 mes o más. Cuando curan dejan cicatriz y son muy dolorosas.

Se ubican en los labios en la mucosa de los labios, el paladar blando, los bordes de la lengua y los carrillos. Este tipo es más frecuente en los pacientes VIH positivos.”³⁰

2.5.2. Xerostomía

“La xerostomía o sequedad de la boca, es una manifestación clínica de la disfunción de las glándulas salivales.

La disminución o la falta de salivación es un signo muy frecuente en los pacientes VIH+. Los cuadros gastrointestinales y las diarreas profusas generan deshidratación. Los estados febriles prolongados y algunos medicamentos contribuyen a la sequedad oral.

La consecuencia de este cuadro es muy nociva para la salud bucal. Las caries y las patologías gingivoperiodontales son habituales por la falta de autoclisis y protección natural que produce saliva. La ausencia de lubricación posibilita que el roce de los tejidos blandos con las piezas dentarias ocasione ulceraciones.”³¹

³⁰ CASTELLANOS, José Luis, DIAZ, Laura, ZARATE, Oscar, “Medicina en Odontología”, 2da Edición, Editorial El Manual Moderno, México 2002, Pág. 70-71

³¹ SHAFER, Willian, “Tratado de Patología Bucal”, 4ta Edición, Editorial Internacional, México, Pág. 34

CAPÍTULO III

3. BIOSEGURIDAD

3.1. Definición.- Se trata de un comportamiento preventivo (actitudes y conductas) por parte del personal que trabaja en una institución que presta de los servicios de salud, cuyo propósito es disminuir el riesgo del profesional de adquirir infecciones en el medio laboral.

Las precauciones han sido establecidas por diferentes organizaciones como la Organización Mundial de Salud (OMS), el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la Administración para la Seguridad y la Salud Ocupacional (OSHA) de los Estados Unidos, la Asociación Dental Americana (ADA).

3.2. Principios de Bioseguridad

A) Universalidad: “Implica considerar que toda persona puede estar infectada. Asimismo, considerar todo fluido corporal como potencialmente contaminante. Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas sin excepción ni distinción, independientemente de presentar o no patologías.³²

B) Uso de barreras: Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente

³² BARRANCOS, Money, “Operatoria Dental” 3ra Edición, Editorial Mosby, España. Pág.256

contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos.

La utilización de barreras (ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente.

C) Medios de eliminación de material contaminado: Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo de contagio por mal manejo de estos.

3.3. Mecanismos de Infección

La infección en la práctica estomatológica puede producirse por los siguientes mecanismos:

- Contacto directo con la sustancia infectada (lesión, sangre, saliva).
- Contacto directo con objetos contaminados.
- Salpicaduras de sangre o saliva, secreciones nasofaríngeas sobre la piel o mucosa sana o erosionada.
- Contaminación por aerosoles infectados.³³

3.4. Recomendaciones en la Consulta Odontológica

³³ MAMANI, Fredy y Cols. "Bioseguridad en Odontología"
www.monografias.com/trabajos17/bioseguridad-odontologia/

De acuerdo con las recomendaciones de la Federación Dental Internacional, no se debe negar atención dental a personas VIH positivos por causa de su infección.

LAVADO DE MANOS:

“Su finalidad es eliminar la flora bacteriana transitoria, reducir la residente y evitar su transporte.

Por ello es imprescindible el lavado de manos antes y después de la colocación de los guantes. La medida tiene como fundamento la posible existencia de lesiones y abrasiones que no puedan ser advertidas a simple vista, la presencia de sangre impactada debajo de las uñas del profesional y la posibilidad de perforaciones no visibles sobre la superficie de los guantes.

Además deberá incluir la limpieza adecuada del lecho subungueal. Para hacerla efectiva deberá siempre retirarse de las manos todas las alhajas, incluyendo el reloj.

Se recomienda soluciones jabonosas que contengan un 4% de Gluconato de Clorhexidina como ingrediente activo debido a su acción residual. Los jabones en barra pueden convertirse en focos de infección cruzada.

El enjuague debe realizarse con agua fría para cerrar los poros, el secado debe realizarse con servilletas o toallas de papel. Las toallas de felpa pueden convertirse en focos de infección.”³⁴

³⁴ MAMANI, Fredy y Cols. “Bioseguridad en Odontología”
www.monografias.com/trabajos17/bioseguridadodontologia/

Lavarse las manos inmediatamente después de contactar sangre, saliva o instrumental de operatoria.

GUANTES

“Se recomienda para el examen clínico guantes descartables no esterilizados. Para procedimientos quirúrgicos se recomienda los descartables esterilizados. Los guantes reusables deben ser gruesos y se emplean solo para el lavado de instrumentos.

Los guantes contaminados con sangre u otros fluidos deber ser descartados.

Retirar los guantes:

- Luego del uso.
- Antes de tocar áreas no contaminadas o superficies ambientales.
- Antes de atender a otro paciente.

Las manos deben ser lavadas inmediatamente después de retirados los guantes para eliminar la contaminación de las mismas que sucede aún con el uso de guantes.”³⁵

3.- MASCARILLAS

“La mascarilla protege principalmente la mucosa nasal y evita su contaminación por aerosoles originados por el instrumental rotatorio del consultorio. Aunque la

³⁵ MAMANI, Fredy y Cols. “Bioseguridad en Odontología”
www.monografias.com/trabajos17/bioseguidadodontologia/

maskarilla protege la vía nasal y oral, esta última es menos peligrosa pues es la más difícil de transmitir gérmenes patógenos.

Entre las maskarillas descartables, el material de elección es la fibra de vidrio ó la mezcla de fibras sintéticas que filtran mejor los microbios que las de papel.

Debe encajar cómoda y adecuadamente sobre el puente de la nariz para evitar el empañamiento de los protectores oculares.

En los procedimientos quirúrgicos la superficie de la maskarilla debe ser considerada material contaminado por lo que debe evitarse su contacto aún con las manos enguantadas.

PROTECTORES OCULARES

Evitan las lesiones oculares causadas por partículas proyectadas hacia el rostro del operador, a la vez que protege contra infecciones considerando que muchos gérmenes de la flora oral normal son patógenos oportunistas.

Debido a la dificultad para su esterilización hay que lavarlos entre paciente y paciente con agua, jabón germicida o soluciones antisépticas. Luego de ser enjuagados deben ser secados con toallas o servilletas de papel. El procedimiento no debe dañar la superficie del protector.”³⁶

³⁶ MAMANI, Fredy y Cols. “Bioseguridad en Odontología”
www.monografías.com/trabajos17/bioseguridadodontologia

VESTIMENTA DEL PROFESIONAL

“Comprende mandil, pechera y gorro. Tiene por finalidad evitar la introducción de microorganismos en el área de trabajo. Asimismo, evita la contaminación de la ropa normal durante la atención en el consultorio.

Los mandiles deben tener manga larga, cuello alto y cerrado.

ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN DEL CONSULTORIO, MATERIALES Y EQUIPO:

El local asistencial deberá contar de paredes y pisos de fácil lavado, evitando apliques innecesarios o materiales rugosos o porosos que dificulten la higiene del consultorio.

La salivera deberá ser higienizada después de cada paciente eliminando todo tipo de residuos que se pudieran acumular, debiendo utilizar desinfectantes químicos. La mesa de trabajo deberá mantenerse en buenas condiciones de higiene durante toda la jornada de trabajo. Para lograrlo es recomendable colocar sobre el mismo papel descartable, que se cambiará luego de la atención de cada paciente.

ELIMINACIÓN DEL MATERIAL DESCARTABLE:

Los materiales sucios o descartables deberán ser eliminados en forma segura. A tales efectos los objetos o materiales cortopunzantes deberán ser depositados en basureros apropiados tal cual fue señalado en las normas.”³⁷

³⁷ MAMANI, Fredy y Cols. “Bioseguridad en Odontología”
www.monografías.com/trabajos17/bioseguridadodontologia/

CAPÍTULO IV

4. HIGIENE BUCAL

4.1. Concepto

La higiene bucodental es la ejecución de una serie de actividades utilizando diferentes elementos para retirar los residuos de las superficies dentales, tejidos adyacentes, lengua y mucosa bucal.³⁸

4.2. Elementos de Higiene Bucal

4.2.1. Cepillo Dental.-“Es un elemento constituido por manojos de cerdas sujetas a una cabeza, que actúan retirando residuos de las superficies dentales.

Generalmente para adultos y niños, con diferentes mediciones para la cabeza, cuello y mango, acordes a la edad y tipo de necesidad de las personas. Están indicados para usarlos después de cada comida.

El cepillado completo requiere de una cantidad de tiempo diferente para cada persona, y depende de factores como la tendencia innata a la acumulación de placa y detritos; las habilidades psicomotrices; y la adecuación del retiro de alimentos, bacterias y detritos a cargo de la saliva. La adecuación de la limpieza en un tiempo determinado puede establecerse sólo después de que el paciente se cepilla los dientes en varias ocasiones, bajo la supervisión del odontólogo.”³⁹

4.2.2. Pasta Dental.- “Son suspensiones o geles estables que se utilizan sobre el cepillo con el fin de ayudar a la limpieza de las superficies dentales.

³⁸ HERAZO, Benjamín, “Higiene Bucodental y Cepillos Dentales”, Edición única, Editorial Presencia Ltda. Pág. 36

³⁹ O HARRIS, Norman, “Odontología Preventiva Primaria” 2da Edición, Editorial El Manual Moderno, México 2005. Pág. 265

Durante muchos años se utilizaron materiales que en realidad deterioraban la salud oral; entre los cuales se incluían abrasivos, sales de plomo, ácido sulfúrico y acético.

Con el reconocimiento de la necesidad de dentífricos seguros y eficaces la investigación y el desarrollo originaron a los dentífricos disponibles en la actualidad.

4.2.3. Hilo Dental.- Es un elemento de seda o nylon que se introduce en los espacios interproximales de los dientes para retirar residuos de alimentos.

La composición, además de los materiales con que se construye el hilo, puede ser complementada con la adición de cera, fluoruros y fármacos. Limpia las superficies mesiales y distales, supra y subgingival de los dientes, mediante el arrastre de restos de alimenticios por el roce del hilo dental con la superficie dental.

El procedimiento consiste en cortar 20 a 30 cms. del hilo, se enrolla en las puntas alrededor de los dedos medios, se dejan unos 5-6-7 cms., de parte activa y se introduce en los surcos interproximales hasta llegar a la zona subgingival. El resultado es la eliminación de la placa interproximal.

4.2.4. Enjuague bucal.- El enjuague bucal es una solución que suele usarse después del cepillado dental, para eliminar bacterias y microorganismos que se encuentran en boca.

La corrección del mal aliento ha sido el propósito tradicional de los enjuagues bucales. Además del uso cosmético tradicional, en la actualidad se disponen de enjuagues bucales terapéuticos.”⁴⁰

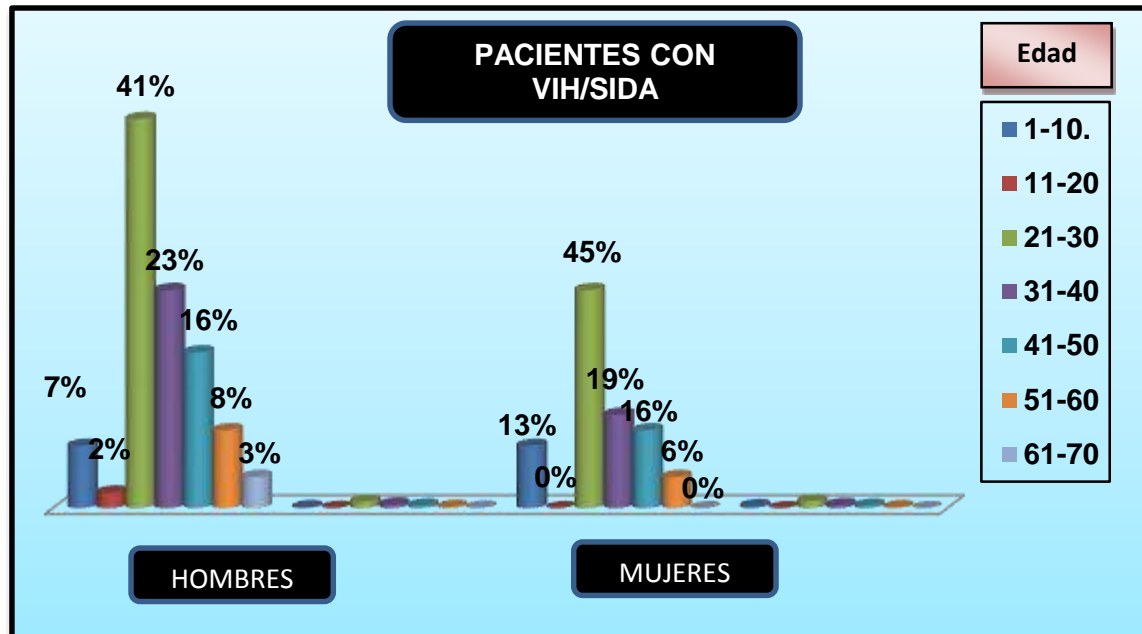
⁴⁰ HERAZO, Benjamín, “Higiene Bucodental y Cepillos Dentales”, Edición única, Editorial Presencia Ltda.
Pág. 35

RESULTADOS

RESULTADOS

GRÁFICO Nº 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON VIH/ SIDA DEL HOSPITAL “ISIDRO AYORA” DE LA CIUDAD DE LOJA POR EDAD Y SEXO



Fuente: Historia Clínica Odontológica de la U.N.L.
Elaboración: La autora

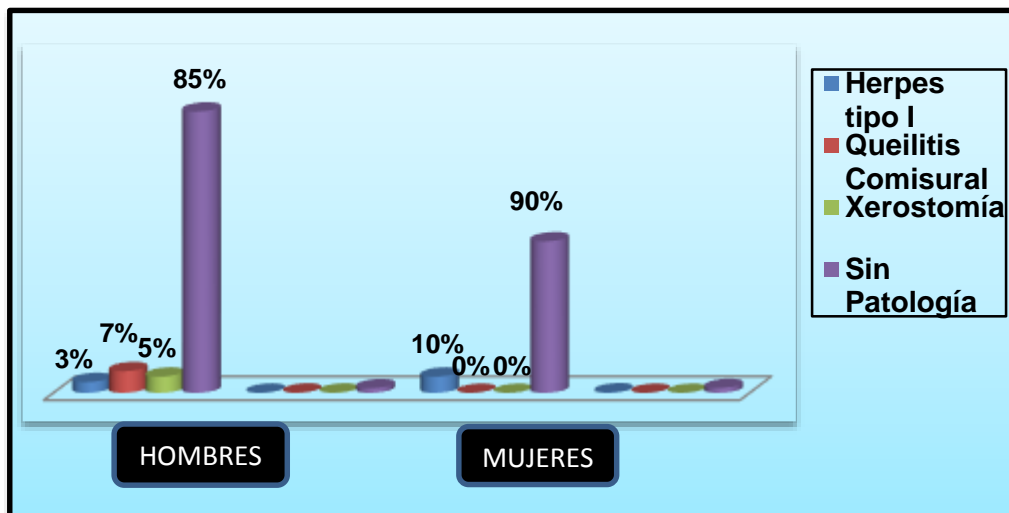
Interpretación:

El presente gráfico nos muestra que en la Clínica del VIH/SIDA del Hospital “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja existen 61 pacientes varones y 31 mujeres.

Existiendo pacientes desde 1 año de edad hasta los 70 años, de los cuales el mayor porcentaje se encuentra entre los 21-30 años con el 45% mujeres y 41% hombres. Concluyendo que existe una gran cantidad tanto de hombres y mujeres en edad joven con VIH/SIDA.

GRÁFICO Nº2

**PATOLOGÍAS PRESENTE EN LABIOS DE LOS PACIENTES CON VIH/ SIDA
DEL HOSPITAL “ISIDRO AYORA” DE LA CIUDAD DE LOJA, DE
ACUERDO AL SEXO**



Fuente: Historia Clínica Odontológica de la U.N.L.
Elaboración: La Autora

Interpretación:

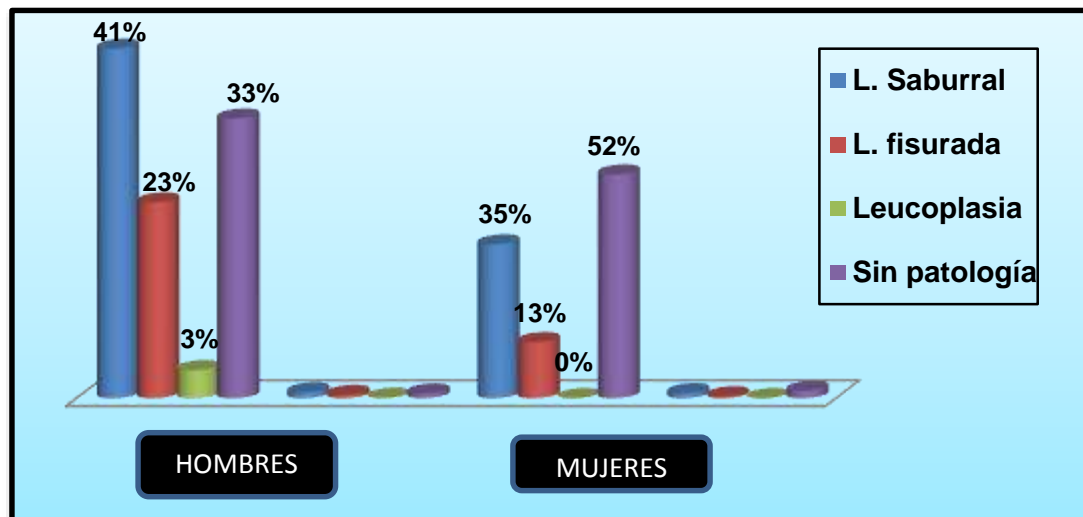
El presente gráfico nos muestra que de los 61 varones (100%), con VIH/ SIDA el 85% no presenta patología alguna en sus labios, el 7% presenta queilitis comisural, 5% xerostomía, 3% herpes tipo 1.

De las 31 mujeres (100%), el 90% no presenta ninguna patología y 10% presenta herpes tipo 1.

En conclusión el herpes labial se presenta con mayor frecuencia en las mujeres, mientras en cuanto se refiere a la queilitis comisural y xerostomía, los varones son los más afectados.

GRÁFICO N°3

PATOLOGÍAS PRESENTES EN LA LENGUA DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LA CIUDAD DE LOJA, DE ACUERDO AL SEXO



Fuente: Historia Clínica Odontológica de la U.N.L
Elaboración: La Autora

Interpretación:

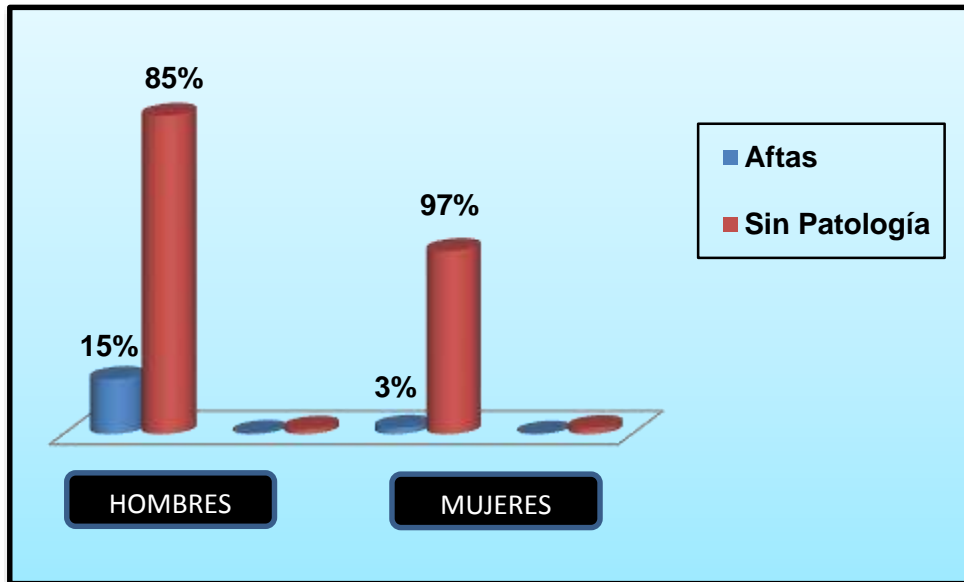
El presente gráfico nos muestra que de los varones con VIH/SIDA, el 41% presenta lengua saburral, el 33% no presentan ninguna patología, el 23% lengua fisurada y el 3% leucoplasia oral.

En cuanto a las mujeres el 52% no presentan patología, el 35% presenta lengua saburral y el 13% lengua fisurada.

De esta manera se puede concluir que en los hombres se presenta con mayor frecuencia algún tipo de patología bucal en la lengua, que en las mujeres.

GRÁFICO Nº 4

PATOLOGÍAS PRESENTES EN LOS CARRILLOS BUCALES DE LOS PACIENTES CON VIH/ SIDA DEL HOSPITAL “ISIDRO AYORA” DE LA CIUDAD DE LOJA, DE ACUERDO AL SEXO



Fuente: Historia Clínica Odontológica de la U.N.L.
Elaboración: La Autora

Interpretación:

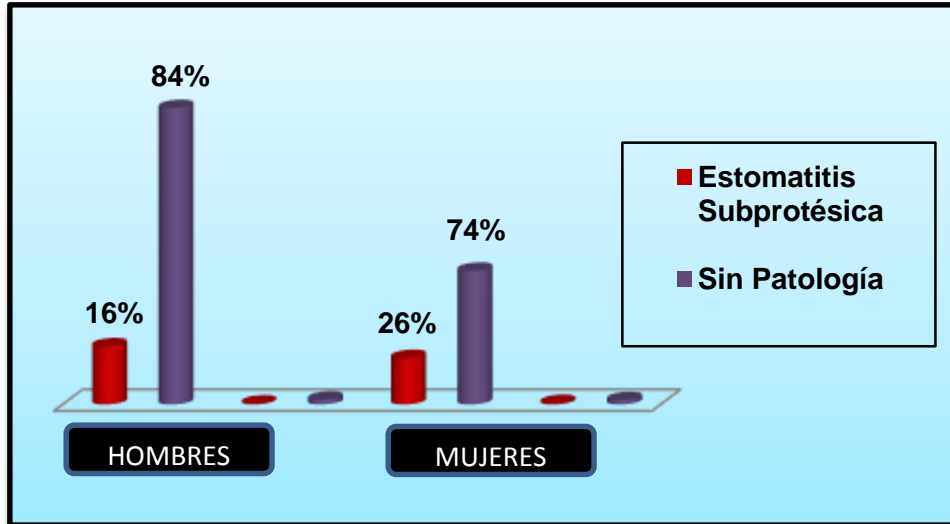
En este gráfico se observa que de los varones con VIH/SIDA, el 85% no presentan ninguna patología y el 15 % presentaron aftas en sus carrillos.

En cuanto a las mujeres el 97% no presentaron ninguna patología y 3% de presentan aftas.

Concluyendo que la presencia de aftas bucales en estos pacientes es relativamente baja.

GRÁFICO N°5

PATOLOGÍAS PRESENTES EN EL PALADAR DE LOS PACIENTES CON VIH/ SIDA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LA CIUDAD DE LOJA, DE ACUERDO AL SEXO



Fuente: Historia Clínica Odontológica de la U.N.L.
Elaboración: La Autora

Interpretación:

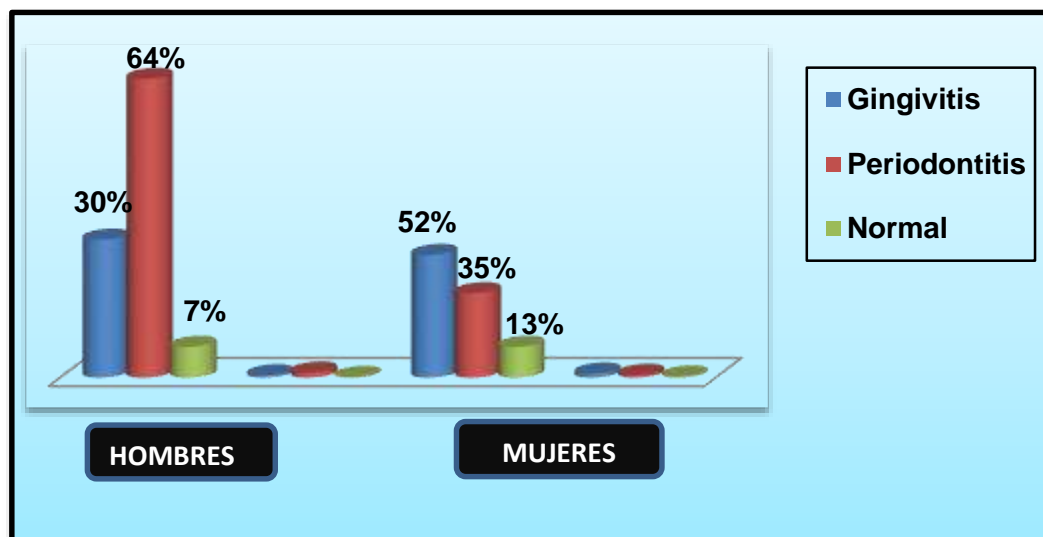
En este gráfico se observa que el 84% de los varones con VIH/SIDA, no presentan ningún tipo de patología en su paladar y el 16% presenta estomatitis subprotésica.

En las mujeres el 74% no presentan ninguna patología y el 26% presentaron estomatitis subprotésica en el paladar.

Concluyendo que la presencia de esta estomatitis subprotésica tanto en hombres y mujeres generalmente se debe a la presencia de prótesis en malas condiciones y falta de higiene bucal.

GRÁFICO Nº 6

ENFERMEDAD PERIODONTAL DE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LA CIUDAD DE LOJA, DE ACUERDO AL SEXO



Fuente: Historia Clínica Odontológica de la U.N.L.
Elaboración: La Autora

Interpretación:

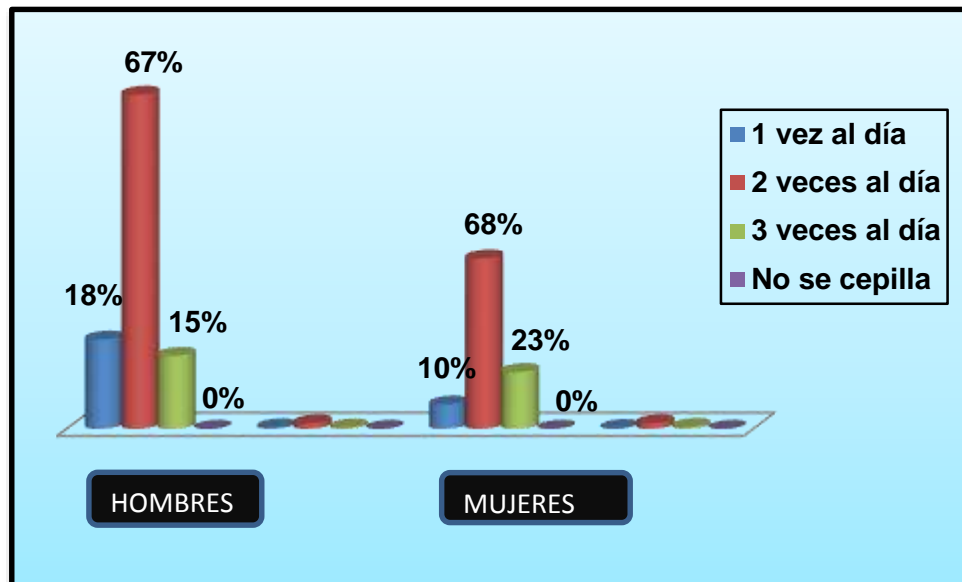
El presente gráfico nos muestra que de los 61 varones (100%), el 64% presenta periodontitis, 30% gingivitis y 7% están sanos.

En el caso de las mujeres es posible observar que el 52% presenta gingivitis, el 35% periodontitis y el 13% están sanas.

Concluyendo que tanto hombres y mujeres se encuentran afectados con enfermedad periodontal, aunque en los varones es más grave la situación debido a que existe un gran porcentaje con periodontitis asociada al VIH, lo cual afecta de manera severa la salud bucal y general, y por ende la calidad de vida de estos pacientes.

GRÁFICO Nº 7

FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL DIARIO DE LOS PACIENTES CON VIH/ SIDA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LA CIUDAD DE LOJA



Fuente: Historia Clínica Odontológica de la U.N.L.
Elaboración: La Autora

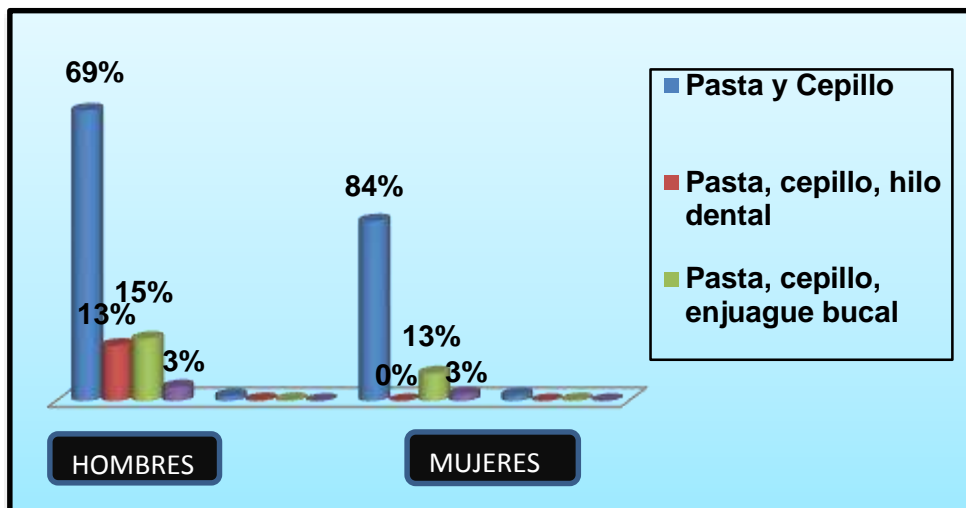
Interpretación:

El presente gráfico nos indica que de todos los pacientes con VIH/SIDA el 67% de hombres se cepillan los dientes dos veces al día, el 18 % una vez al día y el 15% tres veces al día.

De las mujeres el 68% se cepilla dos veces al día, el 23% tres veces al día y el 10% una vez al día.

Concluyendo que existe un mal hábito en cuanto al cepillado dental diario se refiere, ya que todos lo deberían realizarlo 3 veces al día, después de cada comida.

IMPLEMENTOS QUE UTILIZAN LOS PACIENTES CON VIH/ SIDA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LA CIUDAD DE LOJA, PARA REALIZAR EL CEPILLADO DIARIO



Fuente: Historia Clínica Odontológica de la U.N.L.
Elaboración: La Autora

Interpretación:

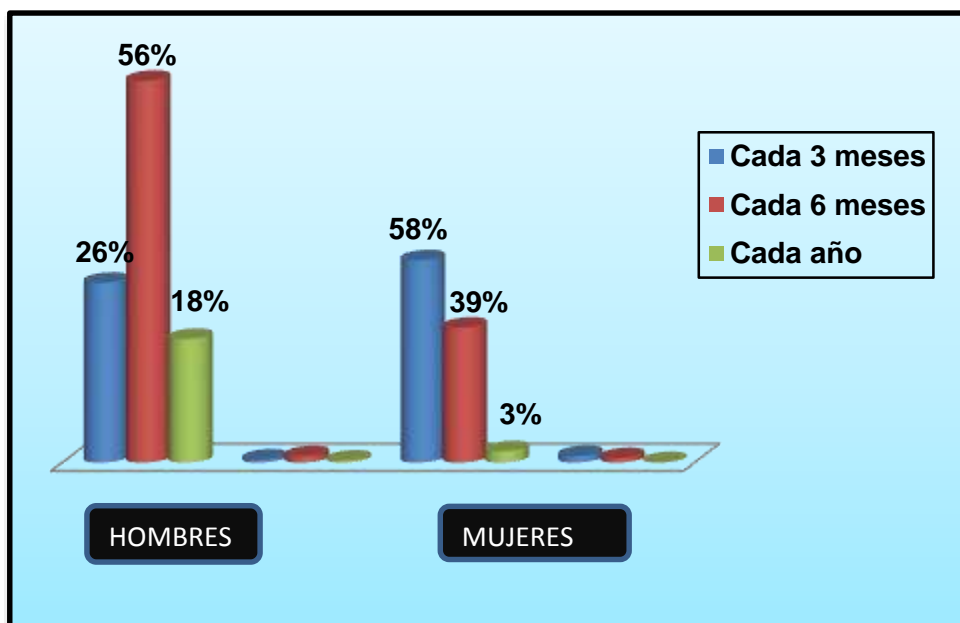
En este gráfico podemos observar que de los varones con VIH/SIDA, el 69% utilizan pasta y cepillo para realizar su higiene bucal, el 15% utiliza pasta, cepillo y enjuague bucal, el 13% pasta, cepillo e hilo dental y el 3% pasta cepillo, hilo dental y enjuague bucal.

En el caso de las mujeres el 84% utilizan pasta y cepillo para realizar su higiene bucal, el 13% pasta, cepillo y enjuague bucal, y el 3% pasta cepillo, hilo dental y enjuague bucal.

Concluyendo que existen muy pocas personas que utilizan todos los implementos necesarios para su higiene bucodental.

GRÁFICO Nº 9

FRECUENCIA CON LA QUE CAMBIAN SUS CEPILLOS DENTALES LOS PACIENTES CON VIH/ SIDA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LA CIUDAD DE LOJA



Fuente: Historia Clínica Odontológica de la U.N.L
Elaboración: La Autora

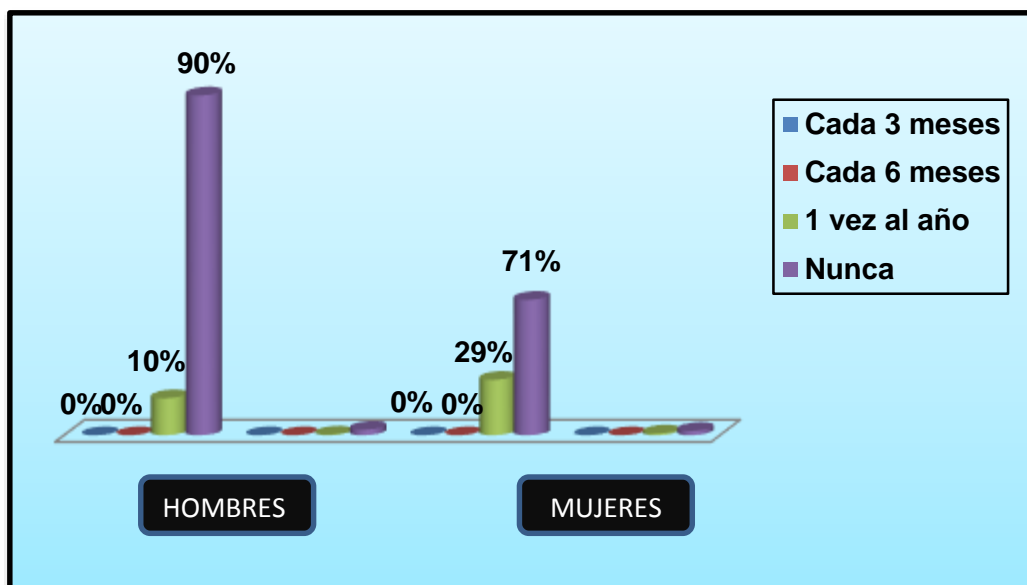
En este gráfico se observa que el 58% de mujeres con VIH/SIDA, cambian su cepillo dental cada tres meses, el 39% cada seis meses y el 3% cada año.

De los hombres el 56% cambian su cepillo dental cada seis meses, el 26% cada tres meses y el 18% cada año.

Por lo cual se puede concluir que las mujeres se preocupan más por cambiar su cepillo dental en el tiempo adecuado, que es cada tres meses, mientras que los varones por falta de información o despreocupación no lo hacen dentro del tiempo recomendado.

GRÁFICO N° 10

FRECUENCIA DE VISITA A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON VIH/ SIDA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LA CIUDAD DE LOJA



Fuente: Historia Clínica Odontológica de la U.N.L.
Elaboración: La Autora

Interpretación:

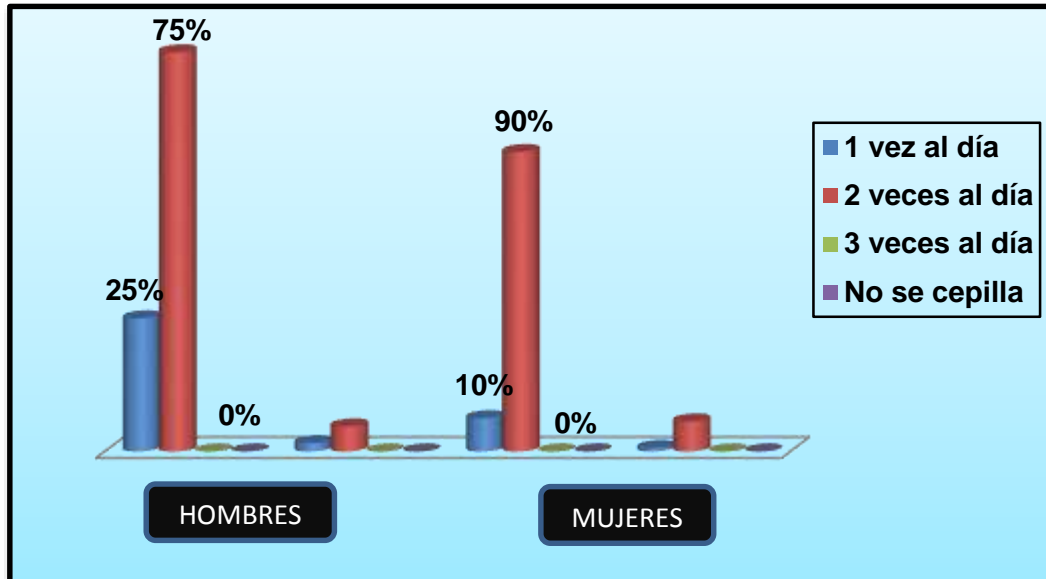
El presente gráfico nos indica que el 90% de hombres y el 71% de mujeres con VIH/SIDA, nunca acuden a la consulta odontológica.

Los que realizan su visita una vez al año son el 29% de mujeres y el 10% de hombres.

Concluyendo que estos pacientes en su gran mayoría no acuden a la consulta odontológica por el temor a la discriminación por parte del personal odontológico o simplemente por falta de tiempo.

GRÁFICO N° 11

FRECUENCIA DE LIMPIEZA DE PROTESIS DE LOS PACIENTES CON VIH/ SIDA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LA CIUDAD DE LOJA



Fuente: Historia Clínica Odontológica de la U.N.L.
Elaboración: La Autora

Interpretación:

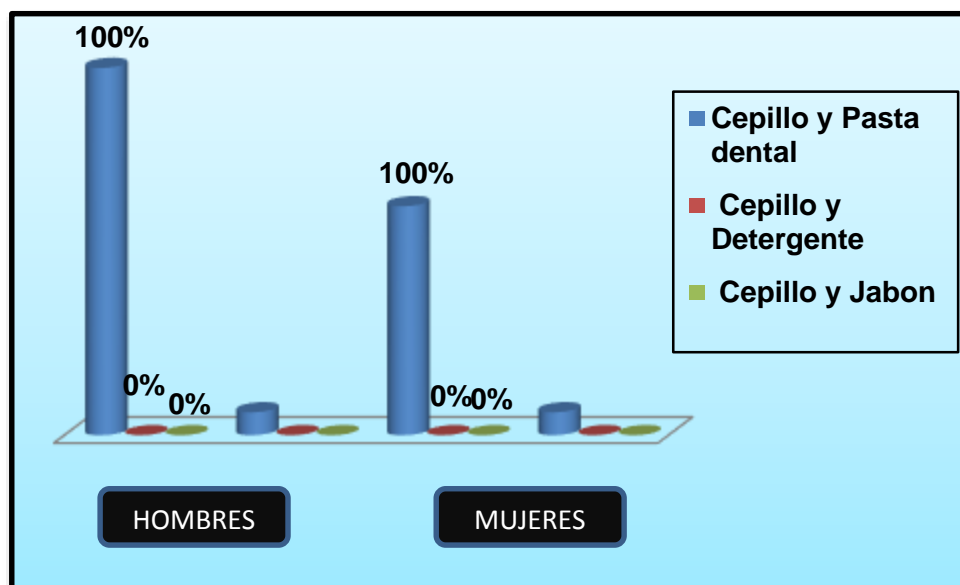
En este gráfico se puede observar que de los 16 pacientes (100%) con VIH/ SIDA portadores de prótesis dental, el 90% de las mujeres y el 75% varones, realizan el aseo de su prótesis dental únicamente dos veces al día.

Quienes realizan la limpieza de sus prótesis una vez al día son: el 25% de hombres y el 10% de mujeres.

Concluyendo que estos pacientes tienen un hábito de limpieza de sus prótesis deficiente, ya que lo correcto sería que realicen esta limpieza tres veces al día, después de cada comida.

GRÁFICO N° 12

IMPLEMENTOS DE ASEO DE LA PROTESIS EN LAS DE LOS PACIENTES CON VIH/ SIDA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LA CIUDAD DE LOJA PORTADORES DE PROTESIS DENTAL



Fuente: Historia Clínica Odontológica de la U.N.L.
Elaboración: La Autora

El presente gráfico nos muestra que el 100% de hombres y mujeres con VIH/SIDA y que son portadores de prótesis dental, realizan la limpieza de sus prótesis con un cepillo y pasta dental, cuando lo correcto es realizar esta limpieza con el cepillo, una sustancia jabonosa y abundante agua.

HÁBITO DE RETIRARSE LA PROTESIS EN LAS DE LOS PACIENTES CON VIH/ SIDA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LA CIUDAD DE LOJA PORTADORES DE PRÓTESIS DENTAL



Fuente: Historia Clínica Odontológica de la U.N.L.
Elaboración: La Autora

Interpretación:

Se observa en el presente gráfico que el 100% de mujeres y el 88% de varones con VIH/ SIDA que son portadores de prótesis dental no se retira sus prótesis en las noches y el 13% de las mujeres lo hacen pero no la colocan en el sitio adecuado.

Concluyendo que lo más saludable sería retirarse la prótesis dental y colocarla en un vaso con agua, para así evitar la proliferación bacteriana durante toda la noche que puede dar lugar a una infección de la mucosa por la acumulación de restos alimenticios.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Refiriéndose al sexo y edad de los pacientes con VIH/SIDA que presentan alguna patología bucal durante el transcurso de la enfermedad, un artículo publicado en Lima – Perú en el año 2007 nos muestra que del total de los pacientes estudiados 74 pertenecían al sexo masculino (57,8%), mientras que 54 pertenecían al sexo femenino (42,2%).

En relación a la edad, el mayor número de pacientes se encontraba ubicado en el grupo de 26 a 35 años (43,8%).⁴¹

Comparando con la investigación realizada en la ciudad de Loja en la Clínica del VIH/SIDA del Hospital “Isidro Ayora” donde se muestra que del total de pacientes examinados 61 pertenecían al sexo masculino (66,3%), y 31 pertenecían al sexo femenino (33,7%). En cuanto se refiere a la edad la mayoría de pacientes se encuentra entre los 21 a 40 años.

Pudiendo darse cuenta que estos datos tienen cierta similitud en cuanto a que el sexo masculino es el más afectado por esta enfermedad y sobre todo que se encuentran en edades cada vez más jóvenes.

Las patologías bucales que afectan con mayor frecuencia a los pacientes con VIH/SIDA, según un estudio realizado en Rusia en el año 2009 nos muestra que “la forma más frecuente de lesiones mucosas orales en pacientes infectados por VIH fue candidiasis visto en el 32% de los pacientes, a menudo

⁴¹ GARIBAY, Lorena, Artículo de Revisión, “Manifestaciones Estomatológicas en Pacientes VIH/SIDA, Departamento Académico Médico Quirúrgico. Facultad de Odontología, Lima Perú, 2007. sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2007_n1/pdf/a12.pdf

como forma aguda pseudomembranosa, típicamente con placas blancas superficiales en la mucosa bucal y lengua, o como queilitis angular.

Las lesiones herpéticas fueron halladas en un 15.4% de los casos. Se halló xerostomía significativa en 14.4% y linfadenopatías regionales en 31.0% de los pacientes VIH.”⁴²

En cuanto a los datos obtenidos en nuestra ciudad de los PVVS examinados, las lesiones herpéticas se encontraron en 13%, xerostomía en 5%, queilitis comisural en 7%, leucoplasia oral en 3%, aftas en 18%, estomatitis en 26% y enfermedad periodontal en el 91% de la población total.

Por lo tanto existe un aumento en la presencia de lesiones bucales en los PVVS, lo cual probablemente se deba a la evolución de la epidemia.

Por lo que respecta a la higiene bucal de los PVVS, un estudio comparativo realizado entre el año 1992 y 2002 nos indica que “el grupo de estudio lo conformaron 200 individuos VIH-positivos. En 1992 se les realizó una exploración odontológica y una encuesta sobre frecuencia de cepillado dental y visitas al dentista. En 2002, se reexaminó y reencuestó a 56 pacientes, para analizar la actitud de este colectivo hacia los cuidados odontológicos y comparar, cuyos resultados fueron que, la higiene oral mejoró

⁴² GILEVA, Olga, y Cols, “Espectro de las manifestaciones orales de VIH/SIDA en la región de Perm (Rusia) e identificación de lesiones orales linguales Ulceronecrotizantes Inducidas” 2006. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1698-44472004000300005&script=sci_arttext

significativamente en un 45% del colectivo, el número de enfermos que visitaba regularmente al dentista aumentó un 15% entre 1992 y 2002.

Comparando con el estudio realizado en nuestra ciudad es posible concluir que la higiene de los pacientes es deficiente, ya que el 85% de los pacientes realizan su cepillado dental una o dos veces al día, el 97% no utiliza todos los implementos necesarios para realizar su higiene bucal y cerca de 90% nunca asisten a la consulta odontológica.”⁴³

Por lo cual se hace necesario implementar medidas urgentes de prevención en salud bucal.

“En 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el Informe sobre la salud bucodental en el mundo, donde se enfatiza la importancia de promocionar la salud bucal, considerada como una parte integral de la salud general y un componente esencial para una buena calidad de vida. “⁴⁴

⁴³ LIMERS, Jacob, y cols, “Cambios en los hábitos de salud oral en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana” Estudio Comparativo, Panamá 2002.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2004000200001&script=sci_arttext

⁴⁴ CRUZ ROJA ECUATORIANA, “Ya es hora de Hablar Ecuador” Ecuador 2011.

CONCLUSIONES

1) El Estado de salud general de los pacientes con VIH/SIDA, se pudo calificar como un estado bueno, debido a que estos pacientes toman sus medicamentos antirretrovirales tal como les indica el médico tratante, realizan sus exámenes de control cada 6 meses, asisten a la revisión médica mensual como está establecido en la Clínica del VIH/SIDA del Hospital "Isidro Ayora" de la Ciudad de Loja, cumpliendo así las medidas de cuidado de salud general para mejorar su calidad de vida.

2) Las principales patologías bucales que presentaron los pacientes con VIH/SIDA que reciben atención médica en el Hospital "Isidro Ayora" de la Ciudad de Loja, son: queilitis comisural, herpes simple tipo 1, leucoplasia oral, gingivitis, periodontitis, estomatitis protésica, xerostomía y aftas recurrentes.

Siendo las manifestaciones bucales más representativas la gingivitis y periodontitis que afectan a la mayoría de los pacientes con VIH/SIDA y la población más afectada la de sexo masculino.

3) En cuanto a los hábitos de higiene bucal se refiere, fue posible observar que casi el 90% de los pacientes con VIH/SIDA, tienen hábitos de higiene incorrectos y por consiguiente un estado bucal deficiente.

4) Se logró ampliar el nivel de conocimientos acerca de las medidas de higiene y cuidado bucal y su importancia con el estado de salud general,

para lo cual se realizaron charlas de motivación e información de salud bucodental.

- 5) Finalmente se intervino mediante acciones de prevención primaria como profilaxis dental, para de esta manera ayudar a mejorar el estado de salud bucal de los pacientes con VIH/SIDA.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Conociendo que las manifestaciones bucales son uno de los primeros síntomas de la enfermedad del VIH/SIDA, es necesario e indispensable mejorar el servicio odontológico para todos los pacientes con VIH/SIDA, el mismo que debe ser cumplido con calidad, calidez y sobre todo teniendo siempre en cuenta el principio ético de confidencialidad al cual tengan accesos todos los pacientes con VIH/SIDA.

Realizar convenios Institucionales con la Universidad Nacional de Loja, a través de la facultad de odontología, con el fin de planificar acciones de educación para incentivar e informar a los pacientes con VIH/SIDA sobre cómo mantener hábitos de higiene bucodental que permitan mejorar la salud oral y sobre todo poder concientizar en ellos la importancia del cuidado bucal y relación con la salud en general.

Hacer conocer los resultados del presente estudio investigativo a las autoridades de la Clínica del VIH/SIDA, del Hospital Provincial "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja para que se realicen las debidas gestiones ante el Ministerio de Bienestar Social y Salud, con el fin de conseguir recursos humanos y materiales para que se implemente un departamento odontológico donde puedan recibir la atención adecuada todos los pacientes con VIH/SIDA.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Libros

- CASTELLANOS, José Luis, DIAZ, Laura, ZARATE, Oscar, “Medicina en Odontología”, 2da Edición, Editorial El Manual Moderno, México 2002.
- CAWSON, R.A. “Fundamentos de Medicina y Patología oral, 8va Edición, 2009
- CECCOTI, Luis Eduardo, “El Diagnóstico en Clínica Estomatológica”, 1ra Edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires 2007.
- CECCOTI, Luis Eduardo, “Clínica Estomatológica Sida, Cáncer, y Otras Afecciones”, 1ra Edición, Editorial Médica Panamericana, Argentina 2000.
- CECCOTI, Luis Eduardo, “Manifestaciones Orales del Sida”, Edición Única, Editorial Médica Panamericana, Argentina.
- COALICIÓN ECUATORIANA P.V.V.S, “Guía de Autocuidado para personas que viven con VIH/SIDA, Ecuador 2011.
- D, Heidmam y Cols., “Valoración y Profilaxis”, 4ta Edición, Editorial Elsevier Doyman, España 2007.
- ECHEVERIA, José, RUMAROLA, Josep, “El Manual de Odontología”, 2da Edición, Editorial Faresco S.A., España 2008.
- GATELL, Jm, “Guía Práctica del Sida, Clínica, Diagnóstico y Tratamiento”, 9na Edición, Editorial Elsevier Masson, España 2007.
- HERAZO, Benjamín, “Higiene Bucodental y Cepillos Dentales”, Edición única, Editorial Presencia Ltda., Colombia.
- LASKARIS, George,” Patología de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes” 1ra Edición, Venezuela, 2006.

- LITTLE, James y FALACE Donald, “Tratamiento Odontológico del Paciente Bajo Tratamiento Médico”, 5ta Edición, Editorial Harcourt.
- O HARRIS, Norman, “Odontología Preventiva Primaria” 3ra Edición, Editorial El Manual Moderno, México 2005.
- SHAFER, Willian, “Tratado de Patología Bucal”, 4ta Edición, Editorial Internacional, México.

WEBGRAFÍA

- ACOSTA, Blanca, “Atención al paciente VIH/SIDA: Legislación y Bioseguridad Odontológica en Colombia” Colombia 2009.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s1726-569x2006000100003&script=sci_arttext
- GARIBAY, Lorena, Artículo de Revisión, “Manifestaciones Estomatológicas en Pacientes VIH/SIDA, Departamento Académico Médico Quirúrgico. Facultad de Odontología, Lima Perú, 2007.
sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2007_n1/pdf/a12.pdf
- GILEVA, Olga, y Cols, “Espectro de las manifestaciones orales de VIH/SIDA en la región de Perm (Rusia) e identificación de lesiones orales linguales Ulceronecrotizantes Inducidas” 2009.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169844472004000300005&script=sci_arttext

- LIMERS, Jacob, y cols, “Cambios en los hábitos de salud oral en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana” Estudio Comparativo, Panamá 2002.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138123X2004000200001&script=sci_arttext

ANEXOS

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el estado de salud bucal de los pacientes que reciben atención médica en el Hospital Provincial General " Isidro Ayora " y que son portadores del virus VIH-Sida, considerando su higiene oral, edad y sexo, e intervención mediante prevención primaria durante el periodo febrero- agosto del 2011

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer el estado de salud general de los pacientes portadores del VIH-SIDA.
- Determinar las patologías bucales, que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) de acuerdo al sexo.
- Establecer los hábitos de higiene oral que practican los pacientes portadores del virus VIH-SIDA, para realizar su limpieza bucal.
- Intervenir con acciones de prevención primaria en los pacientes con VIH-SIDA, teniendo medidas de bioseguridad extremas.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
“ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ENCUESTA:

La presente encuesta va dirigida a los pacientes portadores del VIH-SIDA, y cuyo fin es lograr determinar la higiene bucal del paciente. Así de la manera más comedida se le pide contestar con la veracidad del caso las siguientes preguntas.

1. ¿Se cepilla Ud. los dientes todos los días?

Si No

2. ¿Cuántas veces al día?

Una vez Dos veces

Tres veces Más veces

Ninguna vez

3. ¿Cuál de los siguientes implementos utiliza para su higiene dental?

Pasta Cepillo

Hilo dental Enjuague bucal

Otros

4. ¿Cada que tiempo cambia Ud. el cepillo dental?

3 meses 6 meses

1 vez al año otros

5. ¿Visita Ud. al Odontólogo?

Si

No

¿Por

que? _____

6. ¿Cada que tiempo visita Ud. al odontólogo?

3 meses

6 meses

1 vez al año

Nunca

7. ¿Utiliza Ud. alguna prótesis dental?

Si

No

8. ¿Cuántas veces al día limpia su prótesis?

Una vez

Dos veces

Tres veces

Más veces

Ninguna vez

9. ¿Qué utiliza Ud. para realizar la limpieza de su prótesis?

Pasta

Jabón

Cepillo

Detergente

Otros: _____

10. ¿Se retira la prótesis en las noches al acostarse?

Si

No

Si su respuesta es positiva en que la coloca:

11. ¿Le gustaría a Ud. que se proporcionara charlas de cuidado bucal?

Si

No

¿Por qué? _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor /a: _____

Nombres y Apellidos

En mi calidad de _____

Representante Legal

De: _____

Nombre del Paciente

DECLARO:

Que la Srta. SHACEL A. CASTILLO J. por motivo del desarrollo del proyecto de Tesis denominado: **PATOLOGÍA ORALES EN LOS PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS VIH-SIDA, QUE RECIBEN ATENCIÓN MÉDICA EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL "ISIDRO AYORA" DE LA CIUDAD DE LOJA**, se me realizará:

1. Diagnóstico Clínico Bucal.
2. Fotos de Diagnóstico.
3. Aplicación de Medidas Preventivas de Salud Bucal.

He comprendido todas las indicaciones que se me ha facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y se me ha permitido realizar observaciones y aclarar dudas que se me ha planteado.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

CONSIENTO:

Leído lo anterior, acepto participar en el estudio Descriptivo – Observacional ya que los propósitos de este han sido explicado a mi manifestación.

Loja _____ (Lugar y Fecha)

Odontóloga

Paciente

ESPACIO FÍSICO



DIAGNÓSTICO



CHARLAS DE MOTIVACIÓN



PATOLOGÍAS

Periodontitis



Gingivitis



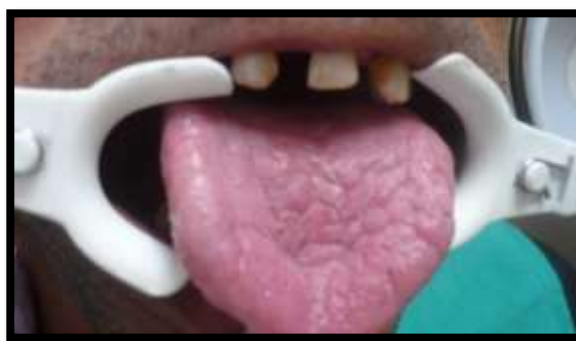
Leucoplasia Oral



Lenqua Saburral



Lenqua Fisurada



Estomatitis Subprotésica



Queilitis Comisural

