

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TIJUANA

PROGRAMA DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**" IMPACTO DE LA SALUD ORAL EN LA CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES VIH/SIDA "**

TESIS

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE: DOCTOR
EN CIENCIAS DE LA SALUD**

PRESENTA

HAYDEÉ GOMEZ LLANOS JUÁREZ

PRESIDENTE

DR. CARLOS ALBERTO GUÍZAR

DR. LUIS ALBERTO GAITAN CEPEDA

DRA. ANA GABRIELA CARRILLO VARGUEZ

SINODAL

SINODAL

DR. MIGUEL ÁNGEL CADENA ALCANTAR DRA. MARÍA ELEUTERIA TORRES ARELLANO

SINODAL

SINODAL

TIJUANA BAJA CALIFORNIA, MÉXICO

ENERO DE 2013

INDICE

AGRADECIMIENTOS	i
DEDICATORIA	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN.....	1
REVISIÓN DE LA LITERATURA	4
Antecedentes	4
Marco teórico	11
Virus VIH1 y VIH-2	11
Inmunopatogenia del VIH/SIDA	12
Clasificación de la infección por VIH/SIDA	14
Manifestaciones clínicas del VIH/SIDA	15
Tratamiento farmacológico de la infección	21
Epidemiología	22
Situación del VIH/SIDA en México	24

Manifestaciones y complicaciones orales	26
Calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas ..	37
Estudios sobre calidad de vida	38
Instrumentos de medición de calidad de vida	39
Planteamiento del problema	43
Justificación	45
Objetivo	48
Hipótesis	49
MATERIALES Y METODOS	50
Tipo de estudio	50
Universo de estudio	50
Criterios inclusión- exclusión	50
Operación de variables	50
Consideraciones éticas	51
Materiales	51
Métodos	52
RESULTADOS	54

ANÁLISIS ESTADÍSTICO	57
DISCUSIÓN	65
CONCLUSIONES	70
LITERATURA CITADA	72
ANEXOS	79
Instrumento OHIP-49	79
Consentimiento informado	86

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo y la culminación de esta tesis no hubiera sido posible sin la colaboración y generosidad del **Dr. Luis Alberto Gaítan Cepeda**, mi eterna gratitud por su tiempo y conocimientos compartidos, gracias por permitirme trabajar en este proyecto, solo puedo decirle que su sencillez lo hacen no solo un gran investigador si no una gran persona.

Agradezco también al **Dr. Carlos Alberto Guízar** sus consejos no solo como Director sino como amigo.

A mis maestros y amigos **Dra. Ana Gabriela Carrillo Varguez y Dr. Miguel Angel Cadena Alcantar** por su entusiasmo, compromiso y entrega para este Doctorado en Ciencias de la Salud, quienes han sido pieza clave en mi formación. Son y serán personas muy importantes en mi vida.

A la **Dra. María E. Torres Arellano**, por sus consejos y sobre todo por el tiempo dedicado a este proyecto.

DEDICATORIA

Hace 3 años inicié un nuevo proyecto en mi vida llamado Doctorado, sin imaginarme lo que pasaría en el transcurso de este, mi ejemplo fue una gran mujer, a quien perdí en estos años, espero que donde quiera que estés, te sientas orgullosa de mí, esta tesis te la dedico con todo mi amor y cariño Mamá.

Y aunque Dios se lleve a esa persona tan importante en mi vida me mando dos para que sean mi motor de vida, gracias por estar a mi lado siempre, en la buenas y en las malas, su amor es mi razón de ser. Con todo mi amor para ti Gilberto y Mariana.

No por ser el último el menos importante, te dedico mi tesis también a ti Papá, gracias por estar conmigo y compartir tantas cosas juntos, por tu cariño incondicional, tu fortaleza y tu ejemplo de vida.

RESUMEN

Impacto de salud oral en la calidad de vida de pacientes VIH/SIDA

Introducción: A pesar de que la infección por VIH es un problema mundial de salud, se desconoce cuál es el impacto que sobre la calidad de vida de estos pacientes tiene la salud oral.

Objetivo: Evaluar el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de pacientes VIH/SIDA.

Metodología: Previo consentimiento informado, a pacientes con diagnóstico confirmado de infección de VIH provenientes del CAPASIT-Tijuana se les aplicó la encuesta “Perfil de impacto de salud bucal” (OHIP-49), donde los puntajes bajos se asocian a buena calidad de vida y puntajes altos a mala calidad de vida. Para determinar el punto de corte del puntaje se utilizó la mediana, de tal forma que puntajes mayores a la mediana se tomaron como “mala calidad de vida”, y el valor inferior a la mediana como “buena calidad de vida”. Se comparó el impacto en relación a género, edad y vía de contagio. Para fines de comparación estadística se utilizó la prueba t de student con un nivel de confianza del 95%.

Resultados: 65 pacientes adultos (promedio de edad 37.8 años; $DE \pm 8.3$, rango 21-56); 21 mujeres, 44 varones fueron incluidos. 45 con vía de contagio por uso de drogas intravenosas y 20 por contagio sexual. 46 tuvieron menos de 40 años y 19 más de 40 años. El promedio de puntaje obtenido, 56.6 ($DE \pm 41.2$;

rango 0 – 165) fue mayor que la mediana (52), lo que indica que este grupo de sujetos VIH+/SIDA tienen una mala calidad de vida en relación a la salud oral. Los segmentos con mayor impacto de la salud bucal fueron incompreensión psicológica, inhabilidad física ($p<0.05$), inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad ($p<0.05$), específicamente en varones por arriba de 40 años.

Conclusión: La salud bucal influye en la percepción de la calidad de vida de sujetos VIH+/SIDA.

Palabras clave: Impacto de salud oral, VIH/SIDA, calidad de vida

ABSTRACT

Oral health impact on quality of life on HIV / AIDS patients

Introduction: Although HIV infection is a global health problem, it is unknown what the impact on the life quality of oral health these patients have.

Objective: To assess the oral health impact on the life quality of HIV / AIDS patients.

Methodology: Prior informed consent, confirmed patients with diagnosis of HIV infection from the CAPASIT-Tijuana were administered the survey "Oral health impact profile" (OHIP-49), where low scores are associated with good life quality high scores and poor life quality. To determine the cutoff score used the median, so that higher scores than the median were taken as "poor life quality", and below the median value as "good life quality." We compared the impact on gender, age and route of infection. For comparison purposes we used statistical Student t test with a 95% confidence level.

Results: 65 adult patients (mean age 37.8 years, SD $\pm$ 8.3, range 21-56), 21 women, 44 men were included. 45 with route of infection by intravenous drug use and sexual transmission 20. 46 were under 40 and 19 over 40 years. The average score obtained, 56.6 (SD $\pm$ 41.2; range 0 - 165) was greater than the median (52), indicating that this group of subjects HIV / AIDS have a poor life quality in relation to oral health. The segments with the greatest impact of oral health were misunderstood psychological, physical disability ($p < 0.05$),

psychological disability, social disability and disability ($p < 0.05$), specifically in men above 40 years.

Conclusion: Oral health affects the perception of the life quality of subjects HIV + / AIDS.

Keywords: Oral health impact, HIV / AIDS, life quality.

INTRODUCCIÓN

El Virus de inmunodeficiencia adquirida se ha convertido en un serio problema de salud pública para un gran número de países en el mundo y México no es la excepción⁽¹⁾. En México para el 2005 se habían notificado 98 933 casos de SIDA y 180,000 personas vivían con VIH.⁽²⁾

A lo largo de los últimos 15 años, se han logrado una serie de avances en la terapéutica de esta enfermedad, como los antirretrovirales que cada vez son más eficaces, otro logro importante ha sido el mejor manejo de las complicaciones relacionadas con la infección, dando como resultado un aumento en el índice de supervivencia de los pacientes ⁽³⁾

El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) tiene un debilitante y crónico curso, efectos secundarios y adversos a largo plazo así como tratamientos inciertos. El término de calidad de vida representa el efecto funcional de una enfermedad y su terapéutica consecuente tal como es percibida por el individuo extendiéndose en tres ámbitos: la función física, la función social y la emocional. La calidad de vida es un concepto multidimensional, la cual se puede conceptualizar como la ausencia de dolor o la habilidad de funcionar en la vida día a día. ⁽⁴⁾

Como se puede esperar, la inmunosupresión del Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) frecuentemente se asocia con una variedad de infecciones oportunistas, enfermedades inmunológicas y malignidad, las cuales podrían ocurrir en la cavidad oral, el VIH/SIDA se transforma en una

enfermedad crónica que aumenta la necesidad de requerir servicios de salud incluyendo el servicio odontológico. ⁽⁵⁾

En el 2003 la Organización Mundial de la Salud publicó un informe sobre la salud bucodental en el mundo enfatizando la importancia de promocionar la salud bucodental, promoviendo que sea considerada como parte integral de la salud general y un componente esencial para una buena calidad de vida.

Se ha observado, que entre el 40 y 50% de personas VIH positivas desarrollan algún tipo de lesión bacteriana, micótica o viral en la boca durante el curso de la infección por VIH. Las manifestaciones bucales asociadas al VIH/SIDA son consideradas un desafío importante para mejorar la salud en el futuro, particularmente en los países en desarrollo. ⁽⁶⁾

En un estudio realizado en Brasil por Pedreira y colaboradores se encontró que el 47% de los pacientes de su estudio presentaron algún tipo de lesión bucal siendo la más frecuente la candidiasis y la enfermedad periodontal y un 40% de los pacientes con VIH/SIDA presentaron necesidades de tratamiento odontológico asociados con desempleo, falta de seguro dental y bajo nivel educativo entre otras variables. ⁽⁷⁾

Las lesiones bucodentales pueden tener un impacto importante en la calidad de vida relacionada con la salud. La salud bucodental está claramente asociada a la salud física y mental, y las personas infectadas por el VIH tienen

más necesidades de salud bucodental, especialmente los niños, y los adultos en lo que respecta a las periodontopatías y caries.⁽⁸⁾

La calidad de vida es una realidad subjetiva y multidimensional, que abarca aspectos variados de la vida de las personas, la cual relacionada con la salud define el impacto que tiene esta sobre la vida y el bienestar del individuo dentro del ámbito específico del VIH-SIDA. Se han realizado varias investigaciones sobre la calidad de vida, en un inicio utilizando instrumentos de evaluación de otras enfermedades.

En la presente investigación se utilizará la versión OHIP-49 (Oral Health Impact Profile) la cual abarca siete dimensiones (limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad, para así evaluar el impacto que tiene la salud oral de los pacientes VIH/SIDA y su calidad de vida permitiendo mejorar la intervención del profesional.⁽⁹⁾

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Antecedentes

En la ciudad de Buenos Aires, Argentina, Sánchez y colaboradores realizaron un estudio en el 2011 con 200 adultos VIH positivos a quienes se les aplicó el cuestionario OHIP-49; el promedio de edad fue de 36.45 y 38.03 años para sexo masculino y femenino respectivamente, de acuerdo a los datos obtenidos por el cuestionario se encontró un impacto social amplio, siendo mayor en el sexo femenino que en el masculino. Los dominios que presentaron el más alto impacto social fueron: limitación de la función (1), dolor físico (2) y el aspecto psicológico (3) ($H = 395.06$, $p < 0.0001$), Los resultados obtenidos en esta investigación demostraron que la insatisfacción bucodental afecta la calidad de vida de los pacientes VIH-SIDA, sugiriendo la necesidad de intervención bucodental integral.⁽⁹⁾

En el 2011 se realizó una investigación en el Instituto de atención infantil para VIH/SIDA en la ciudad de Sao Paulo Brasil, por Massarente y colaboradores determinando la relación de la salud oral con la calidad de vida aplicando el instrumento Oral Health-Related Quality of Life (OHR-QoL) en 88 niños, encontrando que el 23.9% presentó algún síntoma oral, la respuesta directa entre salud oral y bienestar fue del 47.7%, además de mostrar que estos pacientes se cepillaban los dientes menos de dos veces al día.⁽¹⁰⁾

Buczynski, Castro y Souza realizaron una investigación con pacientes VIH-SIDA infantiles en el 2011 para determinar el impacto de la salud oral en su calidad de vida; dichos pacientes se encontraban en un rango de entre los tres y los seis años de edad, el instrumento para medición que utilizaron fue el Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS), encontrando que en el 54.8% (17 niños), el 64.5% presentaban dolor dental, el 23.5% gingivo estomatitis herpética y el 11.8% ambas. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación de ECOHIS y la presencia de dientes restaurados, el tratamiento previo dental, el SIDA y la carga viral; la salud en general de los niños fue buena a pesar de su clasificación inmunológica, concluyendo que la calidad de vida de los niños infectados con VIH se ve afectada negativamente por su salud oral.⁽¹¹⁾

En el 2011 Fan, Kaoy y Cols en Malawi, efectuaron una investigación para determinar la calidad de vida y la necesidad de tratamiento en 267 personas con VIH/ SIDA y 598 no infectados, utilizando la forma SF-36 la cual contenía la subescala del Quality of Life (QoL), encontrando que los pacientes VIH positivo presentaron estadísticamente menor función física, mental y función social.⁽¹²⁾

En la escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paula Brasil en el 2011, Gaspar y cols elaboraron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida de las mujeres con VIH / SIDA, con el Worl Health Organisation Quality of

life (WHOQOL –BREF). El estudio se realizó en las consultas externas especializadas en la atención a pacientes VIH/SIDA. De las 106 mujeres entrevistadas, el 99,1% eran heterosexuales y el 92,4% estaban infectados por vía sexual. Entre los dominios de la calidad de vida, la espiritualidad tuvo la puntuación más alta (65,7), seguido de función física (64,7), psicológicas (60,6), las relaciones sociales (59,5), nivel de independencia (58,6) y el medio ambiente (54,5), siendo esta última la puntuación más baja. Los factores de bajo nivel socioeconómico y educativo se asociaron con diferentes dominios de la calidad de vida.⁽¹³⁾

En la ciudad de Salamanca España, Montero, Yarte y Bravo elaboraron una investigación en el 2011, la muestra fué de 200 pacientes entre los 18-65 años de edad, en este estudio se utilizaron dos instrumentos validados, Oral Impacts on Daily Performance (OIDP-sp) y Oral Health Impact Profile (OHIP-14) para medir la relación de salud oral y calidad de vida. Encontrando que el 68.5% sufrió de algún aspecto de salud oral que impacta en la calidad de vida (OIDP) y un 85% con el instrumento de (OIHP-14). Estos autores concluyeron que pacientes por arriba de los 45 años de edad, de clases sociales altas así como de zonas rurales y pobre higiene presentaron mayor impacto y menor satisfacción.⁽¹⁴⁾

Imam MH y colaboradores del Departamento de Epidemiología del Instituto Nacional de Medicina preventiva y social de Dhaka hicieron un estudio sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes VIH/SIDA. Fué un estudio

transversal en un intento de determinar el nivel y los factores asociados con el Health-related Quality of Life (HQoL) entre las personas que viven con el VIH. Una muestra de conveniencia de 82 personas infectadas con VIH a partir de tres organizaciones no gubernamentales y un Hospital de Enfermedades Infecciosas. Para este estudio se manejo un cuestionario semi estructurado World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF); la mayoría de los encuestados eran de baja calidad de vida (QoL) en todos los ámbitos de la HQoL. La proporción de encuestados con baja calidad de vida fue más alto en el dominio de las relaciones sociales (64,6%), seguido de dominio psicológico (59,8%), el dominio físico (58,5%), el nivel de dominio de la independencia (56,1%), el dominio del medio ambiente (52,4%) y la espiritualidad de dominio (52,4%). Demostraron que la percepción global de la calidad de vida fue mejor en los encuestados que viven en zona urbana. La percepción de la salud en general fue mayor en las mujeres, los encuestados menores de 35 años de edad, asintomático y con un recuento de linfocitos CD4 actual superior a 200 células/mm³. Mencionan que estos resultados destacan la necesidad de un mayor apoyo socio-psico-social y un mejor medio ambiente para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud entre las personas que viven con el VIH.⁽¹⁵⁾

En la Universidad de Mysore India, Basavaraj KH y colaboradores en el 2011 realizaron una revisión sobre la calidad de vida de los pacientes VIH/SIDA, dicha revisión destaca la importancia y la complejidad de los factores físicos, psicológicos y sociales como determinantes de la salud relacionados con la

calidad de vida de las personas infectadas con VIH. Los datos existentes sugieren que las manifestaciones físicas, la terapia antirretroviral, el bienestar psicológico, los sistemas de apoyo social, las estrategias de supervivencia, y el bienestar espiritual, son indicadores importantes de la calidad de vida en esta población. En consecuencia, el impacto de la infección por el VIH en las dimensiones de la calidad de vida, incluyendo la física, bienestar y emocional, los sistemas de apoyo social, y los roles de la vida, se ha convertido en una cuestión clave para las personas infectadas con el VIH. ⁽¹⁶⁾

En la Universidad de Coimbra en Portugal en el 2010 Canavarro en su estudio para determinar la calidad de vida en pacientes VIH/SIDA, utilizando la prueba de World Health Organization Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV) en 200 pacientes, se observó que dicho instrumento presenta una alta consistencia, ya que revela buenas características psicométricas. ⁽¹⁷⁾

En el 2008 Buczynski, Castro y Ribeiro encontraron en niños infectados con VIH de Brasil, una alta prevalencia de lesiones cariosas y enfermedad periodontal y su impacto en la calidad de vida, para ello se estudiaron diversos instrumentos para medir ésta última, dichos instrumentos fueron, Oral Health Impac profile (OHIP) , Dental Impact on Daily Living (DIDL), Oral Impacts on Daily Performance (OIDP), Childrens Oral Health-related Quality of Life (COHQoL) y child version of the Oral Impacts on Daily Performance (CHILD-OIDP) . ⁽¹⁸⁾

En el 2008 en Sudafrica, Yengopal y colaboradores realizaron un estudio en dos grupos de pacientes VIH positivos, el primer grupo con 71 pacientes que presentaban lesiones orales y el segundo grupo con 79 pacientes VIH positivos, pero sin lesiones orales. Encontrando que la candidiasis oral fue la lesión oral más común y que el primer grupo demostró gran impacto en siete de las subescalas de la OHIP.⁽¹⁹⁾

En el 2006 en la Universidad de Sao Paulo, Santos y colaboradores desarrollaron un estudio para evaluar la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA, se seleccionaron 365 pacientes entre hombres y mujeres de 18 años de edad o más. Las puntuaciones de los cuatro dominios (físico, relaciones psicológicas, sociales y medio ambiente) fueron muy similares. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias para el dominio de medio ambiente de acuerdo al color de piel, los negros y pardos obtuvieron las puntuaciones más bajas. Las mujeres también tenían puntuaciones más bajas para los dominios psicológicos y ambientales. En los sujetos de mayores ingresos se asociaron significativamente las puntuaciones más altas en todos los ámbitos de la calidad de vida, excepto para el dominio de las relaciones sociales. Los pacientes con recuentos de células CD4 por debajo de 200 cel / mm³ las puntuaciones fueron más bajas para el dominio físico. En todos los ámbitos puntuaciones significativamente más bajas se

presentaron en aquellos que reciben tratamiento psiquiátrico o con una indicación para este tratamiento.⁽²⁰⁾

Preau, Marcellin y Carriere elaboraron un estudio en pacientes con VIH/SIDA en Francia para valorar la calidad de vida relacionada a la salud en la cual participaron 2235 pacientes utilizando el formato MOS SF-36, encontrando que la calidad de vida física y mental en 1176 pacientes (53%) era aceptable y en 1152 (52%) no lo era, además mencionan que en aquellos pacientes que cursaban con hepatitis C o tomaban ansiolíticos y antidepresivos presentaron datos negativos en su salud física y mental.⁽²¹⁾

Mulligan y colaboradores en la escuela de odontología de la Universidad del Sur de California, en el 2006 realizaron un estudio cuyo objetivo fue comparar la relación de la salud oral y la calidad de vida (OHRQOL) La muestra incluye mujeres infectadas con VIH (87%) y las mujeres en riesgo de infección por el VIH (13%) con un seguimiento de 5,5 años. El OHRQOL se midió utilizando la versión corta del perfil de Impacto en Salud Oral (OHIP-14), que es un instrumento validado. En las mujeres infectadas con VIH el promedio de OHRQOL fue el 10% más pobre que las mujeres no infectadas con VIH. El OHRQOL estaba inversamente relacionada con las enfermedades dentales y periodontales y al hábito de fumar así como el uso de pasta a base de cocaína.⁽²²⁾

Marco Teórico

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un miembro del género *Lentivirus* de la familia *Retroviridae*. También se le llama retrovirus debido a que su genoma se transcribe de Ácido Ribonucleico (ARN) a Ácido Desoxiribonucleico (ADN) dentro de la célula a través de la enzima viral transcriptasa reversa.

A principios de la década de 1980, la búsqueda del agente causal del sida se enfocó en otros virus que provocan inmunodeficiencia, tales como los retrovirus, parvovirus y herpesvirus.⁽²³⁾

Se han conocido dos tipos de virus que se han identificado como los agentes etiológicos del SIDA denominándolos virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); estos dos tipos de virus son genética y antigénicamente diferentes conocidos como VIH-1 y VIH-2. El primero se considera responsable de la pandemia (epidemia a nivel mundial) y el segundo es endémico del África Oriental y es sumamente raro fuera de esta región.⁽²⁴⁾

Los primeros indicios de que el SIDA pudiera ser causado por un retrovirus surgieron en 1983, cuando Barre y Sinoussu recuperaron un virus de un nódulo linfático. Poco tiempo después de la identificación del VIH-1 un segundo virus

fue aislado en Portugal, este virus difería en más del 55% del VIH-1, era antígenamente distinto.

En términos clínicos, los individuos infectados por VIH-2 desarrollan SIDA, pero generalmente sobreviven más tiempo sin la enfermedad que aquellos infectados con VIH-1. Las diferencias potenciales entre ambos tipos de virus no están claras pero las observaciones epidemiológicas reflejan la baja carga viral plasmática en los individuos infectados con VIH-2, que pueden ser hasta 100 veces menor que en los sujetos infectados con VIH-1. ⁽²⁵⁾

Desde el punto de vista morfológico es un virión esférico de 100–200 nm de diámetro, con una nucleocápside electrodensa en forma de cono, rodeada de una bicapa lipídica que proviene de la membrana de la célula huésped, donde se insertan proteínas virales constituidas por moléculas de glicoproteína 120 (gp 120) unida no covalentemente a una proteína que integra la membrana, la glicoproteína 41. La infección se inicia cuando una partícula viral completa toma contacto con una célula con un receptor CD4, uniéndose fuertemente a éste a través de la gp 120. ⁽²⁶⁾

El diagnóstico de la infección por VIH, en estos grupos etarios, se realiza por métodos basados en la detección de anticuerpos anti VIH1 y 2 en el suero de las personas infectadas.

El desarrollo tecnológico nos ha permitido utilizar varias generaciones de técnicas (1er., 2da., 3ra. y 4ta.) con la mejora consiguiente en la sensibilidad y especificidad y con la disminución del llamado período ventana serológica. La duración del período de ventana serológica depende fundamentalmente de la sensibilidad de los métodos de detección. ⁽²⁷⁾

Inmunopatogenia del VIH/SIDA

Los seres humanos constituyen el único reservorio conocido del VIH, aunque algunos virus relacionados, probablemente ancestros, han sido identificados en determinados monos y simios. Los fluidos corporales que tienen una gran cantidad de virus y son capaces de transmisión son la sangre, semen, secreción vaginal y leche materna. La transmisión ocurre fundamentalmente por contacto sexual sin protección, por transfusión de sangre y sus derivados, por inoculación accidental a través de la piel o mucosas y por vía vertical de madre a hijo.

Una vez que el virus ingresa en el cuerpo humano, afecta diversas células del organismo, principalmente los linfocitos ayudadores o linfocitos T CD4, los cuales tienen un rol primordial en la inmunidad mediada por células. En menor magnitud también se afectan monocitos, macrófagos, células dendríticas, células de Langerhans y células de microglia del cerebro.

El primer paso de la replicación viral, es la unión de la célula mediante la interacción de las glicoproteínas gp120 y gp41 presentes en la envoltura del

virus, con los receptores CD4 y los correceptores CCR5 Y CXCR4 de la membrana de la célula afectada.

La alteración inmunológica más importante a consecuencia del VIH es la depleción de linfocitos T CD4+. Generalmente existe una relación inversamente proporcional entre el nivel de linfocitos T CD4+ y la cantidad del virus en sangre. Con la disminución progresiva de estos linfocitos, se evidencia un mayor aumento de la carga viral, lo cual contribuye a su vez a profundizar más el deterioro del sistema inmune. La determinación de la condición inmunológica y el estatus virológico del paciente debe realizarse cada 3-4 meses.⁽²⁸⁾

Clasificación de la infección por VIH/SIDA

Desde enero de 1993 se dispone de una clasificación del desarrollo de la infección, en la cual se plantean tres fases de evolución, las cuales están determinadas por la cantidad de CD4, y por la presencia o ausencia de enfermedades oportunistas. Se clasifican en: (Tabla No. 1)

CATEGORÍA A: Se aplica a la infección primaria y pacientes asintomáticos.

CATEGORÍA B: Se aplica a pacientes que presentan o presentaron síntomas debido a enfermedades no pertenecientes al grupo C, pero relacionadas con la infección con el virus de VIH, o cuyo tratamiento y cuidado puede complicarse debido a la infección por VIH.

CATEGORÍA C: Se aplica a pacientes que presenten algunas situaciones clínicas diagnosticas de SIDA.

Tabla No.1 Clasificación de infección por VIH/SIDA

CATEGORIA EN BASE A	A	B	C (SIDA)
TASA CD4			
$\geq 500 \text{ mm}^3$ ($\geq 29\%$)	A1	B1	C1
$200-499 \text{ mm}^3$ (14-28%)	A2	B2	C2
$<199 \text{ mm}^3$ <14% SIDA	A3	B3	C3

Clasificación de la infección por VIH y criterios de definición de SIDA para adultos y adolescentes

Los pacientes incluidos en las categorías C1,C2,C3,A3 y B3, se consideran afectados de SIDA. Las categorías A3 y B3 son considerados como SIDA exclusivamente por el recuento de linfocitos CD4.

Manifestaciones clínicas del VIH/SIDA

Desde la descripción inicial en 1981 que realizó Gallo y colaboradores sobre casos de neumonía por *P. Carinni* y posteriormente de sarcoma de Kaposi en

hombres homosexuales jóvenes, cada vez se ha asociado un número mayor de manifestaciones clínicas a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Las fases clínicas de la infección-enfermedad por VIH/SIIDA son:

1. Infección aguda retroviral o retrovirosis aguda
2. Período de portador asintomático
3. Fase de complejo relacionado con el SIDA
4. Fase de caso SIDA

Fase de infección aguda retroviral

Se corresponde con la llegada del virus al sujeto y se caracteriza, desde el punto de vista clínico, por dos situaciones:

1era: asintomática, como ocurre en la mayoría de los pacientes

2da: sintomática, en cuyo caso el cuadro clínico presenta síntomas muy variados, a saber:

- a) Síntomas generales: fiebre, faringitis, linfadenopatías (cuadro parecido al de la mononucleosis infecciosa), artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso.

- b) Síntomas dermatológicos: erupción eritematosa maculopapular, urticaria difusa y alopecia
- c) Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones muco cutáneas
- d) Síntomas neurológicos: cefalea, dolor retro orbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré.

En su mayoría, como son manifestaciones tan inespecíficas, es frecuente que médicos y pacientes no les concedan importancia y a su vez se dificulte determinar con exactitud la frecuencia de este cuadro clínico agudo; no obstante, en diferentes estudios se describen como las más comunes: la fiebre asociada a fatiga, la erupción eritematosa maculopapular y el síndrome adénico parecido al de la mononucleosis infecciosa. De forma general, estos síntomas se manifiestan aproximadamente durante seis a ocho semanas y no requieren tratamiento específico, solo sintomático. Mientras más sintomática y duradera sea esta fase, peor pronóstico tendrá la evolución clínica del paciente, caracterizada por una gran viremia inicial, con destrucción de las células del sistema inmunológico y disminución transitoria de su número. Lentamente se produce una respuesta inmune contra el virus, por lo que se reduce el volumen de partículas virales en la sangre, pero continúa su replicación en los órganos linfáticos (sobre todo en ganglios linfáticos y bazo, que constituyen el principal reservorio del virus); o sea, la respuesta inmune inicial no basta para eliminar el virus. Durante esta etapa existe el

inconveniente de que el resultado de la serología del VIH es negativo, aunque los antígenos virales sean positivos.

Fase o período de portador asintomático

Después de la primera, el paciente pasa a la fase más larga de la enfermedad: la de portador asintomático, que en nuestro país tiene una duración promedio de 11,5 años, aunque los nuevos tratamientos la han ido prolongando. El enfermo puede estar asintomático por completo o presentar un síndrome adénico, con las siguientes características: más de tres meses de evolución, ganglios firmes pero no leñosos, móviles e indoloros, sin cambios en la piel que los recubre y ubicados en dos ó más regiones contiguas.

Comúnmente se excluyen las adenopatías de localización inguinal, por la diversidad de causas que las producen; pero cuando son de gran tamaño, deben evaluarse junto con las de otras regiones y tenerlas en cuenta, sobre todo en individuos con factores de riesgo para ser infectados por el VIH. Se denomina linfadenopatía generalizada persistente y de manera general se considera como un esfuerzo o lucha del sistema inmunológico para vencer la infección. Puede o no haber esplenomegalia. Estos pacientes, aunque asintomáticos, representan un gran problema epidemiológico, ya que a través de relaciones sexuales desprotegidas, transmiten la enfermedad e infectan a nuevas personas. A pesar de ello prosigue la replicación del virus, aunque muy baja, por lo cual no hay tal estado de latencia o de no replicación; esto se

asocia con altos títulos de anticuerpos, por lo que el diagnóstico en dicha fase es serológico.

Fase de complejo relacionado con el SIDA

A medida que pasan los años y progresa la enfermedad, le sigue la fase conocida como complejo relacionado con el SIDA, que representa una fase intermedia entre el portador asintomático y la de caso SIDA o final.

Aparecen los primeros síntomas o se presentan enfermedades relacionadas con una inmunodeficiencia subyacente, por lo que estos pacientes ya no estarán como en la fase anterior, pero los problemas serán menos graves que en la siguiente. Esta fase se conoce también como SIDA menor o preSIDA y clínicamente se reconoce por distintos síntomas:

- Generales: malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado y pérdida de peso
- Hematológicos: anemia y trombocitopenia (con o sin síndrome purpúrico)
- Linfadenopáticos: con las características descritas anteriormente
- Respiratorios: tos seca persistente
- Digestivos: diarrea
- Dermatológicos: candidiasis oral (heraldo), dermatitis seborreica, herpes simple recurrente (anal o genital), herpes zoster y verrugas genitales

- Neurológicos: polineuropatía, síndrome ansioso-depresivo y meningitis aséptica.

La duración de esta fase depende de factores como:

- Tipo de cepa viral infectante
- Respuesta inmunológica del huésped
- Tratamiento impuesto, tanto antirretroviral como de cada una de las situaciones clínicas.
- Tratamiento inmunomodulador (factor de transferencia e interferón).

Durante esta fase hay tendencia al aumento progresivo de la replicación viral y a una disminución de las funciones inmunes del organismo.

Fase SIDA o caso SIDA

Es el estadio final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico representa una grave inmunodepresión, con una depleción notable del número de linfocitos CD4, cuya importante participación en la respuesta inmune es bien conocida. Hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico.

Clínicamente se considera que un paciente es un posible caso SIDA cuando tenga alguna de las afecciones relacionadas en la fisiopatología, las que se

han extendido con el tiempo a medida que los centros para el control de enfermedades van informando una alta incidencia de una determinada enfermedad asociada a la infección por el VIH. Suele ser frecuente que un enfermo en esta fase padezca varias afecciones indicadoras de SIDA.

Actualmente, además de las enfermedades indicadoras de SIDA, también se ha incluido para el informe de caso SIDA a pacientes con recuento de células CD4 < de 200 por mm³, con independencia del estado clínico en que se encuentren. Esto se conoce como SIDA inmunológico. ⁽²⁹⁾

Tratamiento farmacológico de la infección

Cuando el VIH penetra en el interior de la célula se establece una interacción compleja entre las proteínas sintetizadas por el ARN vírico y las fabricadas por las células sanas. Solo si se cumplen las condiciones necesarias, el VIH completará su ciclo vital y se replicará. En la replicación del virus hay dos enzimas que juegan un papel muy importante, éstas son la transcriptasa inversa y la proteasa.

La terapia convencional ha venido siendo fundamentalmente de antirretrovirales, (nucleósidos análogos) tales como el AZT o Zidovudina, el DDC o didesoxicitidina, el DDI o didesoxiinosina, entre otros. Estos fármacos obstaculizan la transcripción inversa. Posteriormente y fruto de los trabajos de investigación de diferentes autores, entre los que se

encuentran Chow, Chen y Stevenson (Cfr.Greene,1993) han aparecido otras formas de tratamiento como son los inhibidores de la proteasa.

En la actualidad es común el uso de terapias combinadas, con tres, incluso cuatro fármacos, compuestas por inhibidores de la transcriptasa e inhibidores de la proteasa, las cuales están mostrando excelentes resultados.

El objetivo principal de las nuevas terapias combinadas es reducir al máximo los niveles de carga viral hasta conseguir que sea indetectable el VIH (<20-80 copias/ml), con lo que se pretende evitar que la infección progrese y aumentar así la supervivencia.

No obstante el éxito de los tratamientos respecto al control de la replicación del virus, la capacidad de recuperación del sistema inmunológico es lenta con relación a la tasa de CD4, resultando ser de magnitud inferior a la esperada, pudiendo incluso no ser posible a partir de un cierto grado de deterioro, razón por la cual es conveniente iniciar los tratamientos precisamente a partir del diagnóstico de seropositividad, antes de que se deteriore el sistema inmunológico.⁽³⁰⁾

Epidemiología

El incremento constante de la población de personas que viven con VIH refleja los efectos combinados de las tasas persistentes de altas nuevas infecciones por el VIH y

la influencia beneficiosa del tratamiento antiretrovítico. Hasta diciembre de 2008, aproximadamente cuatro millones de personas en países de ingresos medios y bajos reciben tratamiento; para este mismo año la cifra de nuevas infecciones por el VIH fue de 2.7 millones, se estima que para ese año el número de defunciones en el mundo por enfermedades relacionadas con el SIDA fue de dos millones.

Los datos epidemiológicos más recientes indican que la propagación del VIH a nivel mundial aparentemente alcanzó su punto máximo en 1996, año en el que se contrajeron 3.5 millones [3.2–3.8 millones] de nuevas infecciones por el VIH. En 2008, el número estimado de nuevas infecciones por el VIH fue aproximadamente menos del 30%, menos que el punto máximo de la epidemia registrado 12 años antes. ⁽³¹⁾

El programa de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA), informó que el crecimiento general de la epidemia mundial de SIDA se ha estabilizado y que el número anual de nuevas infecciones por VIH ha estado disminuyendo constantemente desde finales de 1990, así como las defunciones relacionadas con el SIDA, debido a la ampliación del acceso a tratamiento antirretroviral en los últimos años.

ONUSIDA informó en el Reporte Global de la Epidemia de SIDA 2010, que se estiman 33.3 millones de personas viviendo con el VIH en el mundo, 15.9 millones son mujeres y 2.5 millones son menores de 15 años de edad; 2.6 millones de personas se infectaron con el VIH en todo el mundo en 2009, 1.8 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA en

el 2009, 69% de todas las personas que viven con el VIH están en África subsahariana. ⁽³²⁾

Más de 30 millones de personas vivían con él en países de ingresos bajos y medianos en 2009, 53% de las mujeres embarazadas con el VIH en países de bajos y medianos ingresos, recibieron antirretrovirales para la prevención de la transmisión de madre a hijo en 2009. Más de 1000 niños se infectaron con el VIH por día en todo el mundo en 2009.

En Centro y Sudamérica, se estima que existen 1.4 millones de personas viviendo con VIH y se registraron 92 mil nuevas infecciones en el 2009, con una prevalencia de 0.5 casos por 100 habitantes de 15 a 49 años de edad. ⁽³³⁾

Situación del VIH/SIDA en México

En cuanto a la prevalencia de VIH/SIDA en adultos, México ocupa el lugar 16º en América Latina y el Caribe con una prevalencia de 0.3 casos por cada 100 personas de 15 a 49 años de edad y el lugar 42ºa nivel mundial.

Desde el inicio de la epidemia y hasta el 15 de noviembre del 2010, existen 144,127 casos de SIDA notificados, 82.2% (118,444) son hombres y 17.8% (25,683) son mujeres; la relación hombre:mujer del total de casos de SIDA acumulados hasta el año 2010 es de 5:1, siendo de 4:1 en los últimos diez años.

La tasa de incidencia de SIDA del año 2000 es de 8.6 casos por cada 100,000 habitantes, para el año 2005 de 8.2 y en el año 2009 de 5 casos por cada 100,000 habitantes.

Los estados que concentran el mayor número de casos de SIDA son: Distrito Federal 23,244 (16.1%), México 16,065 (11.1%), Veracruz 13,084 (9.1%), Jalisco 11,057 (7.7%), Puebla 6,739 (4.7%), Baja California 6,595 (4.6%), Guerrero 6,111 (4.2%), Chiapas 5,735 (4%), Oaxaca 4,950 (3.4%) y Nuevo León 4,080 (2.8%).

Los estados que tienen la mayor prevalencia de casos de VIH/SIDA son: Quintana Roo con 1.4 casos por 1000 habitantes, Yucatán 1.4; Distrito Federal 1.3; Veracruz 1.2; Guerrero 1.1; Campeche 1.1; Baja California 1.0; Morelos 1.0; Tabasco 1.0 y Baja California Sur 0.9 casos por 1000 habitantes.

El grupo de edad de 25 a 44 años concentra el 65.8% (94,804) de los casos registrados. En el grupo de 15 a 24 años se observa un incremento del número de casos, en 1990 la incidencia de SIDA fue de 2.3 por 100,000 habitantes del grupo de edad, en el año 2000 de 5.0 y en el 2009 de 3.8, lo anterior refleja un incremento del 117.4% entre el año 1990 y el 2000 y del 65.2% entre 1990 y el 2009.

De los casos de SIDA registrados desde el inicio de la epidemia a la fecha actual 34.7% (49,975) están vivos, 57.3% (82,658) ya fallecieron y del 8% se ignora su evolución.

De los casos de SIDA en que se conoce la vía de transmisión, 93.6% de los casos corresponden a la vía sexual, 4.2% a la vía sanguínea (incluye transfusionales, usuarios de drogas intravenosas y exposición ocupacional) y 2.2% a la vía de transmisión perinatal.

En el año 2009 se tienen notificados y registrados 143 casos de VIH/SIDA con vía de transmisión perinatal (105 son casos de SIDA y 38 seropositivos a VIH) y en el 2010 se tienen notificados y registrados 80 casos con esta vía de transmisión (58 SIDA y 22 seropositivos). ⁽³⁴⁾

Manifestaciones y complicaciones orales de la enfermedad por el VIH/SIDA

Las manifestaciones orales se encuentran entre los indicadores más importantes y más tempranos de la infección por el VIH. En la actualidad tres grupos de las manifestaciones orales del SIDA se definen en función de su intensidad y características.

Grupo 1: está integrado por siete lesiones fundamentales, que están asociados fuertemente con la infección, y éstas son:

- 1.- Candidiasis oral
- 2.- Leucoplasia vellosa
- 3.- Sarcoma de Kaposi
- 4.- Eritema gingival lineal
- 5.- Gingivitis ulceronecrosante
- 6.- Periodontitis ulcerativa necrosante
- 7.- Linfoma no Hodgkin

El grupo 2 incluye:

- 1.- Ulceras atípicas
- 2.- Enfermedades de glándulas salivales
- 3.- Infecciones virales como citomegalovirus (CMV)
- 4.- Virus del papiloma (VPH)
- 5.- Virus del herpes zoster (HZV)

En el grupo tres, las lesiones son menos frecuentes que las del grupo uno y dos, dentro de las cuales se encuentra:

- 1.- Osteomielitis difusa

2.- Carcinoma de células escamosas.

Desde la llegada del TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) clínicos y observaciones epidemiológicas han demostrado una disminución considerable en la mortalidad y la morbilidad de los pacientes VIH- positivos, lo cual puede atribuirse a una reducción de la carga viral del VIH y la recuperación de la función inmune. La prevalencia de lesiones orales se ha reducido en más del 30% desde la introducción del TARGA. En un estudio realizado por Tukutu, la prevalencia de la gingivitis ulcerosa necrozante (GUNA) y la periodontitis antes de TARGA fue del 17% y 16% de todas las lesiones incluidas en las infecciones bacterianas, hoy en día las tasas son inferiores en n 10% de GUNA y el 5% de la periodontitis. Sin embargo, la prevalencia de algunas lesiones orales ha aumentado, como es el caso de las glándulas salivales o bien se presentan con la misma incidencia como es el caso de la candidiasis oral, úlceras aftosas y el sarcoma de kaposi.

Infecciones por hongos

Candidiasis

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

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

En la candidiasis eritematosa aparecen parches rojos de tamaño variado comúnmente en el paladar o en la superficie dorsal de la lengua. La queilitis angular aparece como un enrojecimiento, ulceración o fisura, en uno o ambos lados de la boca y a diferencia de la forma pseudomembranosa no puede ser removida por lo que se pueden confundir con leucoplaquia vellosa.

La infección por cándida ha sido reportada en adultos, con una prevalencia variable de 1.5 a 56% con las tasas de prevalencia más altos en los países subdesarrollados. La gran variabilidad en la prevalencia de la candidiasis oral puede ser atribuido a una variedad de factores, como las socio-clínicas, características demográficas del grupo de estudio y los métodos diagnósticos empleados.⁽³⁴⁾

La mejora en el sistema inmunológico de los pacientes tratados con HAART (highly active antiretroviral therapy) puede explicar la reducción en la prevalencia de esta infección oportunista en estos grupos de individuos infectados por el VIH. La frecuencia de la candidiasis oral por lo regular se correlaciona con un + linfocito T CD4 bajo y un aumento en la carga viral del VIH. Otros factores que están implicados en la predisposición de los pacientes

VIH con infección por candidiasis oral son: la edad menor de 35 años, el uso de drogas inyectables y fumar más de 20 cigarrillos al día.

Infecciones virales

Leucoplasia vellosa oral

La leucoplasia vellosa oral (OHL) es una manifestación clínica de Epstein-Barr (VEB) se encuentran casi exclusivamente en pacientes con enfermedad avanzada por VIH no tratada y se produce normalmente en el borde lateral de la lengua de los individuos infectados por el VIH y otros grupos de individuos inmunocomprometidos. La prevalencia varía de 0.42 hasta 38% tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. El aumento de la prevalencia podría estar relacionado con una mayor exposición a este virus, un recuento de CD4 + inferiores y una carga viral mayor de VIH.

Herpes simple

Causa enfermedad en la cavidad oral primaria, secundaria o recurrente. La gingivoestomatitis herpética primaria ocurre comúnmente en niños y adultos jóvenes y puede ser seguida de recurrencias frecuentes. El herpes recurrente oral ocurre a cualquier edad sea intra o extraoral. El tratamiento puede acortar el episodio individual y la dosis óptima es entre 1000 a 1600 mg/día por 7 a 10 días, el acidovir tópico no es útil.

Herpes zoster

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

Papiloma virus humano (VPH)

Las lesiones causadas por VPH sobre la piel y membranas mucosas de personas con VIH. Las verrugas anales han sido reportadas frecuentemente entre varones homosexuales. Para el tipo de VPH encontrado en las lesiones genitales no se debería usar el término condiloma acuminado.

Personas infectadas por el VIH pueden ser más propensas a portar el VPH en la boca que los individuos inmunocompetentes, se observa 25.3 y 7.6% respectivamente. También son más propensos a ser más infectados por más de un genotipo VPH y llevar un genotipo de alto riesgo.

Citomegalovirus

Las úlceras orales causadas por citomegalovirus (CMV) pueden aparecer sobre cualquier superficie mucosa y puede ser confundida con úlceras aftosas,

periodontitis ulcerativa necrotizante y linfoma. A diferencia de las úlceras aftosas, las cuales tienen usualmente un margen eritematoso, las úlceras de CMV aparecen necróticas con un halo blanco. El diagnóstico es con la ayuda de inmunohistoquímica. Las úlceras en la cavidad oral usualmente ocurren en individuos con enfermedad por CMV diseminada.

Enfermedad periodontal

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

La mayoría de las enfermedades periodontales y gingivales las características de las personas infectadas con el VIH, son la placa relacionada con la gingivitis y la periodontitis crónica.

La posible aparición de determinadas enfermedades periodontales por el VIH se ha observado en algunos pero no en todos los grupos de pacientes infectados por VIH, lo que sugiere que la infección por VIH por sí solo no predispone a los pacientes a padecer de bolsas periodontales, pérdida de inserción o sangrado al sondear; los pacientes infectados por el VIH a menudo

tienen otros factores de riesgo relevantes, tales como el tabaquismo y la mala higiene oral, factores que pueden explicar el aumento de la prevalencia de la enfermedad.⁽³⁵⁾

Sarcoma de Kaposi

El sarcoma de kaposi es una enfermedad maligna que se origina en el endotelio vascular y tiene un curso clínico variable. El sitio más frecuentemente involucrado es la piel, pero las membranas mucosas, el sistema linfático, y las vísceras, en particular el pulmón y el tracto gastrointestinal pueden participar.

El sarcoma se manifiesta como máculas de color rojo a púrpura, pápulas o nódulos que pueden ulcerarse y provocar la destrucción del tejido local. Se presenta intraoralmente, puede ir solo o en asociación con lesiones dérmicas y diseminadas. Puede ser la primera manifestación de estadio tardío de infección VIH (SIDA). El lugar más común es en paladar duro, pero puede localizarse en cualquier parte de la mucosa oral, incluyendo la gingiva, paladar blando y la orofaringe. El diagnóstico diferencial se hará con hematomas, hemangiomas, otros tumores vasculares, granulomas piógenos, angiomatosis bacilar, y lesiones pigmentadas. El tratamiento dependerá del número, tamaño y localización de las lesiones (remoción quirúrgica, vinblastina intralesional, radioterapia).⁽³⁶⁾

Linfoma

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

El tratamiento óptimo para el VIH-asociada al Linfoma No-Hodgkin sigue sin estar claro. Sin embargo, la gestión para el linfoma conlleva terapia sistémica con dosis altas de quimioterapia intensiva y trasplante de células madre.

Úlceras orales

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

Las lesiones bucales pueden tener un impacto significativo en la salud relacionados con la calidad de vida. La salud bucodental está claramente asociada con la salud física y mental y hay necesidades de salud oral en las personas con infección por el VIH, especialmente en los niños y los adultos en relación con las enfermedades periodontales. Por lo tanto las medidas de salud mental y física de los pacientes con VIH deben incorporar indicadores de funcionamiento oral y bienestar. Los datos obtenidos por Coutler han demostrado que un aumento de un punto en la salud oral se asoció con un .05 aumento de la salud mental y un aumento de de .02 en la salud física.⁽³⁷⁾

Consideraciones dentales para los pacientes con VIH-SIDA

Además de las lesiones orales los pacientes con VIH pueden desarrollar otros problemas por los cambios en los mecanismos de protección especializados en el ambiente oral. Tales cambios pueden ser: alteraciones de la barrera mucosa, disminución del flujo salival y cambios en la microflora oral. Estos cambios pueden llevar a una xerostomía, una disgeusia (alteración en la percepción del sabor, ageusia (pérdida de la percepción del dolor), disfagia (dificultad o dolor al deglutir) y pérdida del apetito.

El cirujano dentista debe enfatizar en una buena higiene oral y procedimientos de cuidado en casa. Dependiendo el caso, se establecen citas de re-evaluación periódica oral y periodontal.

En el caso de los pacientes con xerostomía se debe tomar en cuenta que una boca seca promueve el desarrollo de caries, enfermedad periodontal e infección del tejido blando, esto también afecta la calidad de vida del paciente, al hacer el habla, la masticación y la deglución un proceso difícil.

Las consideraciones restaurativas son las mismas que para los pacientes VIH negativos, podrían considerarse malos candidatos aquellos pacientes que requieran restauraciones extensas y que presenten: caries rampantes, flujo salival disminuido, acides oral, manifestaciones orales del VIH como úlceras o infecciones herpéticas o pacientes terminales o no ambulatorios.

La combinación de la enfermedad periodontal, disminución del flujo salival, exposición de jugos gástricos aunado a una mala higiene oral, aumentan las posibilidades de caries radicular. Por lo tanto antes de la restauración, estas condiciones deben ser tratadas y eliminadas si es posible.

La prótesis estética es de mayor valor para las personas con enfermedades debilitantes, ya que la apariencia y la sonrisa son elementos fundamentales en la autoestima, en los pacientes con VIH/SIDA, éstas deben ser terminadas lo antes posible.

El tratamiento quirúrgico de extracciones dentales y otros procedimientos quirúrgicos para pacientes VIH/SIDA, deben basarse en los mismos criterios que para cualquier otro paciente. Si el estado de salud se encuentra comprometido, el odontólogo buscará una interconsulta con el médico. Los

procedimientos relacionados con un sangrado excesivo y riesgo de infección, son de mayor interés en cuanto al cuidado especial a considerar. Por lo tanto todos los procedimientos deben ser llevados a cabo de tal manera que el sangrado sea mínimo evitando la introducción de microorganismos orales a los planos profundos.

El plan de tratamiento debe ser individual ya que factores inusuales pueden alterar las decisiones quirúrgicas. Piezas con mal pronóstico pueden ser retenidas si el paciente es un mal candidato para restauraciones protésicas totales u órganos dentarios infectados restaurables, pueden ser identificadas como focos de infección e indicadas para extracción. Sin embargo la presencia de lesiones orales crónicas, como la candidiasis oral severa, pueden hacer de la dentadura, una elección inapropiada para el paciente.

En el caso de los tratamientos endodónticos, éstos no están contraindicados para los pacientes VIH-SIDA, con el tratamiento dental la preservación del órgano dentario brinda muchas ventajas para el paciente. El tratamiento endodóntico no está asociado a complicaciones postoperatorias.

Dentro de las ventajas del tratamiento endodóntico a los pacientes podemos mencionar: preservación de la autoestima, mantiene la masticación y nutrición, facilita la higiene oral, reducción de bacteremias, septicemias, endocarditis, así como encefalitis por infecciones periapicales.⁽³⁸⁾

Calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas

La calidad de vida en los enfermos crónicos se define como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales. Según esta definición, Haes y Van Knippenberg proponen que la calidad de vida dentro de la perspectiva de las personas con enfermedades crónicas debe ser vista como un constructo multidimensional que incluye, al menos, estatus funcional, síntomas relacionados con la enfermedad, funcionamiento psicológico y funcionamiento social.

El estatus funcional se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de personas; incluye tres categorías; autocuidado, movilidad y actividad física. En cuanto a los síntomas relacionados con la enfermedad, son diversos en función del tipo de enfermedad y tratamiento. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el funcionamiento psicológico pone de relieve niveles elevados de estrés psicológico entre los pacientes con enfermedades crónicas.

El funcionamiento social hace referencia, al trastorno de las actividades sociales normales y es el resultado de diferentes factores, como limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente de ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc.

En resumen, cuando se habla de calidad de vida en el paciente crónico se hace alusión a su propia valoración global frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral.

Estudios sobre calidad de vida

En los últimos años en los países industrializados se ha encontrado la disminución de la mortalidad y morbilidad, aumentando la esperanza de vida, esto gracias a los avances científicos y tecnológicos, pero por otra parte esto ha repercutido en el aumento de estados crónicos convirtiéndose en un problema de salud.

El término de calidad de vida data desde la segunda guerra mundial, para referirse al tipo de vida que condicionaba a las víctimas de las masacres que quedaban como minusválidos.

En 1993 la OMS definió la calidad de vida en relación con la salud como “la percepción de que el individuo tiene el grado de disfrute de vida, teniendo en cuenta sus voluntades, sus expectativas, sus paradigmas y acordes al sistema de valores de su contexto sociocultural”; la calidad de vida oral la podemos definir como “La percepción del grado de disfrute que una persona tiene con respecto a su boca en función del servicio que en su vida diaria le reporta, teniendo en cuenta sus circunstancias pasada y presentes, su implicación en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y el sistema de valores que su contexto sociocultural le inspira”.⁽³⁹⁾

Instrumentos de medición de calidad de vida oral

Los indicadores sociodentales son cuestionarios cuyas preguntas corresponden a las dimensiones con que los creadores de éstos, quisieron dar cobertura suficiente a la calidad de vida oral. Existen métodos estadísticos para categorizar un grupo de preguntas en distintas dimensiones, a las que luego se les denomina como sugiera la agrupación estadística creada.

Desde la década de 1970 se han diseñado diversos instrumentos para evaluar el efecto negativo que provocan las enfermedades bucodentales sobre la calidad de vida de las personas. Estos instrumentos se han empleado para evaluar el éxito de los tratamientos estomatológicos y la satisfacción con los servicios de estomatología y su eficacia.⁽⁴⁰⁾

En 1989 Locker basandose en una clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías de la OMS, llamado *Sickness Impact Profile*, evaluando los resultados en salud oral, esto favoreció la comprensión de las diferentes consecuencias que pueden tener las deficiencias orales y de cómo medir, ponderar, clasificar y jerarquizar dichos efectos.

Para 1994 Slade y Spencer crean el “*Oral health impact profile*” (OHIP) para capturar y jerarquizar los impactos orales según las pautas de lo establecido por Locker. Este se ha utilizado ampliamente en diversos países y está considerado como uno de los más avanzados y completos hasta la fecha. Fue

desarrollado con el objetivo de medir el efecto que los trastornos bucodentales ocasionan en las actividades de la vida diaria de los pacientes a partir de su experiencia.⁽⁴¹⁾

El cuestionario consta de 49 preguntas (OHIP-49) obteniendo información de siete dimensiones: limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad. Lo que ofrece el (OHIP-49) es una puntuación global del nivel de impacto y la comparación del peso relativo de las siete dimensiones. La puntuación global toma valores de cero (ningún impacto) a cuatro (máximo impacto oral). Este instrumento no evalúa aspectos positivos, por lo que todos los efectos que mide se consideran resultados adversos de los problemas de salud bucal.⁽⁴²⁾

1.- Limite funcional

Primera dimensión del OHIP, integrada por nueve preguntas referentes a dificultad para masticar alimentos, problemas al pronunciar algunas palabras, notar el mal aspecto de un diente, sensación de afectación de la apariencia, empeoramiento del sentido del gusto, atrapamiento de alimento entre los dientes, empeoramiento de la digestión y ajuste de las dentaduras. Calificación obtenida de la suma de la respuesta de los participantes a las preguntas uno a nueve del OHIP. Escala: 0 a 36.

2.- Dolor

Segunda dimensión del OHIP, integrada por nueve preguntas referentes al dolor en la boca, dolor en mandíbula, dolores de cabeza asociado a la boca,

sensibilidad dental, dolor dental, dolor en encías, incomodidad al comer, puntos dolorosos en boca y dentaduras poco confortables. Calificación obtenida de la suma de la respuesta de los participantes a las preguntas 10 a 18 del OHIP. Escala: 0 a 36.

3.- Incomodidad psicológica

Tercera dimensión del OHIP, integrada por cinco preguntas referentes a preocupación, vergüenza, sensación de infelicidad, incomodidad con la apariencia propia y estrés por problemas bucales. Calificación obtenida de la suma de la respuesta de los participantes a las preguntas 19 a 23 del OHIP. Escala: 0 a 20.

4.- Inhabilidad física.

Cuarta dimensión del OHIP, integrada por nueve preguntas referentes a falta de claridad al pronunciar algunas palabras, comprensión del habla por otras personas, pérdida de sabor en los alimentos, incapacidad para conservar higiene bucal, alimentos evitados por problemas bucales, insatisfacción por la dieta, incapacidad para comer con dentaduras, evitar sonreír e interrumpir alimentos. Calificación obtenida de la suma de la respuesta de los participantes a las preguntas 24 a 32 del OHIP. Escala: 0 a 36.

5.- Inhabilidad psicológica.

Quinta dimensión del OHIP, integrada por seis preguntas referentes a interrupción de sueño, irritabilidad, dificultad para relajarse, depresión, falta de

concentración y vergüenza. Calificación obtenida de la suma de la respuesta de los participantes a las preguntas 33 a 38 del OHIP. Escala: 0 a 24

6.- Inhabilidad social

Sexta dimensión del OHIP, integrada por cinco preguntas referentes a evitar salir a la calle, falta de tolerancia, problemas en relaciones sociales, irritabilidad con otras personas y dificultades en labores habituales. Calificación obtenida de la suma de la respuesta de los participantes a las preguntas 39 a 43 del OHIP. Escala: 0 a 20.

7.- Incapacidad

Séptima dimensión del OHIP, integrada por seis preguntas referentes a sensación de salud general debilitada, pérdidas económicas, incapacidad para disfrutar la compañía de otras personas, menor satisfacción por la vida, incapacidad para funcionar e incapacidad para trabajar. Calificación obtenida de la suma de la respuesta de los participantes a las preguntas 44 a 49 del OHIP. Escala: 0 a 24.

Tabla No.2 Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud oral.

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	ABREVIACIÓN	AUTORES Y AÑO
Social Impacts of Dental Disease		Cushing y cols., 1986
Geriatric Oral helath Assesment Index	GOHAI	Atchison y Dolan, 1990
Dental Impact Profile		Strauss y Hunt, 1993
Oral Health Impact Profile	OHIP-49	Slade y Spencer,1994
Subjective Oral Health Status Indicators		Locker y Miller, 1994
Dental Impact on Daily Living	DIDL	Leao y Sheiham, 1996
Oral Health-related Quality of Life	OHQOL	Kressin N y cols., 1996
Oral Impacts on Daily Performances	OIDP	Adulyanon, Sheiham, 1997
Oral Health Impact Profile	OHIP-14	Slade, 1997
Oral Health Quality of Life UK	OH-QoL UK	McGrath y Bedi, 2000
Ortognatic Quality of Life Questionnaire	OQLQ	Cunningham y cols.,2002

Planteamiento del problema

Aún con los esfuerzos mundiales para contener la epidemia del SIDA, según la ONUSIDA, para el 2005 vivían en el mundo 40.3 millones de personas infectadas con VIH, de las cuales 17.5 millones eran mujeres y 2.3 niños, estas cifras duplican los datos obtenidos en 1995.

En México para el 2005 se habían notificado 98 933 casos de SIDA y 180 000 personas vivían con VIH. Se considera que la epidemia en México se halla concentrada en grupos que mantienen prácticas de riesgo; estos datos permiten entender porque el SIDA se ha convertido en un serio problema de salud pública no sólo para México, sino para buena parte de los países del orbe. En los años 2000 y 2001 el VIH/SIDA pasó a ocupar los lugares 16 y 17, respectivamente, como causa de mortalidad general en nuestro país, y en el lugar número siete como causa de mortalidad en personas de edad productiva, es decir, en personas que oscilan entre los 17 y 44 años.

Al transformarse el VIH/SIDA en una enfermedad crónica a aumentado la necesidad de estos pacientes de requerir servicios de salud, incluyendo entre ellos el servicio odontológico. La introducción en el mercado de nuevos fármacos antirretrovirales y con estrategias que tienden a la terapia precoz y combinada, ha provocado un cambio en el manejo de la infección del VIH. Esto conlleva a tomar en cuenta aspectos como la prevención y el manejo

integral del paciente en el que se valoran aspectos nutricionales, de la esfera psicológica, social y de calidad de vida. El término de calidad de vida representa el efecto funcional de una enfermedad y su terapéutica tal como la percibe el individuo. Se ha encontrado que una repercusión negativa sobre la calidad de vida en el paciente infectado con VIH, mayor cuanto más avanzada está la enfermedad; existe una clara relación entre el bienestar psicológico y la salud percibida por el paciente.

El individuo afectado por el síndrome aborda en sí una complejidad propia de su situación de salud particular, puesto que requiere atención multidisciplinaria con el fin de garantizar la mejor calidad de vida posible. Dentro de ello, está la atención odontológica entendida como el momento en el cual, una persona recibe atención a sus problemas de salud bucal. La salud bucal es un aspecto particularmente importante en personas portadoras de VIH/SIDA, pues por su condición sufren de infecciones oportunistas que causan serios problemas al paciente.

Observando las necesidades de atención odontológica y su repercusión en aspectos físicos y psicológicos del paciente VIH/SIDA, es que nos planteamos el siguiente problema:

¿Tendrá la salud bucal un impacto en la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA?

Justificación

Durante la última década la calidad de vida relacionada con la salud, ha adquirido importancia, como medida del resultado de las intervenciones, los tratamientos y los cuidados médicos. El espectacular desarrollo de nuevos productos terapéuticos ha hecho que algunas enfermedades anteriormente consideradas fatales se hayan convertido en enfermedades crónicas, tal es el caso del VIH/SIDA. El interés se ha centrado en la calidad o valor del tiempo y no sólo en la cantidad de vida.

Los tratamientos antirretrovirales contra el VIH han representado un gran avance en el control de la infección. Hace algunos años parecía que lo único que lograba la medicación era retardar el proceso de la infección, pero hoy los fármacos permiten un control real de esta. La terapia antirretroviral altamente activa (HAART) ha demostrado ser efectiva para disminuir la carga viral, aumentar o mantener el recuento de linfocitos CD4 y prevenir los eventos clínicos como las infecciones oportunistas. El uso de estas potentes terapias antirretrovirales o HAART ha producido una marcada disminución en las tasas de hospitalización, morbilidad y mortalidad, convirtiendo a la infección por VIH de una enfermedad aguda y mortal a corto plazo, en una enfermedad crónica y mortal a medio-largo plazo.

El estudio de la calidad de vida constituye un aspecto especialmente importante a evaluar en el grupo de pacientes infectados por el VIH, dado que esta enfermedad deteriora lenta y progresivamente al organismo y que los efectos de los tratamientos no están perfectamente determinados. Los tratamientos antirretrovirales que se utilizan en la actualidad aumentan la supervivencia de los pacientes, pero el período en el que dichos fármacos son efectivos no está previamente establecido, a lo que hay que añadir sus frecuentes efectos secundarios. Teniendo en cuenta que los tratamientos antirretrovirales han prolongado la vida de dichos pacientes, un aspecto importante que surge es la consideración de la calidad de vida en esta población.

Las investigaciones han mostrado que existe una relación entre la calidad de vida y las variables psicológicas de la ansiedad y la depresión. Según Bayes, evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite: conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos; evaluar mejor las terapias paliativas; eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos; ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad; ayudar en la toma de decisiones médicas; potenciar la comunicación médico-paciente; y facilitar la rehabilitación de los pacientes.

La valoración de la calidad de vida proporciona una información adicional a la información clínica tradicional sobre los resultados de las intervenciones sanitarias dando una visión más integral del estado de salud de un individuo.

Por otra parte dentro de las carencias de servicios destaca el problema de los pacientes seropositivos al virus que requieren de atención odontológica. Es lógico pensar entonces que tanto los servicios públicos de salud bucal, como los profesionales odontológicos, 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 y vigilancia epidemiológica.

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. De hecho, las manifestaciones bucales asociadas al VIH/SIDA son consideradas un desafío importante para mejorar la salud en el futuro, particularmente en los países en desarrollo.

La presente investigación permitirá determinar si existe una relación entre la salud bucal de un paciente que padece VIH/SIDA y la calidad de vida de éste, mismo que permitirá mejorar los programas de atención buco dental existentes para este grupo de pacientes.

Objetivo

Esta investigación tiene como objetivo evaluar el impacto de las condiciones de salud oral en la calidad de vida de los pacientes VIH/SIDA

Hipótesis

Hipótesis de la investigación

Las condiciones de salud bucal de los pacientes VIH/SIDA tienen una repercusión en la calidad de vida de éstos.

Hipótesis nula

Las condiciones de salud bucal de los pacientes VIH/SIDA no repercuten en la calidad de vida de éstos.

MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio

Descriptivo, analítico, transversal.

Universo de estudio

Este estudio se realizó en 65 pacientes con VIH/SIDA que acuden a consulta dental a CAPASITS de Tijuana (*Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual*)

Criterios

Inclusión

Personas diagnosticadas con VIH/SIDA

Personas que acudan a recibir atención dental en CAPASITS Tijuana

Exclusión

Personas que acudan a CAPASITS Tijuana y no presenten VIH/SIDA

Personas que no hayan contestado en forma completa la encuesta OHIP-49

Operación de variables

Dependientes

Calidad de vida: Se define como la valoración subjetiva que hacen las personas de su propia sensación de confort o bienestar en relación con su

estado de salud; la medida en que son capaces de mantener una función física, emocional e intelectual razonable. Tiene como instrumento de medición el OHIP-49 en un rango de cero a cuatro.

Independientes

Salud oral: Condiciones orales del paciente con VIH-SIDA al momento de aplicar el instrumento.

Género: Condición natural al momento del nacimiento ya sea femenino o masculino.

Edad: Años cumplidos al momento de la entrevista, agrupándolos en dos grupos; menores de 40 años y mayores de 40 años

Vía de contagio: Transmisión sexual o drogadicción por vía intravenosa.

Consideraciones éticas

Para la realización de este estudio, se obtuvo la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Baja California, considerando los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, dispuestas por la “Declaración de Helsinki de la 18ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial, así como lo dispuesto por la Ley General de Salud. (Anexo No.1)

Materiales

Para la realización de la presente investigación se utilizaron los siguientes materiales que se enlistan a continuación:

- 1.- Computadora
- 2.- Impresora
- 3.- Hojas de papel
- 4.- Plumas
- 5.- Programa SPSS Statistics 17.0

Méteodos

Estudio realizado en CAPSITS Tijuana (*Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del VIH/SIDA e. Infecciones de Transmisión Sexual*)

Los cuales se constituyen como la unidad operativa de las políticas públicas, programas de prevención, atención médica, promoción social, ejecución de recursos y de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA e ITS en el país, que ofrece promoción de salud sexual, mejora el acceso a los servicios ofreciendo atención integral a las personas que viven con el VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS), que incluyen aspectos psicológicos, sociales, culturales y étnicos. Se incluyeron individuos entre los 30 y los 60 años de edad que acudieron a atención dental en dicho centro, sin importar el género. Los pacientes fueron encuestados después de recibir la atención dental, todos por el mismo encuestador, previo a su incorporación al estudio se solicitó y obtuvo el consentimiento informado y firmado de cada uno de ellos. Cada uno de los encuestados proporcionó su edad y la vía de contagio. Para establecer el impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida, en el momento de su

examen oral a cada uno de los sujetos involucrados se les aplicó la encuesta “Perfil de impacto de salud bucal”, versión en español de Oral Health Impact Profile (OHIP-49). Instrumento que previamente ha sido validado para ser aplicado en poblaciones hispanoparlantes (Castrejon-Pèrez et al). Como punto de corte para determinar buena o mala calidad de vida se utilizó la mediana. De tal forma que los valores resultante de la suma de puntajes de cada encuesta si eran mayores de la mediana se tomó “mala calidad de vida”, mientras que si el valor era inferior a la mediana se tomó como “buena calidad de vida”. (Anexo No.2)

Con los datos así obtenidos se construyó una base de datos ex profeso utilizando la hoja de datos del programa SPSS statistics17.0[®]. Se obtuvieron las distribuciones de frecuencia de cada una de las variables. Para saber si había diferencias en la precepción de la calidad de vida relación al género, edad y vía de contagio, se utilizó la prueba chi cuadrada o en su caso la prueba de Kruskal-Wallis con un nivel de significancia del 95% ($p < 0.05$ IC95%) utilizando para tal fin el programa EPI-INFO (CDC-Atlanta, Estados Unidos) y el programa SPSS-16[®].

RESULTADOS

De los 65 pacientes encuestados cuyo promedio de edad fue de 37.8 años, con una $DE \pm 8.3$, en un rango de 21-56; en relación al género 21 fueron femenino, que representa el 32.3% con un promedio de edad de 37 años, 16 de ellas su vía de contagio fue por drogas intravenosas y 5 por transmisión sexual, de acuerdo al grupo de edad, 11 pertenecían al grupo de menores de 40 años (47.6%) y 10 al grupo de mayores de 40 años (45.5%).

44 de los sujetos encuestados fueron de sexo masculino (67.7%) con un promedio de edad de 38 años, con una $DE \pm 8.6$; 29 de ellos adquirieron el virus por uso de drogas intravenosas y 15 por transmisión sexual.

Con relación a la edad en este grupo fueron 35 menores de 40 años, con un promedio de edad de 31.5 y una $DE \pm 4.8$ en un rango de 21 a 39; Para los mayores de 40 años fueron 30 con un promedio de edad de 45.1, una $DE \pm 4.8$ y un rango de edad de 40 a 56 años.

Para el puntaje del instrumento OHIP 49, éste fue de 56.6 con una $DE \pm 41.2$ y un rango de 0 a 165. Para cada una de las siete dimensiones los puntajes fueron los siguientes: Limitación funcional, 13.7 ($DE \pm 8.6$ y un rango de 0-34), Dolor: 12.2 con una $DE \pm 8.2$ en un rango de 0-31, incompreensión psicológica 7.4 ($DE \pm 5.8$, en un rango de 0-20), inhabilidad física 9.6 ($DE \pm 8.5$, rango de 0-32), inhabilidad psicológica 5.7 ($DE \pm 5.8$, rango de 0-19), inhabilidad social 3.6 ($DE \pm 4.3$, rango de 0-20) y para la dimensión de incapacidad fue de 4.1 ($DE \pm 5.4$, rango de 2-20).

La mediana del grupo de estudio fue de 52 obteniendo en cada una de las diferentes dimensiones: Limite funcional 13, dolor 12, incomprensión psicológica seis, inhabilidad física ocho, inhabilidad psicológica cuatro, inhabilidad social dos e incapacidad dos.

De acuerdo al género para el femenino el puntaje promedio fue de 52.7 ($DE \pm 48.7$ rango de 0-165), encontrando en cada uno de los segmentos los siguientes datos: para el segmento de limitación funcional 12.5 ($DE \pm 9.5$), dolor 11.5 ($DE \pm 8.8$), incomprensión psicológica 6.5 ($DE \pm 6$), inhabilidad física 8.6 ($DE \pm 9.8$), inhabilidad psicológica cinco ($DE \pm 6.2$), inhabilidad social cuatro ($DE \pm 5.5$) e incapacidad 4.4 ($DE \pm 6.9$).

Para el género masculino el promedio de puntaje fue de 58.5 y en cada uno de los segmentos se obtuvieron los siguientes puntajes: limitación funcional 14.3 ($DE \pm 8.2$), dolor 12.5 ($DE \pm 7.9$), incomprensión psicológica 7.8 ($DE \pm 5.7$), inhabilidad física 10 ($DE \pm 7.9$), inhabilidad psicológica 6.1 ($DE \pm 5.6$), inhabilidad social 3.4 ($DE \pm 3.7$) e incapacidad cuatro ($DE \pm 4.6$).

Para el género masculino el promedio del puntaje fue de 58.5 y para cada uno de los segmentos como se describe a continuación: Limitación funcional 14.8 ($DE \pm 8.2$), dolor 12.7 ($DE \pm 8.7$), incomprensión psicológica 7.2 ($DE \pm 5.8$), inhabilidad física 9.9 ($DE \pm 8.2$), inhabilidad psicológica 5.8 ($DE \pm 5.9$), inhabilidad social 3.8 ($DE \pm 4.6$) e incapacidad 4.3 ($DE \pm 5.7$).

Referente a la vía de contagio, para pacientes encuestados que adquirieron el VIH por el uso de drogas intravenosas, los resultados fueron los siguientes: El promedio de puntaje obtenido fue de 58.8 (DE±41.9), limitación funcional 14.8 (DE±8.9), dolor 12.7 (DE±8.7), incomprensión psicológica 7.2 (DE±5.8), inhabilidad física 9.9 (DE±8.2), inhabilidad psicológica 5.8 (DE±5.9), inhabilidad social 3.8 (DE±4.6) e incapacidad 4.3 (DE±5.7).

Para los que adquirieron el virus por transmisión sexual los puntajes fueron: 12.5 (DE±8.1) para limitación funcional, 12 (DE± 6.9) dolor, Incomprensión psicológica 7.8 (DE±5.7), inhabilidad física 9.2 (DE±8.2), inhabilidad psicológica 5.9 (DE±5.5), inhabilidad social 3.8 (DE±4.4) e incapacidad 4.2 (DE±5).

Para el grupo de menores de 40 años el promedio de puntaje fue de 55.6 (DE±37.9); los puntajes de cada segmento fueron los siguientes: limitación funcional 12.5 (DE±8.1), dolor 12 (DE±6.9), incomprensión psicológica 7.8 (DE±5.7), inhabilidad física 9.2 (DE±8.2), inhabilidad psicológica 5.9 (DE±5.5), inhabilidad social 3.8 (DE±4.4) e incapacidad 4.2 (DE±5). Para el grupo de mayores de 40 años el promedio de puntaje fue de 57.8 (DE±45.3) y para cada segmento fueron: limitación funcional 15.1 (DE±9.1), dolor 12.4 (DE±9.6), incomprensión psicológica 6.9 (DE±6), inhabilidad física 10.3 (DE±9), inhabilidad psicológica 5.6 (DE±6.3), inhabilidad social 3.4 (DE±4.3) e incapacidad cuatro (DE±5.9)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las medias de las respuestas de las encuestas fueron analizadas agrupándolas en relación a las variables independientes, género, edad y vía de contagio. Posteriormente se analizó si las diferencias de las medias de las categorías de las variables independientes fueron estadísticamente significativas, esto implicaría que alguna subpoblación en especial tiene mayor impacto sobre su calidad de vida. Para este análisis se utilizó la prueba *U* de Mann-Whitney la cual es una prueba no paramétrica de comparación de dos muestras independientes, que no necesita una distribución específica y la variable dependiente es de nivel ordinal.

El análisis se realizó en el total de la encuesta (impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida), así como por segmento para tratar de identificar cuál de estos segmentos impacta a alguna subpoblación en específico. Adicionalmente se utilizó la prueba *t* de Student para comparación de medias, para identificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los promedios.

La distribución de los datos se estableció a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Resultados del análisis estadístico:

Los datos se distribuyeron de manera normal: Z de Kolmogorov-Smirnov 0.948.

U de Mann-Whitney

En relación al género el impacto de salud sobre la calidad de vida es igual entre ambos géneros , ($z = -1.087$, $p > 0.05$)

En relación a cada uno de los segmentos del OHIP-49 los resultados estadísticos fueron los siguientes:

- 1.- Limitación funcional: $Z = -1.067$; $p 0.286$ por lo cual no es estadísticamente significativo la diferencia entre ambos géneros.
- 2.- Dolor: $Z = 0.499$; $p 0.618$, por lo que el dolor estadísticamente no reporta diferencia entre ambos géneros.
- 3.- Incomprensión psicológica: $Z = -1.050$; $p 0.294$ siendo estadísticamente iguales para ambos géneros.
- 4.- Inhabilidad física: $Z = -0.919$; $p 0.358$ no hay diferencia significativa entre ambos géneros.
- 5.- Inhabilidad psicológica: $Z = -.0951$; $p 0.341$, ya que $p > 0.05$ no hay diferencia entre género masculino y femenino en este segmento.
- 6.- Inhabilidad social: $Z = -0.166$, $p 0.868$
- 7.- Incapacidad: $Z = -0.651$; $p 0.515$

Para los dos grupos de edades no hay diferencia en la calidad de vida ya que $Z = -0.132$; $p 0.895$; en cada uno de los segmentos los resultados estadísticos fueron los siguientes:

- 1.- Limitación funcional: $Z = -1.120$; $p 0.263$
- 2.- Dolor: $Z = -0.171$; $p 0.864$
- 3.- Incomprensión psicológica: $Z = -0.694$; $p 0.488$
- 4.- Inhabilidad física: $Z = -0.126$; $p 0.900$
- 5.- Inhabilidad psicológica: $Z = -0.573$; $p 0.567$
- 6.- Inhabilidad social: $Z = -0.482$; $p 0.630$
- 7.- Incapacidad: $Z = -0.902$; $p 0.367$

En los anteriores resultados podemos observar que $p > 0.05$ por lo que el impacto de la salud oral en cada uno de los segmentos estadísticamente son iguales.

Con relación a la vía de contagio de los encuestados (uso de drogas intravenosas y transmisión sexual) no se encontró diferencia entre ambos grupos ya que $Z = -0.597$; $p 0.550$

Para cada uno de los segmentos de OHIP-49 los resultados estadísticos fueron los siguientes:

- 1.- Limitación funcional: $Z = -1.487$; $p 0.137$
- 2.- Dolor: $Z = -0.797$; $P 0.425$
- 3.- Incomprensión psicológica: $Z = -0.393$; $p 0.695$
- 4.- Inhabilidad física: $Z = -0.602$; $p 0.547$
- 5.- Inhabilidad psicológic: $Z = -0.101$; $p 0.920$
- 6.- Inhabilidad social: $Z = -0.066$; $p 0.947$

7.- Incapacidad: $Z = -0.059$; $p = 0.953$

Ya que $p > 0.05$ no hay diferencia significativa en ninguno de los segmentos, para los dos grupos de vía de contagio.

Pueba t de student:

Por edad

Diferencias de medias: Se encontró diferencia estadísticamente significativa con t de student en el segmento de dolor (0.008) los demás segmentos no fueron estadísticamente significativos.

Por género

Diferencias de medias: Sólo para el segmento de incapacidad (0.048) hubo diferencia estadísticamente significativa, en el resto de los segmentos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Por contagio

Diferencias de medias: En ningún segmento se encontraron diferencias estadísticamente significativas

Tabla No.3 Análisis estadístico, dimensiones en relación a género

DIMENSIÓN	MEDIANA	TOTAL	GENERO	
			MASCULINO (n =44)	FEMENINO (n= 21)
TOTAL	52	56.6 (DE± 41.2)	58.5 (DE± 37.5)	52.7 (DE± 48.7)
LIMITACIÓN FUNCIONAL	13	13.7 (SD± 8.6)	14.3 (SD ±8.2)	12.5 (SD ±9.5)
DOLOR	12	12.2 (DE ±8.2)	12.5 (DE ±7.9)	11.5 (DE ±8.8)
INCOMPRESIÓN PSICOLÓGICA	6	7.4 (DE ±5.8)	7.8 (SD ±5.7)	6.5 (SD ±6.0)
INHABILIDAD FÍSICA	8	9.6 (DE ±8.5)	10 (SD ±7.9)	8.6 (SD ±9.8)
INHABILIDAD PSICOLÓGICA	4	5.7 (DE ±5.8)	6.1 (DE ±5.6)	5. (DE ±6.2)
INHABILIDAD SOCIAL	2	3.6 (DE ±4.3)	3.4 (DE ±3.7)	4 (DE ±5.5)
INCAPACIDAD	2	4.1 (DE ±5.4)	4 (DE ±4.6)	4.4 (DE ±6.9)

Tabla No. 4 Análisis estadístico, dimensiones en relación a vía de contagio y edad.

DIMENSIÓN	MEDIANA	VIA DE CONTAGIO		EDAD	
		ADVP	SEXUAL	<40 AÑOS	>40 AÑOS
TOTAL	52	58.8	53	55.6	57.8
LIMITACIÓN FUNCIONAL	13	14.8 (DE ±8.9)	11.3 (DE ±7.6)	12.5 (DE ±8.1)	15.1 (DE± 9.1)
DOLOR	12	12.7 (DE± 8.7)	11.1 (DE ±7.06)	12 (DE ±6.9)	12.4 (DE ±9.6)
INCOMPRESIÓN PSICOLÓGICA	6	7.2 (DE ±5.8)	7.8 (DE ±5.8)	7.8 (DE ±5.7)	6.9 (DE ±6.02)
INHABILIDAD FÍSICA	8	9.9 (DE ±8.2)	8.8 (DE ±9.4)	9.2 (DE ±8.2)	10.03 (DE ±9)
INHABILIDAD PSICOLÓGICA	4	5.8 (DE ±5.9)	5.6 (DE ±5.8)	5.9 (DE ±5.5)	5.6 (DE ±6.3)
INHABILIDAD SOCIAL	2	3.8 (DE ±4.6)	3.3 (DE ±3.6)	3.8 (DE ±4.4)	3.4 (DE ±4.3)
INCAPACIDAD	2	4.3 (DE ±5.7)	3.7 (DE ±4.9)	4.2 (DE ±5)	4 (DE ±5.9)

DISCUSIÓN

Los actuales tratamientos antirretrovirales han logrado que los pacientes con VIH/SIDA aumenten su supervivencia y la calidad de vida, pero también es cierto que sigue siendo una enfermedad crónica que requiere de un tratamiento continuo, con efectos adversos que contribuyen a un importante impacto emocional y psicosocial.

La salud oral es parte importante en la percepción de calidad de vida del paciente, por lo que con el propósito de identificar dicho impacto han sido utilizados diferentes instrumentos de evaluación genéricos y específicos, con desiguales resultados.

Los resultados de este estudio nos permitieron observar que la salud oral está relacionada con la calidad de vida, principalmente en los segmentos de limitación funcional y dolor, tal como se concluyó en otras investigaciones como en el estudio realizado por Boulet donde la función social, el dolor y el resumen físico fueron los segmentos que más afectaron a los pacientes con VIH, por otra parte Mulligan determinó que de dos grupos de estudio de mujeres (infectadas por VIH y no infectadas) la calidad de vida en relación a la salud oral estaba asociada en un gran número a problemas periodontales, además de ser mujeres en tratamiento con HAART y con un recuento de células CD4 bajo, cabe señalar que esta relación no se determinó en nuestro

estudio ya que en el momento de la aplicación de los cuestionarios no se contaba con la información del tratamiento médico y el recuento de linfocitos CD4. Es importante hacer mención que el tratamiento médico del paciente VIH, tiene relevancia en otros aspectos como las lesiones orales que pueden también causar un impacto en la calidad de vida, actualmente se sabe que existe una reducción en la incidencia de lesiones orales (37.5%), esto debido al surgimiento de la Terapia Anti-Retroviral Altamente Activa (HAART). También es importante reconocer que las lesiones orales en los pacientes con VIH suelen ser más severas, dolorosas, duraderas y agresivas; por lo que creemos que el impacto en la calidad de vida debe ser mayor, pues el paciente encuentra disminuida su funcionalidad y por ende su desarrollo psicosocial.

Durante nuestra investigación pudimos observar que los pacientes de rango de edad mayor a los cuarenta años tuvieron un puntaje más alto en el OHIP-49, traduciéndose como un impacto desfavorable en su calidad de vida, de igual manera Locker y Jakovic reportan que pacientes mayores de 50 años después de tres años de seguimiento, su salud oral empeoró y que el deterioro de la función masticatoria es una variable que disminuye la autopercepción de su salud oral, ya que aumenta significativamente el número de órganos dentarios perdidos conforme avanza la edad, pero también es una realidad que aún hay muchas personas que consideran el edentulismo como una consecuencia del envejecimiento, sin embargo, la pérdida está más íntimamente relacionada con experiencias de procesos infecciosos (no atendidos o atendidos de manera

deficiente) y falta de higiene, por lo que es de vital importancia la creación de programas preventivos y de atención oral.

Algunos autores no encuentran relación entre el impacto de la salud oral con la calidad de vida relacionándolo con el género, en nuestra investigación, las mujeres tuvieron un menor puntaje en el OHIP-49 en comparación con los hombres, excepto en los segmentos de inhabilidad social e incapacidad , Mac Entee, Stolar y Glick, reportan que no existe asociación entre el género y la salud oral, además afirman que el uso de servicios de atención dental se asocia al género femenino e individuos más jóvenes. Locker establece que es más común que las mujeres reporten mayores niveles de preocupación, dolor y otros síntomas orales al aplicárseles encuestas subjetivas de salud oral.

En la actualidad son pocas las investigaciones realizadas sobre la salud oral y la calidad de vida, en México no se tiene antecedente de alguno; en lo que se refiere al instrumento validado utilizado; la investigación realizada por Yengopal y cols, utilizan el OHIP-49 para determinar si las lesiones orales asociadas al HIV afectan la calidad de vida, Massarente y colaboradores utilizaron el instrumento CPQ11-14 (Child perceptions questionnaire for 11-14 year old children) en niños de Brasil para encontrar la relación de la salud oral con la calidad de vida en pacientes pediátricos con VIH/SIDA; manifestando síntomas severos de SIDA, para los pacientes que presentaron una carga viral alta todas las subescalas tuvieron un conteo bajo, es importante hacer

mención que la calidad de vida se vio aumentada en los casos en que los niños eran atendidos por sus madres, así como la importancia de establecer un apoyo dental interdisciplinario de salud, lo cual se traduciría en una mejor calidad de vida, este aspecto es fundamental no solo en el caso de los niños si no en los adultos, ya que una mejor atención dental permitirá disminuir las lesiones en tejidos blandos y caries.

Como se ha mencionado anteriormente el uso de nuevas terapias con antirretrovirales ha permitido que el VIH/SIDA se haya convertido en una enfermedad crónica, pero los efectos adversos de éstos pueden impactar en la calidad de vida, por lo que sería importante determinar en un próximo estudio el tratamiento bajo el que están los pacientes infectados y en qué proceso del tratamiento se encuentran. Es también de suma importancia establecer si se observa un cambio en la percepción de la calidad de vida relacionado con la salud oral en aquellas pacientes cuyo tratamiento se recibe por vía oral y no subcutánea ya que se presume un cambio positivo al ser menos doloroso.

Una limitación importante en nuestro estudio fue el no realizar un examen clínico de los pacientes ya que como concluyen Coulter y colaboradores la presencia de los síntomas orales se relaciona con una disminución en la salud oral que repercutió en la salud física y mental de los pacientes infectados con VIH; es también importante hacer notar que los pacientes que fueron sujetos de este estudio tienen la posibilidad de recibir atención dental, pero ésta se

limita a una atención primaria, siendo la extracción dental es muchos de los casos la única alternativa lo cual presumimos afecta los segmentos de inhabilidad física y social.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se ha convertido en uno de los acontecimientos más importantes en salud pública, puesto que afecta poblaciones cada vez más jóvenes y de diferentes estratos socioeconómicos.

Los resultados obtenidos en la presente investigación nos permiten establecer, entendiendo que el concepto de calidad de vida es subjetivo y que puede variar de un individuo a otro, que la salud bucal tiene un impacto en la calidad de vida en los pacientes con VIH/SIDA, siendo los hombres, quienes se ven más afectados al igual que las personas mayores de 40 años de edad.

A grandes rasgos, la salud bucal deficiente en los pacientes con VIH/SIDA generalmente está acompañada por una mala salud general, reconociendo que la salud bucal en estas personas es esencial para su calidad de vida.

El profesional como parte de un equipo de salud, debe conocer y manejar los diferentes protocolos de diagnóstico de las lesiones específicas dentro de la cavidad bucal, las manifestaciones orales y sistémicas. Además debe intervenir con atención específica para caries y enfermedad periodontal.

El individuo afectado por el síndrome aborda en sí una complejidad propia de su situación de salud particular, puesto que requiere atención multidisciplinaria

con el fin de garantizar la mejor calidad de vida posible dentro de ello está la atención odontológica.

Es necesario establecer políticas y estrategias para que los odontólogos enfrenten esta epidemia logrando con esto ofrecer una mejor calidad de vida a los pacientes con VIH/SIDA.

LITERATURA CITADA

- 1.- Valdespino J, Garcia M, Conde J; Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una epidemia en ascenso y expansión, salud pública de México; vol. 49:3, 2007 s386-s394
- 2.- Suarez M, Cano M, Pérez M, Aguayo C, Cuesta P; Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada, Ann Med interna (Madrid), 2002, Vol 19 No.8 pp 396-404
- 3.- Martínez J, Barba M, Cambio en el perfil de los pacientes VIH positivos, Qué ha pasado en los últimos cinco años? Ann Med interna(Madrid) 2000; 17:174-7
- 4.- Piña J, Robles S, Psicología y VIH/SIDA en México: su prevención con base en un modelo psicológico de salud pública; Revista de psicopatología y psicología clínica 2005, Vol. 10, Número 1, pp. 71-83
- 5.- Silverman J, The impact of HIV and AIDS in dentistry in the next decade. CDA journal 1996;24(1):53-5
- 6.- Buczynski AK, Castro GF, Souza IP, The impact of oral health on the quality of life of HIV infected children: a literature review, Cien Saude Colet. 2008 Nov-Dec;13(6):1797-805.
- 7.- Imam MH, Karim MR, Ferdous C, Akhter S, Health related quality of life among the people living with HIV. Bangladesh Med Res Counc Bull2011 Apr;37(1):16.

- 8.- Pedreira E, Lopes Cardoso C; Carmo Barroso E, Epidemiological and oral manifestations of HIV-positive patients in a specialized service in Brazil; J. Appl. OralSci. vol.16 no.6 Bauru Nov./Dec. 2008
- 9.- Tomar SL, Pereyra M, Metsch LR. Oral health-related quality of life among low-income adults living with HIV, J Public Health Dent. 2011 Summer;71(3):241-7
- 10.- Massarente DB, Domaneschi C, Marques HH, Andrade SB, Goursand D, Antunes JL. Oral health-related quality of life of paediatric patients with AIDS. BMC oral health 2011 Jan 5;11:2.
- 11.- Buczynski AK, Castro GF, Souza IP, Impact of oral health on the quality of life of 3-6-years old HIV-infected children. Quality of life in HIV+ children.Eur Journal Peadiatric Dent 2011 Jun;12(2):81-6
- 12.- Fan AP, Kuo HC, Kao DY, Morisky DE, Chen YM. Quality of life and needs assessment on people living with HIV and AIDS in Malawi. AIDS Care. 2011 Mar;23(3):287-302.
- 13.- Gaspar J, Reis RK, Pereira FM, Quality of life in women with HIV/AIDS in a municipality in the state of São Paulo, REv esc enfer USP 2011 Mar;45(1):230-
- 14.- Montero J, Yarte J, Bravo M, Oral health-related quality of life of a consecutive sample of Spanish dental patients, Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Sep 1;16 (6):e810-5.
- 15.- Imam MH , Karim MR, , Ferdous C, Health related quality of life among the people living with HIV. Bangladesh Med Res Counc Bull. 2011 Apr;37(1):1-6.

- 16.- Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R, Quality of life in HI/AIDS, Indian J Sex Transm Dis, 2010 Jul;31(2):75-80
- 17.- Canavarro M, Pereira M, Simoes M, quality of life assessment in HIV-infection: validation of the European Portuguese version of WHOQOL-HIV, AIDS care, 2011 Feb;23(2): 187-94
- 18.- Buczynski AK, Castro GF, Souza IP, The impact of oral health on the quality of life of HIV infected children: a literature review, Cien Saude Colet. 2008 Nov-Dec;13(6):1797-805.
- 19.- Yengopal V, Bhayat A, Coogan M, Do oral lesions associated with HIV affect quality of life?, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008 Jul;106(1):66-73. Epub 2008 Apr 16.
- 20.- Santos EC, França I Jr, Lopes F, Quality of life of people living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil, REv Saude publica 2007 Dec;41 Suppl 2:64-71.
- 21.- Préau M, Marcellin F, Carrieri MP, Lert F, Obadia Y, Spire B, Health-related quality of life in French people living with HIV in 2003: results from the national ANRS-EN12-VESPA Study. AIDS. 2007 Jan;21 Suppl 1:S19-27.
- 22.- Mulligan R, Seirawan H, Alves ME, Navazesh M, Phelan JA, Oral health-related quality of life among HIV-infected and at-risk women. Community Dent Oral Epidemiol. 2008 Dec;36(6):549-57. Epub 2008 Sep 8.
- 23.- Jay A. Levy, "El VIH y la patogénesis del SIDA, Fondo de cultura económica e Instituto Nacional de enfermedades respiratorias, pp 22-25, 1era edición México 2000.

- 24.- Sakuragi J., Morphogenesis of the Infectious HIV-1 Virion. Front Microbiol. 2011;2:242. Epub 2011 Dec 9.
- 25.- Campo J, Perea MA, del Romero J, Cano J, Hernando V, Bascones A. Oral transmission of HIV, reality or fiction? An update. Oral Dis. 2006;12:219-28.
- 26.- Gatell, J. M.; Buira, E.; Soriano, E.; Soriano, A.; Tortajada, C.; Lozano, L.; García, F. y Martínez, E. (1998). Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por el VIH-1. En Gatell, J. M.; Clotet. B.; Podzmezer. D.; Miró. J. M.; Mallolas. J. Guía práctica del SIDA: Clínica, diagnóstico y tratamiento. Quinta Edición. Barcelona: Masson
- 27.- Gatell, J. M.; Clotet. B.; Podzmezer. D.; Miró. J. M.; Mallolas. J. (2002). Guía práctica del SIDA: Clínica, diagnóstico y tratamiento. Séptima Edición. Barcelona: Masson.
- 28.- García Díaz, J. D.; Guijarro, C. y Alcamí, J. (1991). El virus de la inmunodeficiencia humana. En Costa, J. R.; Damiano, A. y Rubio, R. (Coord.). En la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Patogenia, diagnóstico y tratamiento. Plan Nacional 377 sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 29.- Domingo, Historia natural de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Replicación viral. Manual Práctico. Lo que debe saber la persona que vive con el VIH-SIDA (pp. 1-17). Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- 30.- Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2010,

- 31.- Estimaciones y datos sobre el VIH-SIDA 2009 ONUSIDA
- 32.- Castilla J, De la Fuente L. Evolución del número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los casos de SIDA en España: 1980-1998. Med Clín (Barc) 2000; 115:85-9.
- 33.- Información epidemiológica del VIH/SIDA en México 2011, Dirección general de epidemiología , subsecretaria de prevención y promoción de salud.
- 34.- Leao C,. Ribeiro, Carvalho, Frezzini I., Oral complications of HIV disease review, CLINICS 2009;64(5):459-70
- 35.- Morán E. Enfermedades bacterianas del periodonto y tejidos adyacentes en el paciente portador de SIDA. Rev Cubana Estomatol 2001;39(2):120-30.
- 36.- Rodríguez M, Manifestaciones orales asociadas con la infección por VIH-SIDA, Clínica estomatológica docente, La Habana Cuba
- 37.- Johnson NW., The mouth in HIV/AIDS: markers of disease status and management challenges for the dental profession, Aust Dent J. 2010 Jun;55 Suppl 1:85-102
- 38.- Susel Quesada Peña, Amílcar González Sánchez' Urgencias estomatológicas en pacientes con VIH/SIDA de la Clínica Estomatológica Docente, Rev Cubana Estomatol vol.48 no.3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2011
- 39.- Tesis Doctoral "Tratamiento dental en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Rocio Veliz Aveliu, Universidad Francisco Marroquí, Guatemala de la Asunción, septiembre de 2010.

40.- The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994.

41.- Sierwald I Validation of the response format of the Oral Health Impact Profile.

Eur J Oral Sci. 2011 Dec;119(6):489-96.

42.- Buczynski AK, Castro GF, Leão AT, Souza IP. Impact of oral health on the quality of life of 3-6-years old HIV-infected children. Quality of life in HIV+ children. Eur Journal Paediatric Dent 2011 Jun;12(2):81-6.

43.- Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Quality of life in HIV/AIDS. Indian J Sex Transm Dis [serial online] 2010 [cited 2011 Sep 30];31:75-80.

44.- López R, Baelum V. Spanish version of the oral health impact profile (OHIP-Sp). BMC Oral Health. 2006;6:11. Hallado en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1534011&blobtype=pdf>.

45.- Montero-Martín J, Bravo-Pérez M, Albaladejo- Martínez A, Hernández-Martín LA, Rosel-Gallardo EM. Validation of the oral health impact profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009;14(1):E44–50

46.- Locker D, Matear D, Stephens M, Jokovic A. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. Community Dent Health. 2002;19(2):907.

47.- Locker D, Allen F. What do measures of "oral-health-related quality of life" measure? Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35(6): 401–11.

48.- Stefano Vinaccia y cols, Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas, Rev Panam Salud Publica vol.27 no.5 Washington May 2010

ANEXOS

Anexo No. 1 Instrumento de medición OHIP-49

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

INSTRUCCIONES: El cuestionario lo debe aplicar un entrevistador. Las preguntas se leen como están en el cuestionario. No se deben sugerir las respuestas. Se recomienda tener una tarjeta con las respuestas para que la persona entrevistada pueda consultarlas.

Las preguntas sin respuesta se codifican como 9 y al calcular la calificación del instrumento se considera como "0".

NUMERO DE IDENTIFICACION: _____

NOMBRE: _____

FECHA: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

1.- En los últimos 6 meses ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

2.- En los últimos 6 meses ha tenido problemas al pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

3.- En los últimos 6 meses ha notado que algún diente no se ve bien?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

4.- En los últimos 6 meses ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

5.- En los últimos 6 meses ha sentido que tiene aliento fetido debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

6.- En los últimos 6 meses ha sentido que su sentido del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

7.- En los últimos 6 meses ha quedado comida atrapada entre sus dientes o debajo de sus dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

8.- En los últimos 6 meses ha sentido que su digestión ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

9.- En los últimos 6 meses ha sentido que sus dentaduras no ajustan apropiadamente?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

10.- En los últimos 6 meses ha tenido dolor en su boca?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

11.- En los últimos 6 meses ha tenido su mandíbula adolorida?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

12.- En los últimos 6 meses ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

13.- En los últimos 6 meses ha tenido sensibilidad en sus dientes, por ejemplo, debido a alimentos o bebidas fríos o calientes?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

14.- En los últimos 6 meses ha tenido dolor dental?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

15.- En los últimos 6 meses ha tenido dolor en sus encías?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

16.- En los últimos 6 meses ha encontrado incomodo comer cualquier alimento debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

17.- En los últimos 6 meses ha tenido puntos dolorosos en su boca?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

18.- En los últimos 6 meses ha tenido dentaduras que no son confortables?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

19.- En los últimos 6 meses ha estado preocupado por sus problemas dentales?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

20.- En los últimos 6 meses ha estado avergonzado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

21.- En los últimos 6 meses problemas dentales lo han hecho sentir totalmente infeliz?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3)Frecuentemente 4) Casi siempre
()

22.- En los últimos 6 meses se ha sentido incomodo con la apariencia de sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3)Frecuentemente 4) Casi siempre
()

23.- En los últimos 6 meses se ha sentido tenso debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3)Frecuentemente 4) Casi siempre
()

24.- En los últimos 6 meses su modo de hablar ha sido poco claro debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3)Frecuentemente 4) Casi siempre
()

25.- En los últimos 6 meses las personas le han malinterpretado algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3)Frecuentemente 4) Casi siempre
()

26.- En los últimos 6 meses ha experimentado menos sabor en sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3)Frecuentemente 4) Casi siempre
()

27.- En los últimos 6 meses ha sido incapaz de cepillarse los dientes adecuadamente debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3)Frecuentemente 4) Casi siempre
()

28.- En los últimos 6 meses ha tenido que evitar comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3)Frecuentemente 4) Casi siempre
()

29.- En los últimos 6 meses ha sido insatisfactoria su dieta debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

30.- En los últimos 6 meses ha sido incapaz de comer con sus dentaduras debido a problemas con ellas?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

31.- En los últimos 6 meses ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

32.- En los últimos 6 meses ha tenido que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

33.- En los últimos 6 meses se ha interrumpido su sueño debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

34.- En los últimos 6 meses se ha sentido irritado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

35.- En los últimos 6 meses ha encontrado difícil relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

36.- En los últimos 6 meses se ha sentido deprimido debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

37.- En los últimos 6 meses ha visto afectada su concentración debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

38.- En los últimos 6 meses se ha avergonzado un poco debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

39.- En los últimos 6 meses ha evitado salir a la calle debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

40.- En los últimos 6 meses ha sido menos tolerante con su esposo (a) o su familia debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

41.- En los últimos 6 meses ha tenido dificultades al relacionarse con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

42.- En los últimos 6 meses ha estado un poco irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

43.- En los últimos 6 meses ha tenido dificultades para realizar sus labores habituales debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

44.- En los últimos 6 meses ha sentido que su salud general ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

45.- En los últimos 6 meses ha sufrido algún tipo de pérdida económica debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

46.- En los últimos 6 meses ha sido incapaz de disfrutar la compañía de otras personas como debería, debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

47.- En los últimos 6 meses ha sentido que su vida en general es menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

48.- En los últimos 6 meses ha sido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

49.- En los últimos 6 meses ha sido incapaz de trabajar con toda su capacidad debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre
()

Anexo No. 2 Consentimiento informado

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

IMPACTO DE SALUD ORAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES VIH-SIDA

Investigadores: Haydeé Gomez Llanos Juárez, Luis Alberto Gaitan Cepeda, Carlos Alberto Guizar, Ana Gabriela Carrillo Varguez, Miguel Ángel Cadena Alcantar.

Objetivo de la investigación: Determinar el impacto de la salud oral en la calidad de vida en pacientes VIH-SIDA, mediante el llenado del instrumento OHIP-49

Riesgos y beneficios: El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio de tipo económico.

Institución que la realiza: Universidad Autónoma de Baja California.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado (a) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

ACEPTO

TESTIGO

Nombre y firma

Nombre y firma

Fecha: _____

