

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-LEON
UNAN-LEON
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE CIRUJANO
DENTISTA

NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS ODONTÓLOGOS Y MÉDICOS SOBRE
PATOLOGÍAS BUCALES ASOCIADAS A VIH- SIDA DE CENTROS DE SALUD Y
CLÍNICAS PREVISIONALES DEL DEPARTAMENTO DE LEÓN Y LA ACTITUD DE ELLOS
HACIA PACIENTES VIH-SIDA EN EL AÑO 2007- 2008.

AUTOR: BR. XISKIA LUCIA GUTIÉRREZ JIRÓN

TUTORA: DRA. ARIAN CASCO

TUTOR METODOLÓGICO: DRA. TANIA ALMENDAREZ.

León, Agosto 2008



DEDICATORIA

A DIOS creador de todo cuanto existe, alfa y omega, principio y fin, por darme la sabiduría necesaria y prestarme vida para la culminación de mis estudios universitarios.

A MI ESPOSO, Marcos Guardado Romero, por ser mi amigo incondicional, por demostrarme que el que persevera alcanza, que el que trabaja duro obtiene grandes resultados y darme ánimo en los momentos que sentía que no lo lograría.

A MIS PADRES, Adrián Gutiérrez Reyes y Marnie Lisette Jirón, por acompañarme en mi diario vivir y enseñarme con sus consejos y buenos ejemplos no desviar mis ojos del camino correcto.

A MIS HERMANOS, Adrián de la Cruz y Adriana Lisette Gutiérrez incondicionales en esta etapa de mi vida y porque de alguna u otra manera he aprendido algo de cada uno de ellos.

A MIS AMIGOS, porque para mí la amistad no es sólo una palabra agradable, sino un sentimiento de los que realmente lo sienten como tal, y que la distancia, ni el tiempo lo pueden borrar, por eso, al Dr. Róger Barrios y Dra. Maria Teresa Rivera, ejemplos palpables en mi vida, que han dedicado su tiempo para brindarme el apoyo y consejo oportuno. A Cristhian Hernández y Dra. Granados, amigos incondicionales.



AGRADECIMIENTO

Quiero patentizar el aprecio y gratitud a mi tutora y profesora Dra. Arian Casco, quien con paciencia, dedicación y toda la disposición me orientó en la realización de mi trabajo investigativo.

Muy especialmente agradezco a la Dra. Tania Almendarez, por los conocimientos y enseñanzas que brindó en el aula de clase y que me motivaron para la elección del tema monográfico.

A todos aquellos que de una u otra manera aportaron en la realización de mi tesis.



RESUMEN

El VIH-SIDA es una epidemia altamente contagiosa con repercusiones devastadoras para la humanidad, por este motivo se realizó esta investigación para determinar el nivel de conocimiento que tienen Odontólogos y Médicos sobre las patologías bucales asociadas a SIDA y la actitud de ellos hacia portadores de esta enfermedad.

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal en centros de salud y clínicas provisionales ubicadas en diferentes áreas del departamento de León. La población total constó de 34 odontólogos y 31 médicos generales y especialistas.

Para dar respuesta a los objetivos se diseñó un cuestionario de selección múltiple que permitió valorar el nivel de conocimiento y la actitud de ellos hacia pacientes VIH positivo. Los datos se tabularon en una matriz de datos relacional creada por un paquete estadístico SPSS. Versión 12.0

Se obtuvo como resultado que tanto odontólogos y médicos, en su mayoría, presentan un buen nivel de conocimiento y buena actitud con pacientes seropositivo, siendo los que presentan mejor conocimiento los médicos con menos años de experiencia laboral, mientras que los odontólogos mantienen el mismo nivel de conocimiento independientemente de la experiencia laboral. Se concluyó que los médicos tienen actitudes más positivas hacia los pacientes VIH que los odontólogos.



ÍNDICE

| | | |
|---|----|---|
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 | |
| II. OBJETIVOS..... | 4 | |
| III. MARCO TEÓRICO..... | 6 | |
| IV. DISEÑO METODOLOGICO..... | 20 | - |
| V.1 TIPO DE ESTUDIO..... | 20 | - |
| V.2 ÁREA DE ESTUDIO..... | 20 | |
| -V.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO..... | 20 | |
| -V.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... | 20 | - |
| V.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN..... | 21 | |
| -V.6 VARIABLES..... | 21 | |
| -V.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 22 | |
| -V.8 RECOLECCION DE INFORMACION..... | 23 | |
| -V.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACION..... | 23 | |
| V. RESULTADOS | 24 | |
| VI. DISCUSIÓN..... | 31 | |
| VII. CONCLUSIONES..... | 35 | |
| VIII. RECOMENDACIONES..... | 36 | |
| IX. BIBLIOGRAFÍA..... | 37 | |
| X. ANEXOS..... | 39 | |



I. INTRODUCCIÓN

Casi a finales del siglo XX, cuando ya se pensaba que la mayoría de las enfermedades transmisibles habían dejado de ser una amenaza, una nueva enfermedad se convirtió en poco tiempo en una de las epidemias más graves de los tiempos modernos.

En el verano de 1981, el Centro de Control de Enfermedades Transmisibles dio a conocer a la comunidad médica mundial y a la población en general una nueva enfermedad caracterizada por un cuadro clínico peculiar, consistente en una infección por gérmenes oportunistas, neoplasias o ambas alteraciones, asociadas todas ellas con una inmunodeficiencia inexplicable. Poco tiempo después se denominó a esta enfermedad SIDA. (2)

El SIDA proviene de las iniciales de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos, siendo el resultado de la exposición a una infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana; (1) constituye uno de los principales problemas de salud pública, con repercusiones devastadoras para la humanidad en el ámbito laboral, social, económico y es altamente contagioso.

La salud bucal es un aspecto particularmente importante en personas portadoras de VIH, pues por su condición sufren de infecciones oportunistas que causan serios problemas al paciente. Algunos autores consideran que entre 30-80% de estas personas sufren de infecciones por hongos, leucoplasias y otras manifestaciones bucales propias de la infección por el VIH (1) (ya anteriormente mencionadas), por ello la identificación temprana, el mantenimiento de una adecuada higiene bucal y la visita periódica al odontólogo son tres de los aspectos más importantes en la prevención. Debido al papel que juegan los odontólogos en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la cavidad bucal, es necesario que los portadores de VIH tengan fácil acceso a los servicios prestadores de salud. (6)

-
1. Carranza, Fermín- Newman, Periodontología Clínica, octava edición
 2. Lynch- Brightman- Greenberg; Medicina Bucal de Burket; Novena edición
 6. http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/nivel_conocimiento_actitud.asp



Aún cuando el temor al contagio del VIH en la práctica odontológica persiste debido a la posible transmisión del virus en el consultorio dental, en la actualidad existe creciente demanda de asistencia odontológica a las personas portadoras de VIH, pues el número de casos ha ido en ascenso. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones coinciden en señalar que existe un carácter estigmatizante de la enfermedad y el miedo al contagio, son los argumentos más reportados por parte de los profesionales de la odontología para rechazar a estos enfermos. (6)

Por otro lado, el aumento de la esperanza de vida de estos pacientes está condicionando una mayor presencia en nuestras consultas de pacientes infectados por el VIH, lo que implica una actualización continua en el diagnóstico y tratamiento de estos procesos.

Estudios sobre la actitud de los odontólogos para atender pacientes portadores reportan que esta disposición se hace más evidente a medida que el estudiante de odontología avanza en estudios. Con relación a los años de ejercicio, por ejemplo, se dice que a mayor tiempo de graduado menor es el interés de tener contacto con pacientes portadores; así como sobreestimación del riesgo de transmisión y falta de motivación para el uso correcto de los procedimientos de rutina sobre control y prevención de la enfermedad. (7)

Se ha demostrado también, que los odontólogos con mejor disposición para utilizar las medidas de control de infección, son los del género femenino y los jóvenes. Otros se "niegan a atender personas infectados por no tener disponible un equipo de esterilización adecuado".

Asimismo, se ha publicado que el conocimiento del dentista sobre las medidas de control de infección, difiere de sus actitudes y conductas mostradas con relación a estas precauciones, no sólo en la práctica dental general rutinaria, sino también en la práctica especializada de las diversas ramas odontológicas.

6. http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/nivel_conocimiento_actitud.asp

7. Magis C, Esquivel L, Fernández L. Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica odontológica. Obtenible en: http://odontologiaa.tripod.com.mx/paciente_sida.htm



El odontólogo y el médico juega un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de personas VIH positivo (6), sin embargo, no es necesario, que solamente, se tengan excelentes conocimientos sobre el mismo sino que las actitudes de los clínicos ante los pacientes sean buenas; puesto que los conocimientos deficientes como las actitudes negativas pueden llevar a la implementación de tratamientos deficientes, que pongan en riesgo la salud del paciente, además de fomentar la discriminación de los pacientes VIH positivo.

El incremento del número de personas portadoras de VIH/SIDA de todas las edades y clase social y la importancia de tratamiento de lesiones bucales en estas personas, ha motivado la realización de una investigación que permita determinar el Nivel de Conocimiento y actitud de los odontólogos y médicos sobre la enfermedad, para plantearse la necesidad de una reflexión profunda acerca de las estrategias de salud que deben implementarse en los profesionales encargados del manejo de los pacientes VIH.

Quizás parte del problema es porque existe gran desinformación no sólo de la comunidad en general, sino del odontólogo y del mismo médico en el momento del diagnóstico y atención del paciente. Por tal razón se debe hacer énfasis en la preparación de los trabajadores de la salud tanto para mejorar el nivel de conocimiento sobre las particularidades de esta enfermedad, como en la actitud de este personal a los pacientes, ya que estos últimos tienen derechos humanos y tienen que vivir con calidad aunque sea poco tiempo lo que le reste de vida por su enfermedad.

6. http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/nivel_conocimiento_actitud.asp



II. OBJETIVOS



Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre las patologías bucales asociadas a SIDA y la actitud de odontólogos y médicos de Centros de Salud y Clínicas Previsionales hacia portadores de VIH/SIDA, del Departamento de León en el año 2007 – 2008.

Objetivos Específicos:

- 1.** Conocer el nivel de conocimiento de odontólogos y médicos sobre patologías bucales asociadas a SIDA según lugar de trabajo y años de ejercicio de los profesionales investigados.
- 2.** Identificar la actitud de los odontólogos y médicos hacia portadores de VIH/SIDA según edad y sexo de los profesionales en la salud.
- 3.** Establecer la relación entre el nivel de conocimiento de los odontólogos y médicos sobre patologías bucales asociadas a SIDA y la actitud de estos profesionales en salud hacia pacientes VIH positivo.

III. MARCO TEÓRICO



Concepto:

SIDA es el acrónimo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida que afecta a los humanos infectados por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Se dice que una persona padece SIDA cuando su organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones. (9)

Una persona infectada por el VIH es seropositiva, y pasa a desarrollar un cuadro de SIDA cuando su nivel de Linfocitos T CD4 (que son el tipo de célula al que ataca el virus) desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre (lo normal es de 600 a 1,000). (9)

Generalidades:

Normalmente, los glóbulos blancos y anticuerpos atacan y destruyen a cualquier organismo extraño que entra al cuerpo humano. Esta respuesta es coordinada por un tipo de células llamados linfocitos CD4. Desafortunadamente, el VIH ataca específicamente a los linfocitos CD4 y entra en ellos. Una vez adentro, el virus les inyecta su propio material genético y los utiliza para replicarse o hacer copias de sí mismo. Cuando las nuevas copias del virus salen de las células a la sangre, buscan a otras células para atacar. Mientras, las células de donde salieron mueren. Este ciclo se repite una y otra vez. (9)

Para defenderse de esta producción de virus, el sistema inmune de una persona produce muchas células CD4 diariamente. Paulatinamente el número de células CD4 disminuye, por lo que la persona sufre de inmunodeficiencia, lo cual significa que la persona no puede defenderse de otros virus y bacterias que causan enfermedades. (2)

9. <http://es.wikipedia.org/wiki/AIDS>

2. Lynch- Brightman- Greenberg; Medicina Bucal de Burket; Novena edición



Por lo que la persona queda susceptible de sufrir enfermedades que una persona sana sería capaz de rechazar, como las infecciones oportunitas ej. Neumonía por neumocitis Carini y la meningitis por criptococcus. (9)

Estas enfermedades son principalmente infecciones oportunistas y ciertos tipos de cáncer. El VIH, además, es capaz de infectar células cerebrales, causando algunos desórdenes neurológicos.

Actualmente existen medicamentos, llamados antirretrovirales, que inhiben enzimas esenciales, la transcriptasa inversa o la proteasa, con lo que reducen la replicación del VIH. De esta manera se frena el progreso de la enfermedad y la aparición de infecciones oportunistas; restableciendo el sistema inmune esto trae como consecuencias el aumento de los linfocitos CD4 así que aunque el SIDA no puede propiamente curarse, sí puede convertirse con el uso continuo de esos fármacos en una enfermedad crónica compatible con una vida larga y casi normal.

Modo de transmisión:

La única causa de la transmisión es el intercambio de fluidos corporales, en particular la sangre y las secreciones genitales. El virus VIH no se puede transmitir por la respiración, la saliva, el contacto casual por el tacto, dar la mano, abrazar, besar en la mejilla, masturbarse mutuamente con otra persona o compartir utensilios como vasos, tazas o cucharas. En cambio es teóricamente posible que el virus se transmita entre personas a través del beso boca a boca, si ambas personas tienen llagas sangrantes o encías llagadas.

Las tres vías principales de transmisión son:

1. **La sanguínea** (transfusiones de sangre, intercambio de jeringuillas entre drogadictos, intercambio de agujas intramusculares). Existe riesgo al compartir agujas contaminadas para perforar las orejas o hacerse tatuajes.

9. <http://es.wikipedia.org/wiki/AIDS>



También existe riesgo ocupacional, los trabajadores de la salud pueden prevenir la extensión del VIH desde pacientes a trabajadores y de paciente a paciente, siguiendo normas universales de asepsia o aislamiento contra sustancias corporales, tales como el uso de guantes de látex cuando se ponen inyecciones o se manejan desechos o fluidos corporales, y lavándose las manos frecuentemente.

El riesgo de infectarse con el virus VIH a causa de un pinchazo con una aguja que ha sido usada en una persona infectada es menor de 1 entre 200. Una apropiada profilaxis pos-exposición (con drogas anti-VIH) logra contrarrestar ese pequeño riesgo, reduciendo al mínimo la probabilidad de seroconversión.

2. **La sexual:** Algunas formas de relación sexual hacen más fácil la transmisión.
3. **La Materno-filial o Perinatal** (Transplacentaria, antes del nacimiento, en el momento del parto o por la lactancia después).

Etapas del SIDA

Esta enfermedad posee 4 etapas y son:

1. Infeción: El virus se adquiere por tres vías: sexual, sanguínea, Perinatal.
2. Periodo de ventana: Es el tiempo desde que una persona adquiere el virus VIH, hasta que él puede detectarse en un examen de sangre (3 a 4 meses); en este periodo no se encuentra anticuerpos contra el VIH.
3. Portador sin síntomas: Quien vive con el virus puede no tener síntomas durante muchos años.
4. SIDA: Etapa en que aparecen signos y síntomas de enfermedades producidas por la destrucción del sistema de defensa, por el VIH.



Signos y síntomas generales (etapa I)

Los síntomas de la infección con VIH y SIDA varían dependiendo de la fase de la infección. Cuando una persona se infecta primeramente con VIH, puede no presentar síntomas aunque es común desarrollar un síndrome gripal de 2 a 6 semanas después de infectarse. Estos síntomas se pueden confundir con otras enfermedades y la persona puede no sospechar que esté infectada con el VIH.

Sin embargo, aún si la persona no tiene síntomas, puede transmitir el virus a otros. La persona puede permanecer sin síntomas por 8 a 9 años. Durante este tiempo, el virus continúa multiplicándose y destruyendo células. Existen pruebas que se pueden realizar para observar la disminución del número de estas células en la sangre. Las personas infectadas con el VIH pueden desarrollar principalmente los siguientes síntomas: (10)

- Diarrea frecuente
- Agotamiento prolongado e inexplicable
- Pérdida de peso no intencionada
- Fiebre que dure más de 10 días
- Resfriados
- Exceso de sudor especialmente por la noche.
- Lesiones de boca incluyendo llagas y encías inflamadas y dolorosas
- Dolor de garganta
- Nódulos linfáticos inflamados
- Tos y dificultad para respirar
- Cambio en los hábitos incluyendo el estreñimiento.

10. www.tuotromedico.com/temas/SIDA_síntomas.HTM



- Síntomas de una infección específica (tales como candida, neumocistis)
- Tumores (Sarcoma de Kaposi)
- Erupciones en la piel u otras lesiones
- Malestar general o inquietud
- Dolor de cabeza

Durante la última fase de la infección por el VIH (que ocurre aproximadamente de 10 a 11 años después de la infección inicial), se pueden desarrollar síntomas más serios llenando los requisitos de la definición oficial del SIDA. La definición del SIDA, según los Centros de Control y Prevención de la enfermedad (CDC), es la presencia de infección por VIH como una prueba positiva para VIH.

Clasificación de las lesiones orales en la infección por VIH

Clasificación de las lesiones orales asociadas con infección por VIH (como fue acordado en la reunión del Grupo de Clasificación de la C.E.E. para los problemas orales relacionada con la infección por VIH, realizada en Londres, en Septiembre de 1992). Todas las lesiones en los tres Grupos. (4)

Grupo I

Lesiones fuertemente asociadas con la infección por el VIH:

- Candidiasis:
 - Eritematosa
 - Hiperplásica
 - Seudomembranosa

4. http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol42_1_05/est07105.htm



- Leucoplasia Pilosa
- Enfermedad periodontal
 - Gingivitis por VIH (Eritema Gingival Linear)
 - Gingivitis Necrotizante (ulcerativa) por VIH
 - Periodontitis (ulcerativa) por VIH
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma no Hodgkinianos
- Queilitis angular
- Histoplasmosis
- Criptococosis

Grupo II

Lesiones menos frecuentemente asociadas con infección por VIH.

- Ulceraciones atípicas
- Estomatitis Necrotizante (ulcerativa)
- Enfermedad de Glándula salival
 - Boca seca por disminución de flujo salival
 - Tumorción uni o bilateral de glándulas salivales mayores.
- Hiperpigmentación melanótica
- Infecciones Bacterianas
 - *Mycobacterium avium*-intracelular
 - *Mycobacterium tuberculosis*

4. http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol42_1_05/est07105.htm

- Infecciones virales



- Virus Herpes simple
- Virus Papiloma humano (lesiones tipo verrugas)
- Condiloma acuminado
- Hiperplasia epitelial focal
- Verruga vulgar
- Virus varicela zoster
- Herpes zoster
- Varicela
- Leucoplasia vellosa
- Citomegalovirus
- Púrpura trombocitopénica
- Ulceración NOS (Sin otra especificación, del inglés: "Not Otherwise Specified")

Grupo III

Lesiones con cierta posibilidad de asociación con la infección por el VIH:

- Infecciones bacterianas (se excluye la gingivitis y la Periodontitis):

- Actinomyces israelii
- Escherichia coli
- Klebsiella pneumoniae
- Micobacterium tuberculosis

* Micobacterium avium

* Angiomatosis bacilar



- Infecciones por hongos diferentes de Candidiasis:
 - Cryptococcus neoformans.
 - Aspergillus flavus
- Enfermedad arañazo de gato
- Reacciones a las drogas (ulceración, eritema multiforme y lesión liquenoide)
- Alteraciones neurológicas:
 - Parálisis facial
 - Neuralgia del trigémino
 - Osteomielitis
 - Sinusitis
 - Celulitis submandibular
 - Exacerbación de la Periodontitis apical
 - Hiperpigmentación melanocítica
 - Carcinoma de células escamosas

Características clínicas de las lesiones orales en pacientes VIH-SIDA.

I. Infecciones

1. Micóticas:

Son las lesiones más comunes asociadas a la inmunosupresión causada por el VIH, se presenta de tres maneras diferentes como se describe a continuación: (5)

§ Candidiasis pseudomembranosa: Se presenta como lesiones blancas con apariencia de motas de algodón, sobre una mucosa roja o normal, ligeramente elevadas, en algunos casos pueden ser removidas dejando zonas enrojecidas y eritematosa. Se puede presentar en cualquier parte de la mucosa bucal y labial en lengua y paladar. El paciente reporta sensación de quemadura, dolor en el área o simplemente no presentan sintomatología. Esta lesión había sido descrita hasta hoy como de evolución aguda y frecuente en recién nacidos pero en los enfermos con SIDA se ve en forma crónica y en adultos, siendo esta una diferencia que debe llamar la atención al profesional que la observe.

5. <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema15.htm>

4. http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol42_1_05/est07105.htm



§ Candidiasis Eritematosa o atrófica: Lesiones rojas localizadas que pueden resultar de la eliminación de la pseudomembrana o ser la forma inicial de la infección por la Cándida.

Se presenta con mayor frecuencia en paladar duro y blando, dorso de la lengua y en la mucosa oral. En la lengua se caracteriza por la pérdida de las papilas. Puede presentar sintomatología similar a la de la forma pseudomembranosa y ésta se aumenta con los cambios térmicos especialmente con el calor.

§ Queilitis angular: Ulceraciones y fisuras eritematosas localizadas en las comisuras labiales, pueden ser unilaterales o bilaterales y generalmente presentan sintomatología.

El diagnóstico se basa en las características clínicas y en la presencia de las pseudohifas y blastosporas del hongo, demostrable en especímenes examinados con KOH (hidróxido de potasio o con coloración Gram).

El tratamiento de las lesiones micóticas se lleva a cabo con antimicóticos de uso tópico como la Nistatina y en casos severos por vía oral con Fluconazol. La Nistatina necesita mantenerse en la boca durante 5 minutos por cada aplicación y debido a que tiene un muy alto contenido de azúcar que puede producir caries dentales, deberá ser acompañada por un fluoruro recetado. (8)

2. Enfermedades Bacterianas

§ Gingivitis y Periodontitis asociadas al VIH: Presentan halitosis marcada, hemorragia espontánea, necrosis de la encía marginal, pérdida rápida de los tejidos de soporte, las formas más frecuentes son la Gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUN) y la Periodontitis Ulcerativa Necrotizante (PUN).

§ Periodontitis Ulcerativa Necrotizante (PUN): Clínicamente se caracterizan por la presencia de úlceras y necrosis de los tejidos blandos, así como una rápida destrucción del soporte periodontal.

8. <http://www.dentalfresnos.com.mx/articulos/procedimientos/pacientes%20sida%20atiendelos.htm>.



Es frecuente que se produzca un sangrado espontáneo y dolor intenso. La enfermedad no responde al tratamiento periodontal convencional. La Periodontitis asociada al VIH puede ser localizada, aunque en los casos graves generalizada.

§ Gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUN): Es frecuente en los pacientes con VIH y se produce en sus etapas iniciales, con un porcentaje de prevalencia del 1 al 3%.

La gingivitis ulceronecrotizante puede progresar a Estomatitis necrosante, que se caracteriza por encías hiperémicas, hemorragias espontáneas, dolores agudos, rápida progresión de la enfermedad y úlceras en estadios necróticos. Esta condición está asociada a una supresión severa del sistema inmune, con recuento celular de CD4 por debajo de 100 células / mm³ y puede ser precursora de la Periodontitis Ulcerativa Necrosante. (5)

El hueso subyacente queda expuesto o perforado. La lesión puede extenderse a tejidos contiguos.

La GUNA es tratada rutinariamente con metronidazol (1 tableta diaria de 500mg) combinada con cuidadosa profilaxis bucal, puede no responder bien al tratamiento y las recurrencias son comunes.

§ Eritema Gingival Lineal: Clínicamente se caracteriza por la presencia de una banda de color rojo intenso a lo largo del margen gingival de 2 a 4 mm de ancho, especialmente por vestibular con leve dolor y fácilmente sangrante incluso durante la exploración. También se describe el eritema difuso y punteado. El punteado gingival puede involucrar por completo a la encía adherida. Esta gingivitis es una precursora de la Periodontitis. (5)

La lesión no responde a medidas de control de placa ni tampoco al alisado radicular o al raspado. El tratamiento de las enfermedades bacterianas se lleva a cabo con antibióticos como la Amoxicilina, Dicloxacilina y en casos de GUN se obtienen buenos resultados con Metronidazol.



3. Infecciones Virales

En pacientes seropositivos a VIH se han observado infecciones por varios virus como: Virus Epstein Barr (VEB), Virus Herpes Simple (VHS), Virus Herpes Zóster (VHZ), Citomegalovirus, Papilomavirus Humano, etc. (5)

§ Herpes simple: Se presenta como enfermedad primaria y recurrente como vesículas múltiples en paladar duro o encía que se ulceran rápidamente haciendo confundir el diagnóstico hacia otras lesiones ulcerosas como las aftas.

Se presenta usualmente en labios, paladar y encías. Su recurrencia es de alta incidencia. La infección primaria puede o no ser asintomático y es seguida por una latencia de por vida del Virus Herpes Simple en el ganglio trigémino. El herpes recurrente puede ser precipitado por el sol, infecciones respiratorias altas, traumas, menstruación, stress e inmunodepresión.

§ Herpes Zoster (Facial del trigémino): es otra lesión causada por el virus de la Varicela Zoster. El zoster se observa mayormente en ancianos y en inmunosuprimidos, incluyendo los que han recibido transplantes de riñón, pacientes con leucemia, que están en tratamiento con quimioterapia y pacientes con VIH. Se presenta como una lesión que traza el recorrido del nervio trigémino o el facial. Presenta lesiones vesiculosas y el paciente manifiesta mucho dolor.

El tratamiento a estas lesiones de tipo viral responde muy bien al tratamiento con Aciclovir, tanto en ungüento como en tabletas, en dosis altas.

§ Leucoplasia Velloso Oral: Es una característica frecuente de la mucosa yugal que se ha descrito en todos los grupos con alto riesgo de contraer la infección por VIH, y puede ser un signo clínico temprano y un indicador fiable por VIH; así mismo predice el posterior desarrollo del Sida. La prevalencia de la leucoplasia Velloso en pacientes infectados con VIH varía de 8 al 10% o más.



Aunque la etiología y la patogénesis de la lesión sigue sin conocerse con exactitud parece que el Virus del Epstein Barr asociado con el Papiloma virus humano, desempeñan un papel importante.

Clínicamente se manifiesta como una lesión blanquecina, ligeramente elevada que aparece sobre la lengua que se pueden extender a la superficie ventral y al dorso y en raras ocasiones producirse en otros lugares de la boca; a menudo bilateralmente, y no se desprende al raspado.

La superficie de la lesión se caracteriza por ser corrugada y con pliegues verticales o vellosidades, que al ser estimulados por aire presentan movimiento. Aunque también pueden verse lesiones planas de superficie lisa. Su tamaño varía de unos pocos milímetros a varios centímetros.

Diagnóstico diferencial: leucoplasia irritativa de los bordes de la lengua, leucoplasia idiopática, leucoplasia asociada al tabaco, liquen plano, candidiasis crónica Hiperplásica

No presenta sintomatología y es signo de avance de la infección, pero se ha visto disminución de su incidencia debido a la toma regular de antirretrovirales. El tratamiento se lleva a cabo con antivirales como el Aciclovir en algunos casos combinado con Podofilina, presenta una alta probabilidad de recidiva

4. Neoplásicas

§ Sarcoma de Kaposi: Lesiones múltiples que se presentan en cualquier parte del cuerpo, de evolución lenta, que primero se presentan como máculas, luego pápulas terminando en nódulos que inicialmente son de color violáceo y se pueden tornar rojas o cafés. Puede comenzar en la mucosa bucal. Sin embargo, en la mayoría aparece primero en la piel. Es asintomático inicialmente pero con el tiempo se vuelve bastante doloroso.



Es la neoplasia intraoral más relacionada con el SIDA. (Aproximadamente del 20% al 40% de los pacientes de SIDA con SK tienen lesiones orales y siendo la zona más afectada el paladar y en segundo lugar la gíngiva y otros autores lo describen también en mucosa de los carrillos, nariz, faringe y amígdalas. Las lesiones en etapas tempranas se presentan planas, azul púrpura o rojo púrpura, coloración que no blanquea con la presión. En los estadios más avanzados las lesiones se pueden poner más oscuras, elevadas, frecuentemente lobuladas y ulceradas. (5) La ulceración de las lesiones bucales es más común que la de las lesiones de piel. EL SK es un tumor multifocal y los pacientes también pueden tener manifestaciones en piel de las extremidades, tórax o piel de la cara. (5)

La incidencia del SK ha disminuido, inicialmente era del 35 al 40 % de los pacientes con SIDA, hoy es de un 5 % a 10% (Según Laskin)

Usualmente, las características clínicas del SK son tan típicas, que si se presentan en un paciente con riesgo de estar infectado por el VIH, lo definen, aunque el estudio histopatológico es imprescindible.

El tratamiento depende del estado del sistema inmunológico del paciente ya que en algunos casos al iniciar la terapia antirretroviral desaparecen las lesiones, pero en casos severos se necesita de quimioterapia.

§ Linfoma no Hodgkin: Es el segundo tipo de tumor maligno más frecuente en la infección por VIH. La mayoría de los linfomas son de tipo B. clínicamente, el linfoma intrabucal no Hodgkin se presenta como tumefacciones inflamatorias, ulceradas o no, que suelen afectar a las encías y el paladar.

4. <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema15.htm>



§ Xerostomía (Boca seca): Se presenta disminución de la secreción de la saliva, esto es causado por lesiones de las glándulas salivales, el uso de Antirretrovirales, el hábito de fumar y una carga viral mayor a 100.000/mm³. Se puede resolver el problema, en algunos casos, con la ingestión de dulces duros y chicles sin azúcar o con sustitutos de la saliva.

§ Estomatitis aftosa: Ulceras típicas recurrentes, múltiples dolorosas y bastante comunes en la infección por VIH. Se presentan en cualquier parte de la cavidad oral. El tratamiento involucra el uso de corticoesteroides tópicos como elixir de dexametasona (0.5mg/5ml) haciendo enjuagues manteniéndolo en boca por un minuto y para las manifestaciones más severas, los corticoesteroides de uso sistémico como la Prednisona.

Es importante enfatizar que el tratamiento temprano de estas lesiones puede garantizar una mejor respuesta y por lo tanto una pronta mejoría. Sin embargo, este tratamiento sólo lo debe ordenar un odontólogo, preferiblemente con experiencia en manejo de personas viviendo con VIH/SIDA y en algunos casos, el manejo de algunas patologías debe ser llevado directamente por el médico tratante. En ningún caso el paciente debe automedicarse. Los medicamentos antes descritos son para información general. Como vemos es de suma importancia la visita periódica al odontólogo para las personas viviendo con el VIH o con SIDA. Se recomienda una consulta cada 6 meses para pacientes asintomáticos y cada dos meses para pacientes sintomáticos en caso de la visita al médico este debe ser una vez al mes.



IV. DISEÑO METODOLÓGICO:

IV.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de Noviembre del 2007 a Mayo del año 2008

IV.2 Área de estudio:

Los centros de salud y clínicas previsionales ubicadas en las diferentes áreas del departamento de León.

- ✚ Centros de salud: Primero de Mayo, Centro de salud Félix Pedro Picado (Subtiava) Mántica, El Calvarito, Centro Perla Maria Norori, Centro Noel Ortega (La Paz Centro), Centro de salud Raúl Vargas (Nagarote), Centro de Salud Clarisa Picado (villa 23 de julio).
- ✚ Clínicas Previsionales: AMOCSA, BEMENIC, FRATERNIDAD, POLIMESA,

IV.3 Población de estudio:

Se incluyó dentro del estudio a toda la población compuesta por:

- ❖ 34 Odontólogos generales y especialistas que laboran con contrato en los centros de salud y clínicas Previsionales del departamento de León.
- ❖ 31 Médicos generales y especialistas en infectología, cirugía, medicina interna que laboran con contratos en los centros de salud y clínicas previsionales del departamento de León.

IV.4 Criterios de inclusión:

Odontólogos y médicos que trabajen en clínicas previsionales con contrato y atiendan pacientes

Odontólogos y médicos que atiendan pacientes en un centro o puesto de salud.

Odontólogos y médicos que acepten ser parte del estudio.

Odontólogos y médicos con disponibilidad de tiempo.

IV.5 Criterios de exclusión:



Odontólogos y médicos que no se encuentren en su centro de trabajo (de vacaciones, permiso o subsidio y que no se pueda localizar en su casa).

Ser odontólogo y médicos de estos centros de salud o clínicas previsionales con cargo solamente administrativo.

Odontólogos y médicos que llenaron el cuestionario en forma incompleta.

IV.6 Variables:

- 1) Conocimiento
- 2) Lugar de trabajo
- 3) Años de ejercicio
- 4) Edad
- 5) Sexo
- 6) Actitud

IV.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable | Concepto | Indicador | Valor |
|----------|----------|-----------|-------|
|----------|----------|-----------|-------|



| | | | |
|-------------------|--|--|--|
| Conocimiento | Acción de conocer, saber entendimiento inteligencia, sentido, dominio de las facultades en el hombre. | Porcentaje de respuestas correctas | Excelente 12-15 Buena 8-11 Regular 4-7 Malo 0-3 |
| Lugar de trabajo | Es el espacio o institución donde el profesional se desenvuelve. | Institución donde el profesional se desenvuelve con un contrato formal. | Clínica Previsional Centro de salud |
| Años de ejercicio | El tiempo que tiene el profesional de ejercer su profesión. | Tiempo transcurrido desde que tuvo su primer empleo (trabajo desde el momento de la encuesta) | 1 – 5 años 6 – 10 años 11 – 15 años 16 - más años |
| Edad | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. | Desde nacimiento hasta edad de la encuesta. | 23 – 28 29 – 34 35 – 40 40 - más años |
| Sexo | Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer, del macho y de la hembra: sexo masculino, femenino. | Apariencia externa | Femenino Masculino |
| Actitud | "La actitud es un grado de afecto a favor o en contra de un objeto o un valor". "Actitud es un estado mental y nervioso de disposición adquirido a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre las respuestas del individuo a toda clase de objetos o situaciones con los que se relaciona". | Porcentaje de respuestas positivas, neutras y negativas en encuestas. Respuestas Positivas son aquellas actitudes que expresan un grado de afecto a favor del paciente VIH. Actitudes Negativas son aquellas que afectan un grado de afecto en contra del paciente VIH positivo. Actitudes Neutras se refiere a expresiones de indignancia hacia el paciente VIH positiva. | Actitud muy positiva: 41-50 Actitud positiva: 31-40 Neutral: 21-30 Actitud negativa: 11-20 Actitud muy negativa: 0-10 |

IV.8 Recolección de información



- Fuente de información: Primaria. La información fue recolectada mediante encuestas o cuestionarios, explicando el fin del estudio. (Ver instrumento de recolección de datos en anexos).
- Validación del instrumento de recolección de la información: Previo a la recolección de la información, se realizó una prueba piloto a 5 médicos y 5 odontólogos para hacer los ajustes necesarios en cuanto a las preguntas de las encuestas, a la claridad, fácil comprensión, distractores y redacción).

El test de conocimiento constó de 10 preguntas de selección múltiple y una pregunta con 5 incisos que consistía en marcar con una “X” si estaban de acuerdo con la pregunta. Cada pregunta del cuestionario tenía un valor de 1 punto, obteniéndose en el cuestionario como nota máxima 15 Pts. Se sumó las respuestas correctas de cada profesional de la salud y de acuerdo a la nota obtenida en el test era su conocimiento (excelente, bueno, regular o malo) y luego se agruparon de acuerdo al nivel de sus conocimientos.

En el caso del test de actitud se realizaron 10 afirmaciones de selección múltiple y cada profesional elegía si estaba muy de acuerdo; de acuerdo; ni de acuerdo, ni en desacuerdo; en desacuerdo y en total desacuerdo. Si la afirmación indicaba una actitud positiva, la respuesta muy de acuerdo obtenía el valor mayor que es 5; de acuerdo 4; ni de acuerdo y ni en desacuerdo 3; en desacuerdo 4 y la respuesta en total desacuerdo obtenía un valor de 1 punto. Y si la afirmación indicaba una actitud negativa la respuesta muy de acuerdo obtenía el menor valor que es 1 y la respuesta en total desacuerdo obtenía un valor de 5. Se sumaron todas las respuestas de cada profesional y cada uno obtuvo una nota de acuerdo a sus respuestas siendo la mayor nota de 50 y los menores 10 puntos.

IV.9 Procesamiento y análisis de la información:

Una vez recolectada la información, se construyó una matriz de datos para colocar toda la información de importancia según las variables de los objetivos, luego estos datos fueron procesados en el programa SPSS versión 12.0, donde se realizó el cruce de variables respectivo y se colocaron en las tablas para su análisis.



V. RESULTADOS

Luego del procesamiento de los datos se obtuvo los siguientes resultados en cuanto al nivel de conocimiento de odontólogos y médicos sobre las patologías bucales asociadas a SIDA.

Tabla 1 Nivel de conocimiento de odontólogos y médicos sobre patologías bucales asociadas a SIDA

| Profesión | Excelente | | Bueno | | Regular | | Total | |
|------------|-----------|------|-------|------|---------|------|-------|-----|
| | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Médico | 6 | 19.4 | 18 | 58.1 | 7 | 22.6 | 31 | 100 |
| Odontólogo | 7 | 20.6 | 24 | 70.6 | 3 | 8.8 | 34 | 100 |
| Total | 13 | 20 | 42 | 64.6 | 10 | 15.4 | 65 | 100 |

F.I: Cuestionario

De los 31 médicos encuestados 18 (58%) tiene un nivel de conocimiento bueno, 7(22.6%) tienen un nivel de conocimiento regular y una pequeña cantidad de 6 (19.4%) médicos tienen un conocimiento excelente.

De los 34 odontólogos encuestados 24 (70.6%) tiene un nivel de conocimiento bueno, 7 (20.6%) odontólogos tienen un conocimiento excelente y 3 (8.8%) tienen un conocimiento regular. (Ver gráfico 1)



Tabla 2 Nivel de conocimiento de odontólogos y médicos sobre patologías bucales asociadas a VIH-SIDA según lugar de trabajo del profesional

| Lugar de trabajo | Conocimiento de Médicos | | | | | | | | Conocimientos de Odontólogos | | | | | | | |
|------------------|-------------------------|------|-------|------|---------|------|-------|-----|------------------------------|------|-------|------|---------|------|-------|-----|
| | Excelente | | Bueno | | Regular | | Total | | Excelente | | Bueno | | Regular | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| MINSA | 2 | 15.4 | 8 | 61.5 | 3 | 23.1 | 13 | 100 | 5 | 22.7 | 16 | 72.7 | 1 | 4.5 | 22 | 100 |
| PREVISIONAL | 4 | 22.2 | 10 | 55.6 | 4 | 22.2 | 18 | 100 | 8 | 66.7 | 2 | 16.7 | 2 | 16.7 | 12 | 100 |

F.I: Cuestionario

El nivel de conocimiento de médicos es bueno tanto en médicos del MINSA 8 (61.5%) y médicos de las clínicas Previsionales 10 (55.6%). Sin embargo 3 médicos del MINSA (23.1%) y 4 (22.2%) médicos de las previsionales tienen un nivel de conocimiento regular.

De los odontólogos que trabajan en el MINSA 16 (72.7%) tienen un nivel de conocimiento bueno. En cambio en odontólogos que laboran en las clínicas previsionales el mayor numero de odontólogos 8 (66.7%) tienen un nivel de conocimiento excelente. (Ver gráfico 2)



Tabla 3 Nivel de conocimiento sobre patologías bucales asociadas a SIDA según años de ejercer su profesión

| | Conocimiento de Médicos | | | | Conocimiento de Odontólogos | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-------------------------|-------|---------|-------|-----------------------------|-------|---------|-------|----|------|----|------|---|-----|----|-----|
| | Excelente | Bueno | Regular | Total | Excelente | Bueno | Regular | Total | | | | | | | | |
| Tiempo de ejercer | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % | | | | | | |
| 1-8 a. | 4 | 22.2 | 13 | 72.2 | 1 | 5.6 | 18 | 100 | 3 | 21.4 | 10 | 71.4 | 1 | 7.1 | 14 | 100 |
| 9-16 a. | 1 | 25 | 2 | 50 | 1 | 25 | 4 | 100 | 3 | 37.5 | 5 | 62.5 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| 17-24 a. | 1 | 12.5 | 3 | 37.5 | 4 | 50 | 8 | 100 | 1 | 12.5 | 5 | 62.5 | 2 | 25 | 8 | 100 |
| 25-33 a. | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 4 | 100 | 0 | 0 | 4 | 100 |

F.I: Cuestionario

El nivel de conocimiento de los médicos a medida que avanza en años de ejercicio es menor. De los médicos que laboran desde hace 1 a 8 años la mayoría 13 (72.2%) tienen un nivel de conocimiento bueno, 4(22.2%) un nivel excelente y solo un medico (5.6%) tiene un nivel regular.

De los médicos que laboran desde hace 17 a 24 años 3 (37.5%) tienen un nivel de conocimiento bueno y 4 (50%) médicos tienen un nivel de conocimiento regular.

Los odontólogos que tienen 1 a 8 años de ejercer su profesión 10 (71.4%) tienen un nivel de conocimiento bueno y 3 (21.4%) tienen un nivel excelente.

De los odontólogos que tienen 9 a 16 años de laborar 5 (62.5%) tienen un nivel de conocimiento bueno y 3 (37.5%) un nivel excelente. En el grupo de odontólogos que tienen de 17 a 24 años de trabajar 5 (62.5%) tienen un nivel bueno de conocimiento también 4 (100%) odontólogos que tienen 25 a 33 años de ejercer su profesión. (Ver gráfico 3)



Tabla 4 Actitud de médicos y odontólogos hacia pacientes VIH-SIDA

| Profesión | Muy positivo | | Positivo | | Neutro | | Total | |
|--------------|--------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|-----------|------------|
| | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Médico | 13 | 41.9 | 16 | 51.6 | 2 | 6.5 | 31 | 100 |
| Odontólogo | 8 | 23.5 | 24 | 70.6 | 2 | 5.9 | 34 | 100 |
| Total | 21 | 32.3 | 40 | 61.5 | 4 | 6.2 | 65 | 100 |

F.I: Cuestionario

De los 31 médicos encuestados 16 que equivale al 51.6% tienen una actitud positiva, 13 (41.9%) de ellos tienen una actitud muy positiva y sólo 2 (6.5%) de ellos tienen una actitud neutra.

De los 34 odontólogos 24 (70.6%) tienen una actitud positiva, 8 (23.5%) tienen una actitud muy positiva y 2 (5.9%) tienen una actitud neutra. (Ver gráfico 4)



Tabla 5 Actitud de odontólogos y médicos hacia pacientes VIH-SIDA según el sexo del profesional

| Actitud | Sexo de los Médicos | | | | Sexo de los Odontólogos | | | |
|--------------|---------------------|------|-----------|------|-------------------------|------|-----------|-----|
| | Femenino | | Masculino | | Femenino | | Masculino | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Muy positivo | 7 | 41.2 | 6 | 42.9 | 5 | 62.5 | 3 | 25 |
| Positivo | 8 | 47.1 | 8 | 57.1 | 1 | 12.5 | 9 | 75 |
| Neutro | 2 | 11.8 | 0 | 0 | 2 | 25 | 0 | 0 |
| Total | 17 | 100 | 14 | 100 | 8 | 100 | 12 | 100 |

F.I. Cuestionario

De los médicos del sexo femenino 8 (47.1%) tienen una actitud positiva y 7 (41.2%) una actitud muy positiva. Los médicos del sexo masculino 8 (57.1%) tienen una actitud positiva y 6 (46.2%) médicos tienen una actitud muy positiva. Sin embargo una pequeña cantidad de médicos del sexo femenino tienen una actitud neutra 2 (11.8%).

Cinco odontólogas (62.5%) tienen una actitud muy positiva y 1 (12.5%) una actitud positiva hacia los pacientes seropositivos y en los odontólogos (9) tienen una actitud positiva y 3 (25%) tienen actitud muy positiva. Sin embargo una pequeña cantidad de odontólogas 2 (25%) tienen una actitud neutra. (Ver gráfico 5)



Tabla 6 Actitud de médicos y odontólogos hacia pacientes VIH-SIDA según edad actual de los profesionales

| Edad actual | Actitud | Médicos | | | | Odontólogos | | | | | | | | | | | |
|-------------|---------|--------------|------|----------|------|-------------|------|-------|-----|--------------|------|----------|------|--------|------|-------|-----|
| | | Muy positivo | | Positivo | | Neutro | | Total | | Muy positivo | | Positivo | | Neutro | | Total | |
| | | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| 25-31 | | 3 | 30 | 6 | 60 | 1 | 10 | 10 | 100 | 3 | 42.9 | 3 | 42.9 | 1 | 14.3 | 7 | 100 |
| 32-38 | | 5 | 55.6 | 4 | 44.4 | 0 | 0 | 9 | 100 | 2 | 20 | 8 | 80 | 0 | 0 | 10 | 100 |
| 39-45 | | 4 | 57.1 | 2 | 28.6 | 1 | 14.3 | 7 | 100 | 2 | 25 | 6 | 75 | 0 | 0 | 8 | 100 |
| 46-52 | | 1 | 25 | 3 | 75 | 0 | 0 | 4 | 100 | 1 | 16.7 | 4 | 66.7 | 1 | 16.7 | 6 | 100 |
| 53-59 | | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 3 | 100 | 0 | 0 | 3 | 100 |

F.I: Cuestionario

La actitud de los odontólogos de 8 (80%) odontólogos que tienen la edad entre 32-38 años es positiva, teniendo igual actitud 6 (75%) que tienen entre 39-45 años de edad y 4 (66.7%) que tienen entre 46-52 años de edad. Hay 1 odontólogo (16.7%) en el rango de 46-52 que tiene una actitud neutra, y en este mismo hay 1 (16.7%) que tiene una actitud muy positiva. También de los odontólogos que tienen 25-31 años de edad hay 3 (42.86%) que tienen una actitud positiva y 1 (14.3%) que tiene una actitud neutra. De los médicos 6 (60%) tienen actitud positiva con edades entre 25-31, 5 (55.6%) tienen una actitud muy positiva con edades entre 32-38, al igual que los 4 (57.1%) médicos entre las edades de 39-45 años. Hay 1 (25%) médico con actitud muy positiva y 3(75%) con actitud positiva entre las edades de 46-52, 1 (100%) entre las edades 53-59 con actitud positiva 39-45 también con actitud neutra., 1 (100%) que tiene edad entre 25-31 con actitud positiva 39-45 también con actitud neutra., 1 (10%) que tiene edad entre 25-31 con actitud neutra y 1 (14.3%) entre las edades 39-45 también con actitud neutra. (Ver gráfico 6)



Tabla 7 Relación entre Nivel de conocimiento de Odontólogos y Médicos sobre patologías bucales asociadas a VIH-SIDA y su actitud

| Actitud | Conocimiento de Médicos | | | | Conocimiento de Odontólogos | | | | | | | | | | | |
|--------------|-------------------------|------|-------|------|-----------------------------|------|-------|-----|-----------|------|-------|------|---------|------|-------|-----|
| | Excelente | | Bueno | | Regular | | Total | | Excelente | | Bueno | | Regular | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Muy positivo | 1 | 7.7 | 9 | 69.2 | 3 | 23.1 | 13 | 100 | 1 | 12.5 | 6 | 75 | 1 | 12.5 | 8 | 100 |
| Positivo | 5 | 31.3 | 8 | 50 | 3 | 18.8 | 16 | 100 | 6 | 25 | 17 | 70.8 | 1 | 4.2 | 24 | 100 |
| Neutro | 0 | 0 | 1 | 50 | 1 | 50 | 2 | 100 | 0 | 0 | 1 | 50 | 1 | 50 | 2 | 100 |

F.I: Cuestionario

La mayoría de los médicos tienen una actitud muy positiva 9 (69.2%) con un conocimiento bueno, 8 (50%) tiene una actitud positiva con un conocimiento bueno. 1 (7.7%) tiene una actitud muy positiva con un conocimiento excelente, 1(50%) con una actitud neutra con un conocimiento bueno y 1 (50%) con una actitud neutro con un conocimiento regular.

En los odontólogos 17 (70.8%) tiene una actitud positiva con un conocimiento bueno, 1 (12.5%) una actitud muy positiva con un conocimiento excelente, 1 (50%) odontólogo con una actitud neutra con un conocimiento bueno, 1 (12.5%) con una actitud muy positiva con un conocimiento regular, 1(4.2%) con una actitud positiva con un conocimiento regular y 1 (50%) con una actitud neutra con un conocimiento regular. (Ver gráfico 7)

VI. DISCUSION



La salud bucal juega un papel importante en las personas portadoras de VIH-SIDA por lo que se espera que sean los Médicos y los odontólogos y en particular estos últimos en quienes recaiga la mayor responsabilidad para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas mas comunes en estos pacientes. Por lo que esta investigación aporta información relevante a la situación en estudio.

Aunque en ambos grupos de profesionales, la mayoría tienen buen nivel de conocimiento, se evidenció que el nivel de conocimiento de los odontólogos se encuentra en un 90% con un nivel Bueno y Excelente; mientras que los médicos lo tiene en un 77%, esta diferencia quizás se explique porque la encuesta que se realizó iba dirigida al nivel de conocimiento de las patologías intraorales asociadas a VIH/SIDA y talvez los odontólogos están más preparadas a esa área.

Lo anteriormente descrito permite compararlo con el estudio realizado en Sao Paulo Brasil en donde el 65% de los profesionales reportó un nivel de conocimiento "Bueno" Al igual un estudio realizado en Venezuela en el año 2006 (6) que demuestra que un 60.4% tiene un nivel de conocimiento bueno; diferimos del estudio realizado en Nicaragua en el Hospital Bertha Calderón año 2007 donde se evaluó el nivel de conocimiento y las actitudes de los médicos obteniéndose como resultado un nivel de conocimiento malo en un 65.8% y un nivel regular en un 34.2% de los encuestados. Esto puede deberse a que este estudio fue realizado antes del año contra el SIDA, en el cual se realizaron mayor número de actividades científicas (Charlas, congresos, cursos) y de concientización de los profesionales ante la situación de los pacientes VIH positivo.

5. http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/nivel_conocimiento_actitud.as



El nivel de conocimiento de los médicos no varía de acuerdo al lugar de trabajo de ellos ya que ambos grupos tienen en su mayoría un nivel de conocimiento bueno, esto puede deberse, principalmente en el caso de los médicos del MINSA a que en los centros de salud se promueve la constante participación a eventos que incrementen y actualicen sus conocimientos como por ejemplo el CONCASIDA (El Congreso Centroamericano de ITS/VIH/Sida). Los médicos de clínicas previsionales también son invitados a estas actividades por tanto también tienen acceso a la información.

En los odontólogos el nivel de conocimiento tanto en los que laboran en el MINSA como en las clínicas previsionales tienen un nivel de conocimiento entre bueno y excelente, sin embargo, son los odontólogos que laboran en el MINSA los que tienen un mejor nivel de conocimiento.

El nivel de conocimiento de los médicos a medida que avanza en años de ejercicio es menor, esto permite compararlo con el estudio en el Hospital Bertha Calderón donde se observó que a mayor cantidad de años de ejercer su profesión, menor grado de conocimiento sobre este tema. Esto podría responder a que son recién egresados y sus conocimientos están actualizados o bien a que el especialista no participa de programas de actualización de conocimiento. Los médicos a medida que se especializan obtienen mayor afluencia de los pacientes a las consultas, esto puede reducir el tiempo para realizar su actualización de conocimientos sobre este tema.

En los odontólogos el nivel de conocimiento se mantiene de forma similar pese a los años de ejercer su profesión. A medida que el odontólogo atiende más pacientes diagnostica con mayor acierto las diferentes enfermedades bucales ejemplo: Candidiasis Mucositis, Xerostomía, y Estomatitis aftosas que son entidades muy comunes y que se observan también en pacientes VIH positivo; por tanto el odontólogo mantiene su conocimiento activo por la misma práctica.

El nivel de conocimiento encontrado en el estudio es aceptable, sin embargo debido al elevado número de casos SIDA y debido a la demanda de sus servicios por parte de los pacientes deben prepararse más en el conocimiento de lesiones por SIDA.



La actitud de médicos y odontólogos en más de 90% oscilan entre positiva y muy positiva, esto puede deberse a la educación continua, al que cada día se hable con más naturalidad y que el SIDA ya no sea un tema tabú y al mismo tiempo esta actitud se debe a la concientización continua de los profesionales sabiendo que cada vez más aumenta el número de pacientes VIH positivo.

Esta actitud es muy buena y demuestra que la mayoría de los profesionales en la salud, son más humanistas, contribuyendo a una atención integral. En comparación con el estudio realizado en Venezuela estudiado por Prieto donde se encontró una actitud negativa o rechazo a la atención de personas portadores de VIH/SIDA de algunos profesionales de la salud específicamente de los odontólogos, quien reportó que el nivel de rechazo de los odontólogos supera al de los médicos y enfermeras, probablemente debido al temor del contagio durante la práctica clínica, por la relación odontólogo-paciente y al uso no frecuente de barreras de protección. En este estudio, los resultados muestran una actitud desfavorable (aproximadamente 44%) por parte de los encuestados, contraria a la encontrada en nuestro estudio y en otros estudios como por ejemplo el de Okanurak y colaboradores quienes en su estudio reportaron resultados mayores de 72% hacia una actitud positiva.

Las actitudes de los médicos y odontólogos hacia pacientes VIH positivo varían en dependencia de la edad de los trabajadores de la salud.

Entre los médicos de 32 a 45 años de edad, en su mayoría, presentan actitudes muy positivas ante los pacientes VIH, mientras que los grupos de 25 a 31 y 53-59 presentan actitudes positivas. Las edades de médicos que tienen mejores actitudes se encuentran en la plenitud de su vida profesional y tienen la seguridad para atender de forma correcta al paciente.



En el caso de odontólogos los grupos de 32 hasta 59 años presentan actitudes positivas mientras que el grupo mas joven oscila entre las actitudes más positivas y positivas. Esto muestra que los odontólogos a menor edad tienen una mejor actitud hacia estos pacientes.

Tanto los médicos y odontólogos sean del sexo femenino y del sexo masculino tienen actitudes positivas y muy positivas, en su mayoría, sin embargo en el género femenino existe un pequeño porcentaje de actitudes neutras.

Se puede observar que la mayor parte de los odontólogos presentan una mejor adquisición de conocimientos, en comparación con el grupo de médicos que muestran una base práctica y teórica buena, pero a la vez existe un déficit de conocimientos. Sin embargo los médicos suelen resultar más humanistas y profesionales ya que son capaces de brindar una excelente atención integral a pacientes VIH positivo. Esto quizás tenga su explicación por el perfil de su carrera.



VII. CONCLUSIONES

1. Se concluye que tanto médicos como odontólogos presentan un nivel de conocimiento entre excelente y bueno, sin embargo son los médicos con menos años de experiencia laboral los que tienen mayor nivel de conocimiento, en comparación con los odontólogos que mantienen el mismo nivel de conocimiento sin importar la experiencia laboral.
2. Con respecto al lugar de trabajo los Médicos no presentan diferencias marcadas oscilando siempre en un nivel de conocimiento entre excelente y bueno por el contrario los odontólogos si presentan diferencias, siendo los que trabajan en el MINSA los que tienen un nivel de conocimiento mejor.
3. Tanto en odontólogos como en médicos del género masculino, presentan actitudes positivas y muy positivas, en su totalidad, mientras que el género femenino presenta un pequeño porcentaje de actitudes neutras.
4. En relación a la edad, los médicos entre los 32 y 45 años presentan actitudes muy positivas ante los pacientes VIH, en su mayoría, mientras que los grupos de 25-31 y 53-59 presentan actitudes positivas. En el caso de los odontólogos los grupos de 32 hasta 59 años presentan actitudes positivas mientras que los grupos más jóvenes oscila entre las actitudes más positivas y positivas. Concluyéndose que tienen más actitudes positivas los médicos.
5. Existe relación en cuanto a los conocimientos adquiridos y las actitudes aplicadas a la atención integral a los pacientes VIH positivo, lo cual puede apreciarse en el nivel de conocimiento bueno a excelente en asociación con las actitudes muy positivas y positivas encontradas.



VIII. RECOMENDACIONES

- ✚ Que el presente estudio sea expuesto a estudiantes y docentes de la facultad de odontología de la UNAN- León.
- ✚ Que el colectivo de patología bucal haga más énfasis en el estudio y enseñanza de las manifestaciones orales asociadas a SIDA.
- ✚ Que toda la UNAN- León, realice actividades de concientización a todos los estudiantes que lleven a un cambio de actitud hacia los pacientes VIH positivo.
- ✚ Que se mejore la educación continua con respaldo psicológico con el fin de realizar valoraciones de actitud psicológica a todos los trabajadores de la salud, para brindar una mejor atención a PVVS.
- ✚ Que el MINSA realice simposios a odontólogos y médicos de Centros de Salud y Clínicas Previsionales brindando información sobre las patologías bucales asociadas a SIDA, dos veces por año
- ✚ Que el ministerio de salud se encargue de difundir a través de medios escritos (panfletos, broshort) las manifestaciones bucales asociadas a SIDA, a la vez los instruya sobre la actitud más idónea de atención a pacientes VIH positivo.



IX. BIBLIOGRAFÍA

X. 1 Referencia Bibliográfica

1. Carranza, Fermín- Newman, Periodontología Clínica, octava edición
2. Lynch- Brightman- Greenberg; Medicina Bucal de Burket; Novena edición
3. Shafer William, Tratado de Patología Bucal, cuarta edición
4. http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol42_1_05/est07105.htm
5. <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema15.htm>
6. http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/nivel_conocimiento_actitud.asp
7. Magis C, Esquivel L, Fernández L. Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica odontológica. obtenible en: http://odontologiaa.tripod.com.mx/paciente_sida.htm
8. <http://www.dentalfresnos.com.mx/articulos/procedimientos/pacientes%20sida%20atiendelos.htm>.



9. <http://es.wikipedia.org/wiki/AIDS>
10. www.tuotromedico.com/temas/SIDA_síntomas.HTM.

X.2 Bibliografía Consultada

11. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/573/1/Conocimiento-s-actitudes-y-creencias-relacionadas-con-la-salud-bucal-en-personas-que-viven-con-VIHSIDA.html>
12. http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622005000300007&lng=en&nrm=iso
13. <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/trabajos/adolescentes/adolescentes.htm>
14. <http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7n4/813.htm>
15. <http://www.vialibre.org.pe/noticias/notiset03.htm>



X. ANEXOS

Cuestionario:

Nº de la encuesta ____

Dada la importancia que tiene la calidad de atención que tengan los trabajadores de la salud hacia las personas portadoras de VIH/SIDA nos vimos en la tarea de analizar el grado de conocimiento y actitud de los de médicos y odontólogo sobre las lesiones orales en dichos pacientes, es por esto que le pedimos su colaboración con el llenado de este cuestionario. (De antemano le agradecemos con su colaboración)

Edad: ____

Sexo: ____

Lugar de trabajo: Minsa ____

Tiempo de ejercer ____

Clínicas Previsionales ____

Ambos ____

Medico: Especialista ____

General ____

Odontólogo: Especialista ____

General ____

Test de conocimiento

1. Las manifestaciones primarias de las infecciones por VIH son:
 - a) Sarcoma de Kaposi y Leucoplasia Velloso
 - b) Candidiasis Pseudomembranosa aguda y Herpes
 - c) Todas las anteriores
 - d) Ninguna de las anteriores

2. Son afecciones bucales asociadas a VIH – SIDA, las siguientes patologías:
 - a) Candidiasis Pseudomembranosa, Leucoplasia verrugosa, Herpes simple, Sarcoma de Kaposi, Periodontitis agresiva.
 - b) Diabetes, Candida Albicans
 - c) Todas las anteriores
 - d) Ninguna de las anteriores

3. Son características clínicas de las candidiasis pseudomembranosa aguda asociadas a VIH+
 - a) Manchas Rojas, Sangrantes, de bordes indurados.
 - b) Son placas que no se remueven por frotación
 - c) Placas de consistencia blanca o gelatinosa que al desprenderse deja superficie eritematosa ulcerada y muchas veces dolorosa
 - d) Ninguna de las anteriores



4. El lugar más común de afectación por Candidiasis asociada a VIH+ es:

- a) Encía, piso de la boca, paladar duro, paladar blando
- b) Paladar blando, bermellón de los labios cubriendo los dientes
- c) Mucosa de la boca, pliegues bucolabiales, bucofaríngeos y bordes laterales de la superficie dorsal de la lengua
- d) Todas las anteriores

5. Señale los factores predisponentes a candidiasis pseudomembranosa aguda asociados a VIH+ (puede seleccionar más de una)

- Higiene bucal deficiente
- Terapéutica antibiótica sistema prolongado
- SIDA y VIH
- Pacientes tratados con radiación y quimioterapia
- Paciente Menopausica

6. Del Herpes Simple relacionado a VIH podríamos decir:

- a) Solamente se presenta como Herpes Labial en pacientes VIH
- b) En pacientes VIH – SIDA puede presentarse el Herpes de forma recurrente o como una Gingivostomatitis Herpética
- c) No es una lesión típica de paciente VIH SIDA
- d) Ninguna de las anteriores

7. Del Sarcoma de Kaposi podemos afirmar:

- a) Es una enfermedad dermatológica grave que presenta parches rojos o blancos en la mucosa bucal
- b) Se asocia a inmunodeficiencia y se presenta como un enrojecimiento generalizado de la lengua que puede ser dolorosa y quemante
- c) Se puede asociar a SIDA y en boca se ve sobre todo en paladar como máculas o nódulos rojos o azules.
- d) Todas las anteriores

8. Del Sarcoma de Kaposi podemos afirmar:

- a) Tiene su mayor incidencia en la fase declinante de los pacientes con SIDA
- b) Se presenta principalmente en etapas tempranas de la infección por VIH
- c) No tiene asociación con pacientes VIH, ni con pacientes SIDA
- d) Ninguna de las anteriores

9. Del VPH las lesiones se caracterizan por.

- a) Presentar trastorno hemorrágico caracterizado por disminuir el numero de plaquetas
- b) En pacientes con SIDA se ha observado un enrojecimiento gingival en forma festoneada siguiendo los bordes de las encías sangrantes
- c) Presentar Verrugas, Condilomas e Hiperplasia epitelial focal o enfermedad de HECK
- d) Todas las anteriores



10. Las lesiones o Virus del Papiloma Humano

- a) Se caracterizan por presentarse con prolongaciones digitiformes o en forma de coliflor, color blanco rosado, sésiles o pedunculadas
- b) Son lesiones de piel que están localizadas en el tronco, brazo y cuello las lesiones se vuelven negras y de forma redonda
- c) Atacan tracto gastrointestinal, nódulos linfáticos, pulmones, hígado, páncreas, glándulas suprarrenales, bazo y testículos
- d) b y c es verdadera

11. Del Virus del Papiloma Humano:

- a) Se observa en la cavidad bucal en forma de equimosis y petequias palatinas
- b) Antes se veía frecuentemente en genitales, actualmente se ha observado con frecuencia en la cavidad bucal con apariencia papilomatosa y achatada.
- c) El tratamiento se hace en tabletas de Nistatina (30.000 unidades tomadas tres veces al día)
- d) Solamente A y C son verdaderas



Test de actitud

1. En el personal de la salud existe temor al atender adecuadamente a un paciente VIH+
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) En total desacuerdo

 2. Todo profesional de la salud debe atender a paciente VIH+
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) En total desacuerdo

 3. Los pacientes VIH+ deben ser atendidos solamente por personal especializado.
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) En total desacuerdo

 4. Los pacientes VIH+ no deberían ser atendidos en centros de salud o puestos de salud.
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) En total desacuerdo

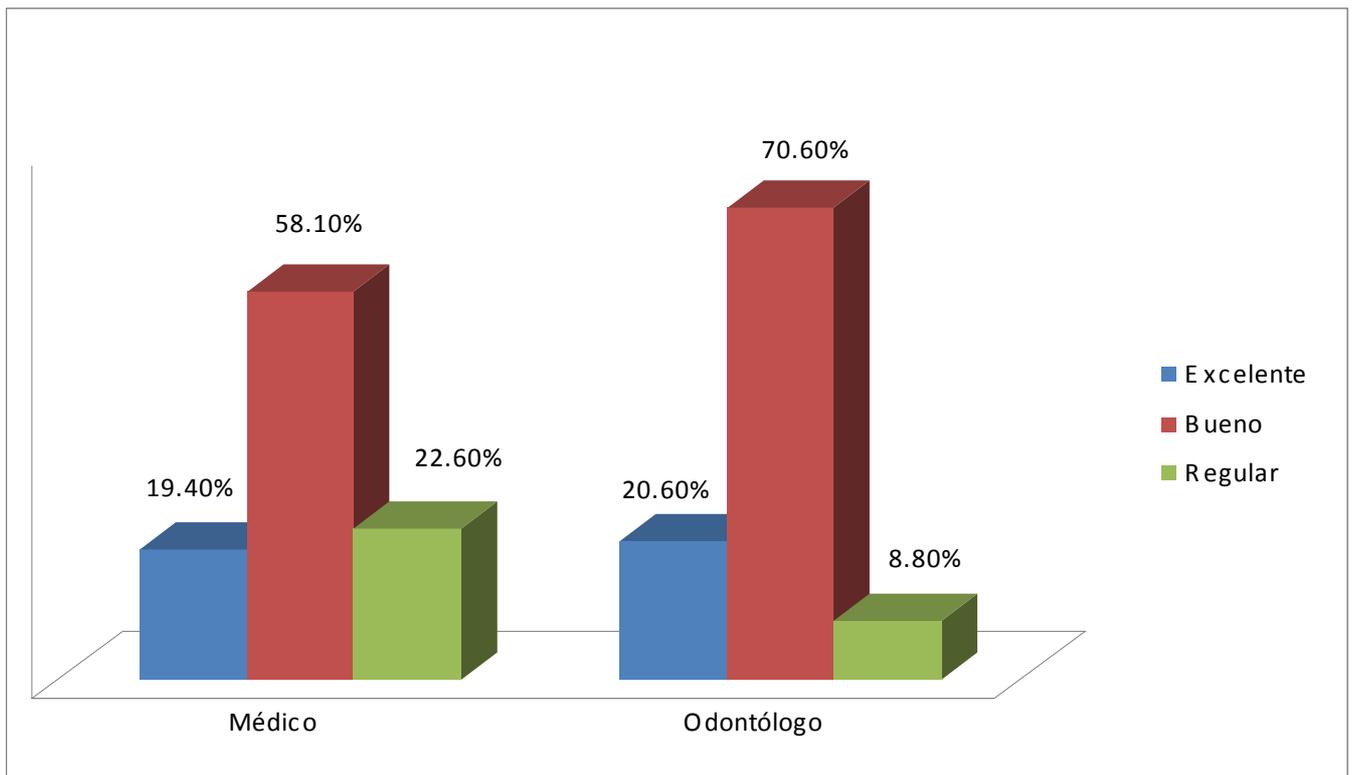
 5. Si se utilizan las barreras de protección se disminuye la posibilidad del contagio
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) En total desacuerdo
-



-
6. Las personas VIH+ pueden interactuar con otras personas sin contagiarse.
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) En total desacuerdo
 7. Los pacientes VIH+ deben ser separados de los demás pacientes.
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) En total desacuerdo
 8. Me siento cómodo tratando a una persona VIH+.
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) En total desacuerdo
 9. Creo que una persona con VIH+ tiene derecho a la misma compasión y cuidado profesional que cualquier otro.
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) En total desacuerdo
 10. Siento que tengo el derecho de negarme a cuidar un paciente VIH+.
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) En total desacuerdo
-



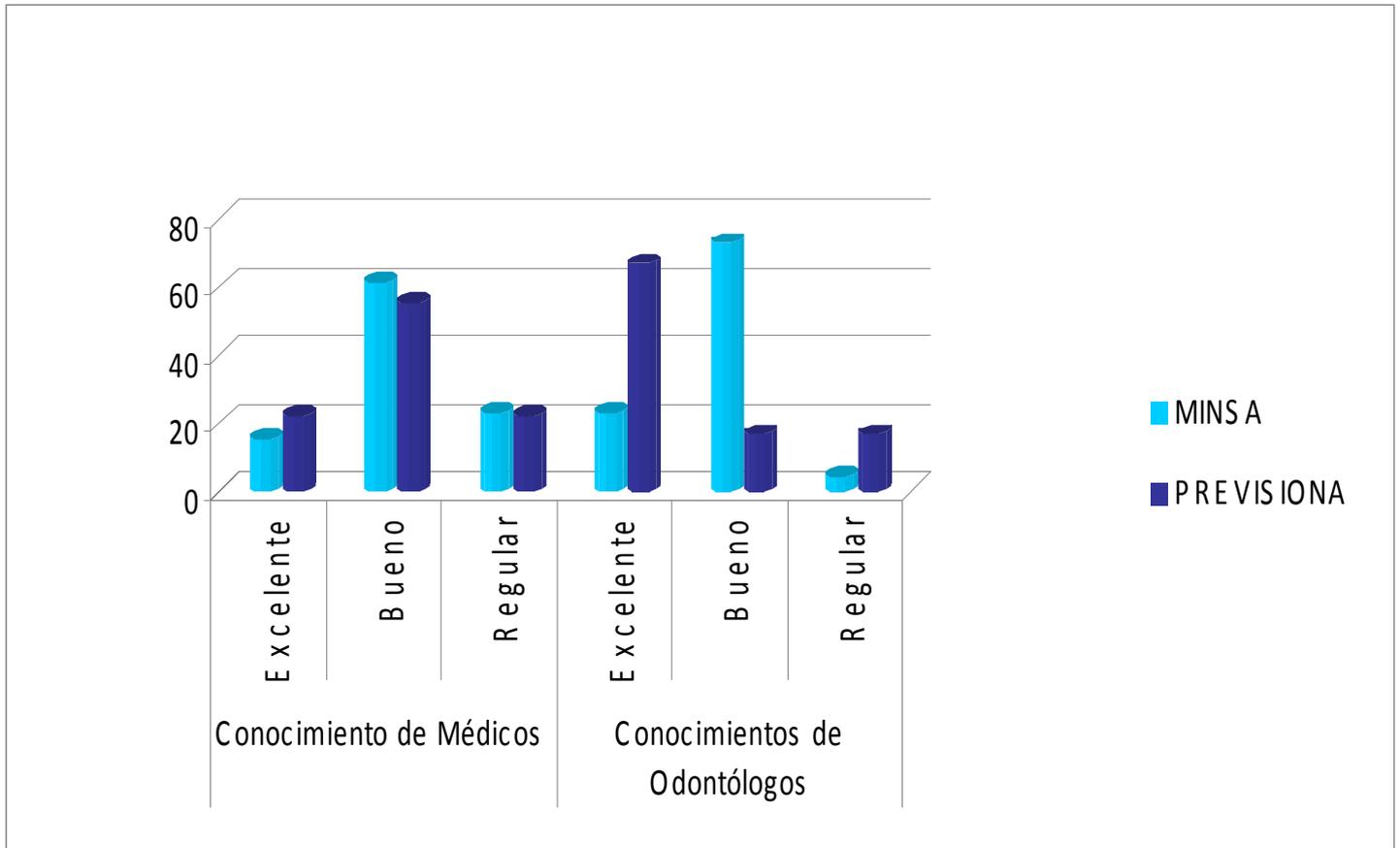
Gráfico 1: Nivel de conocimiento de odontólogos y médicos sobre Patologías bucales asociadas a SIDA



F.I. Cuestionario



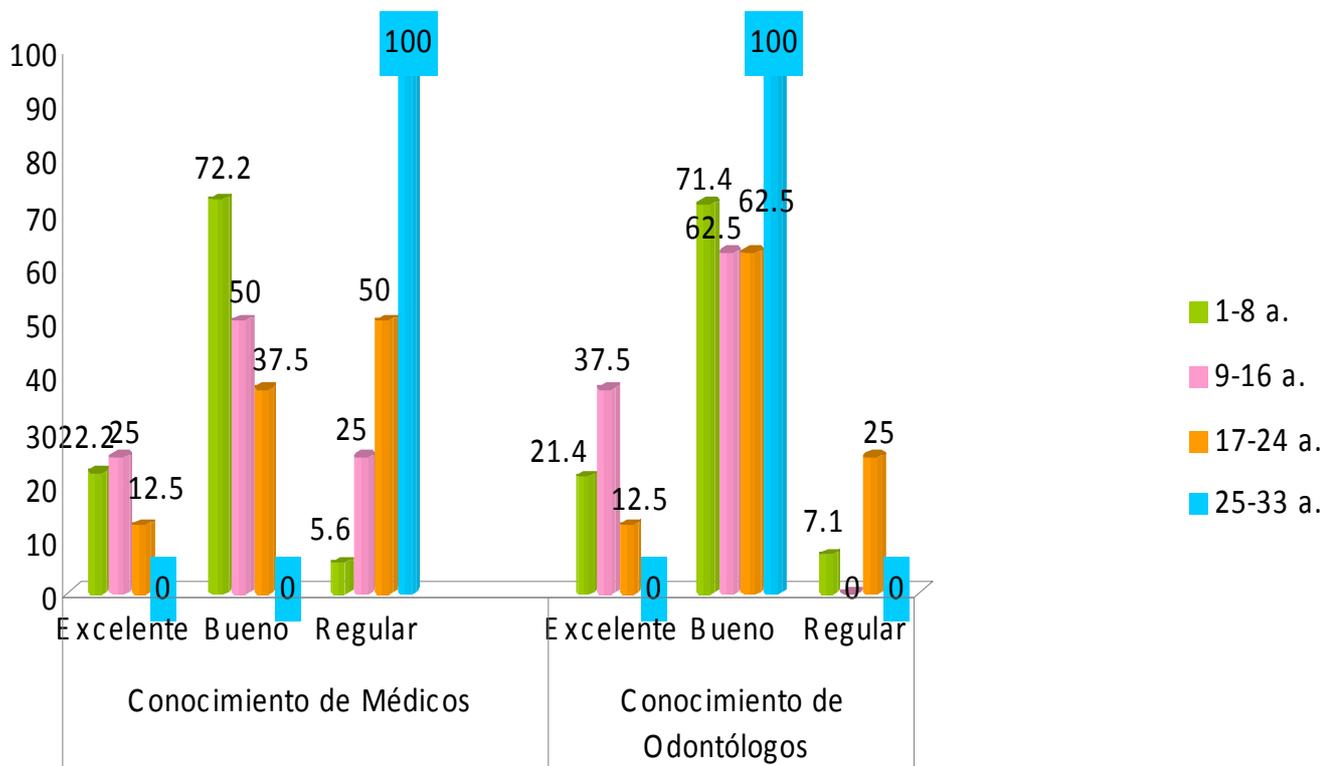
Gráfico 2: Nivel de conocimiento de odontólogos y médicos sobre patologías bucales asociadas a VIH-SIDA según lugar de trabajo del profesional



F.I. Cuestionario



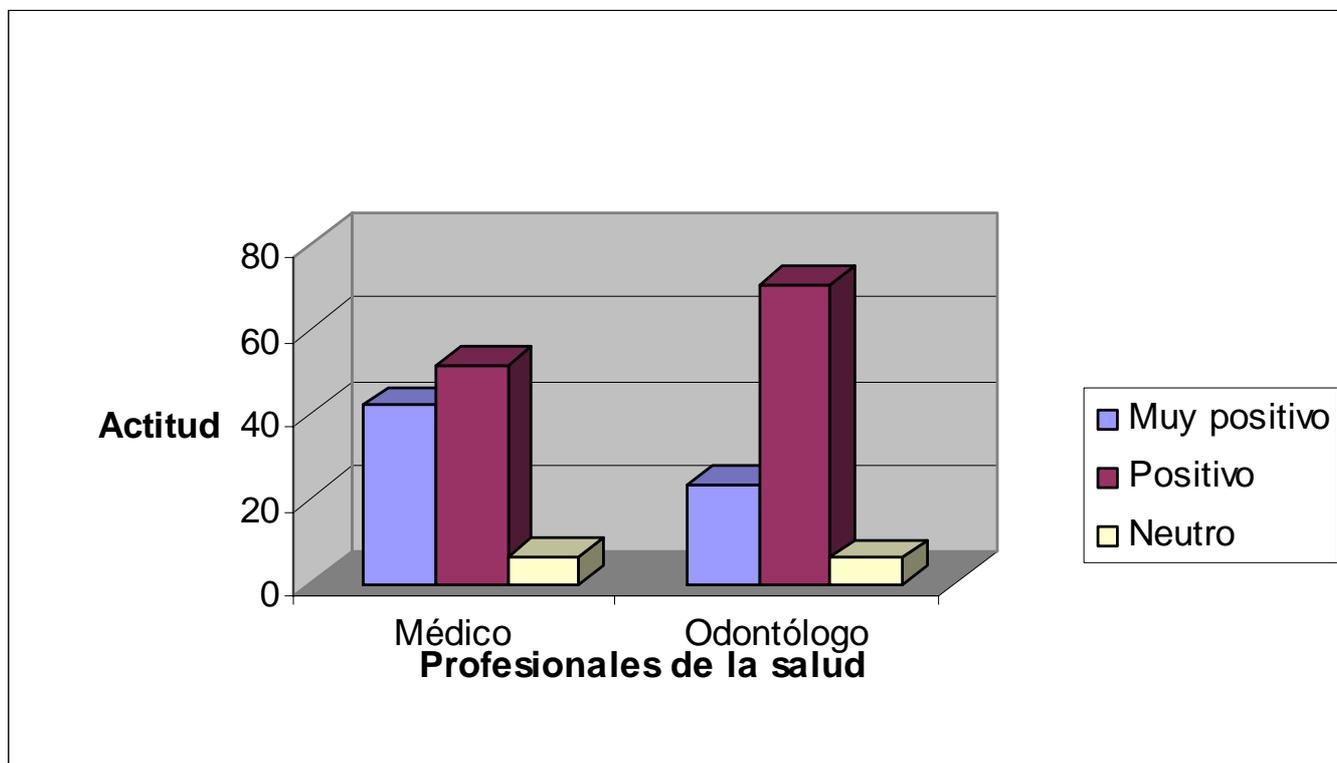
Gráfico 3: Nivel de conocimiento sobre patologías bucales asociadas a SIDA según años de ejercer su profesión



F.I. Cuestionario



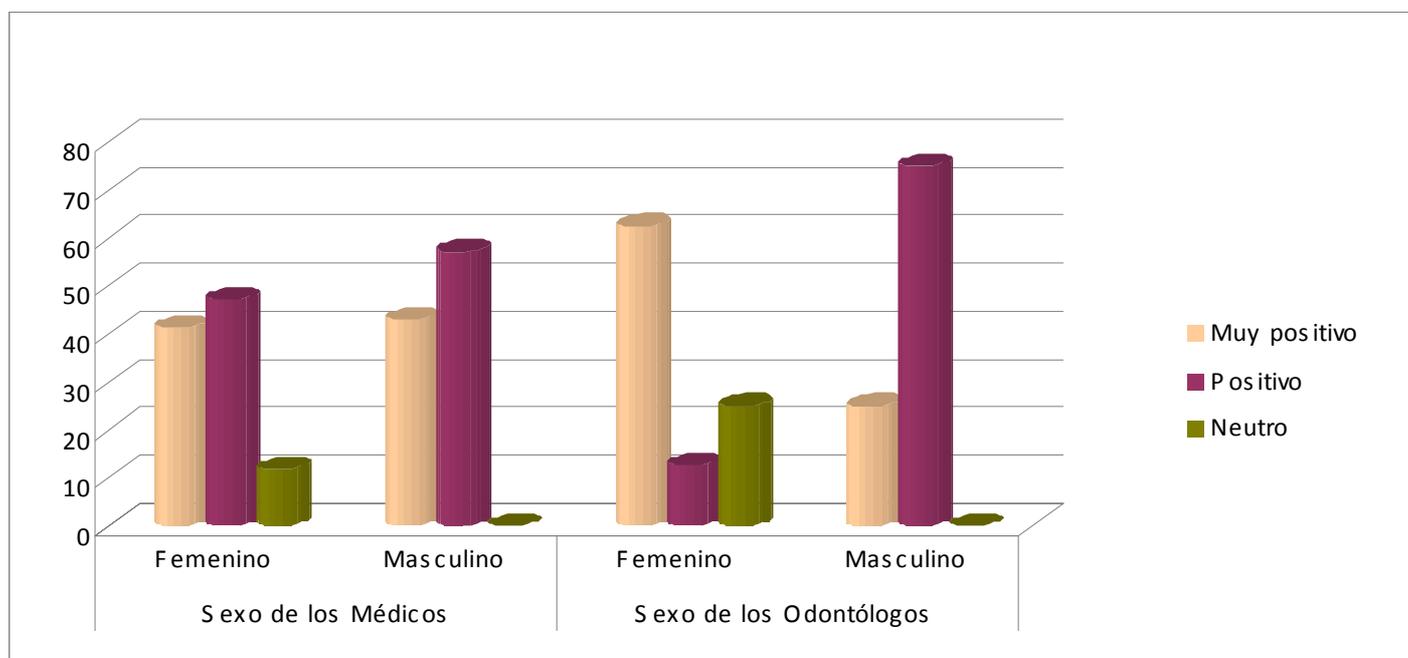
Gráfico 4: Actitud de médicos y odontólogos hacia pacientes VIH-SIDA



F.I. Cuestionario



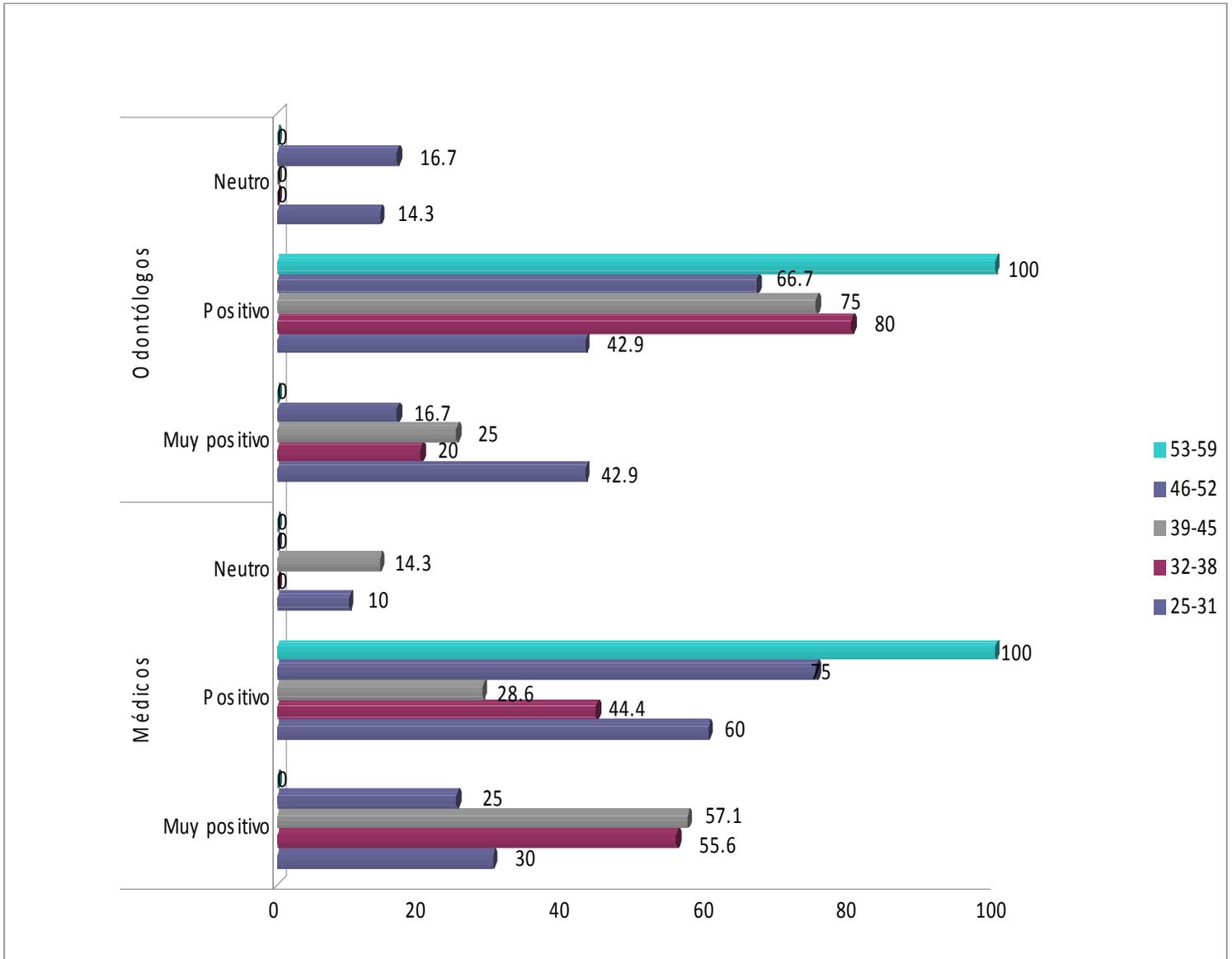
Gráfico 5: Actitud de odontólogos y médicos hacia pacientes VIH-SIDA según el sexo del profesional



F.I. Cuestionario



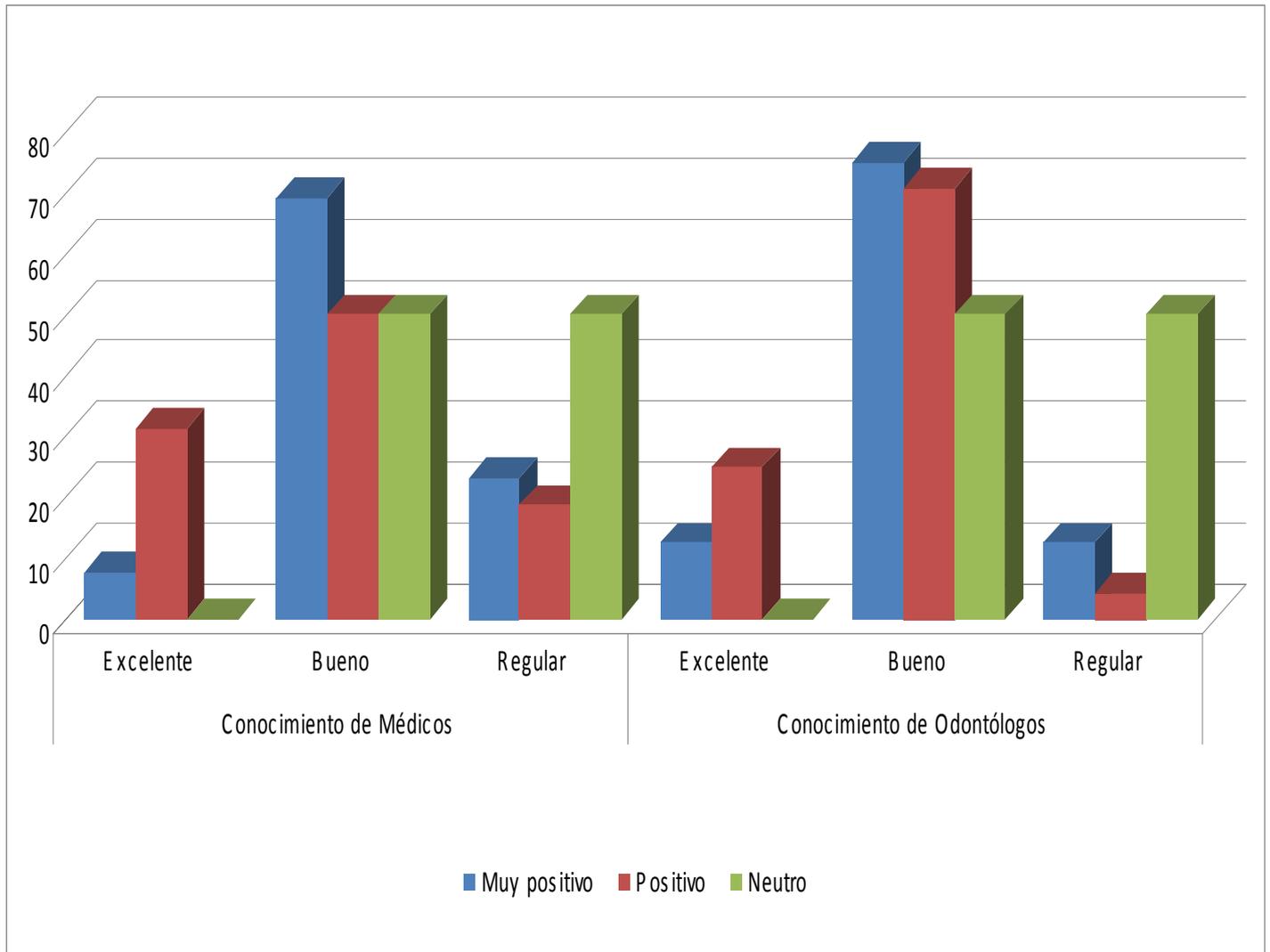
Gráfico 6: Actitud de médicos y odontólogos hacia pacientes VIH-SIDA según edad actual de los profesionales



F.I. Cuestionario



Gráfico 7: Relación entre Nivel de conocimiento de Odontólogos y Médicos sobre patologías bucales asociadas a VIH-SIDA y su actitud



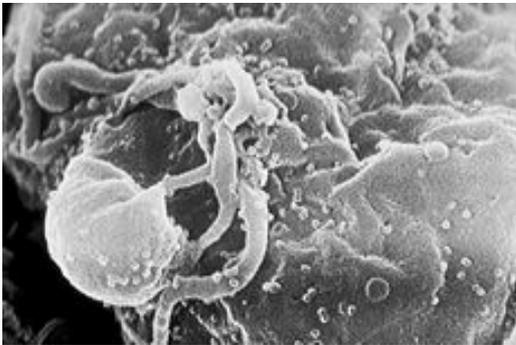
F.I. Cuestionario



Candidiasis Eritematosa



Leucoplasia Velloso



Periodontitis Ulcerativa N.



Sarcoma de Kaposi.

