

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN

UNAN-LEÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



Monografía para optar al Título De Cirujano Dentista

TEMA:

Enfermedades bacterianas asociadas a la infección de VIH/SIDA en pacientes diagnosticados en la Clínica de Infectología del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) de la ciudad de León, en el período 2008-2012.

AUTORES:

Bra. Belén De Jesús Pineda Borgen.

Br. Jessie Manuel Reyes León.

Bra. Anyelka Liseth Rivas Hernández.

TUTORA:

M. Sc. Maritza Vásquez Díaz.

Profesora Titular De Patología Bucal.

León, Abril de 2013.

“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD”

Dedicatoria

Este trabajo de tesis de Grado lo dedicamos a Dios, por habernos dado la vida y la fortaleza para terminar este trabajo de investigación y por regalarnos padres incomparables que nos han apoyado en todo momento, por su amor, sus consejos, su ejemplo de perseverancia y constancia, por la motivación constante que nos ha permitido ser personas de bien con valores éticos, morales y cristianos para poder desenvolvemos profesionalmente en este mundo globalizado y demandante.

Agradecimientos

Agradecemos de manera muy especial a todas aquellas personas que contribuyeron para nuestra formación:

A Dios nuestro Padre Celestial, quien nos iluminó para concluir con éxito esta carrera, porque sólo tú Señor hiciste realidad este sueño.

A nuestros padres, hermanos, y tí@s porque sin su amor incondicional y su apoyo sustancial, no habiéramos llegado al final de nuestra formación universitaria.

A La Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua, nuestra Bicentenario UNAN-León, por habernos dado la oportunidad de estudiar y ser profesionales.

A nuestra tutora científica M. Sc. Maritza Vásquez Díaz, por su esfuerzo y dedicación, quien con su conocimiento, su experiencia, su paciencia y motivación, nos guio en este proyecto de investigación.

Lista de Siglas

- ADN: Ácido Desoxirribonucleico.
- Ag.p24: Prueba de Antígeno de proteína p24.
- ARN: Ácido Ribonucleico.
- CAPEI/UCV: Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infecciosas / Universidad Central de Venezuela.
- Cel/mm³: Células por milímetro cúbico.
- CCR5: C-C quimiocina receptora de tipo 5.
- CDC: Centro para el Control de enfermedades (Centers for Disease Control en Inglés).
- CD4: Cúmulo de Diferenciación (Cluster of Cuadruple Differentiation por sus siglas en inglés).
- CXCR4: Factor derivado del Estroma (Stromal Derived Factor, por sus siglas en Inglés).
- FTA-ABS: Absorción de Anticuerpos Treponémico Fluorescente.
- g/dL: gramos por decilitro.
- HEODRA: Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello.
- IgG: Inmunoglobulina G.
- LyTCD4+: Linfocitos T de acúmulo de diferenciación cuatro.
- mm³: milímetro cúbico.
- MHA-TP: Micro-hemaglutinación con Treponema Pallidum.
- RPR: Reagina Plasmática Rápida (Rapid Plasma Reaginm, por sus siglas en Inglés).
- SIDA: Síndrome de Inmunosuficiencia Adquirida.

- SPSS: Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (Statistical Product and Service Solutions, por sus siglas en inglés).
- VDRL: Prueba de los Laboratorios de investigación de las enfermedades venéreas (Venereal Disease Research Laboratory, por sus siglas en inglés).
- VIH: Virus de Inmunosuficiencia Humana.
- XXI: Veintiuno.
- μL : decilitros.

Resumen

El SIDA es una enfermedad infecciosa causada por el *VIH*. La alteración inmunológica que se produce en los pacientes afecta a la cavidad oral, donde los mecanismos defensivos son fundamentales para evitar la propagación del proceso infeccioso. Razón por la que se consideró importante determinar la prevalencia de enfermedades bacterianas asociadas al *VIH/SIDA* en pacientes diagnosticados en la clínica de Infectología del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León, periodo 2008-2012. **Material y Método:** se realizó estudio Transversal Descriptivo, con una población de estudio de 53 pacientes. **Resultados:** La prevalencia de infecciones bacterianas en el grupo estudiado fue del 60.37%. Según sexo, en el masculino hubo una prevalencia del 84.4% y en el femenino del 15.6%, el rango de edades con más incidencia es el comprendido de 15 a 35 años con un 66.7%. En el año 2010 fueron diagnosticados 11 pacientes y el tiempo de haber sido diagnosticado más frecuente fue de 1 a 5 años con 34.4%. Del total de enfermedades bacterianas encontradas en los expedientes, el 59.37% de los pacientes presentaron Sífilis, el 53.85% presentó lesiones bacterianas en las amígdalas. En piel y tejidos el sitio proclive con mayor afectación fue el pene con 31.58%, seguido del oído medio y región perianal. Según el conteo de las células TCD4+, en el recuento menor de 200 cel/mm³ se observó el 50.9%. Así también el 37.5% se encontraban en la categoría C3 CDC. **Conclusión:** El sexo más afectado fue el masculino en las edades de 15 a 35 años. Los pacientes tenían de 1 a 5 años de haber sido diagnosticados seropositivos y en el año 2010 fue diagnosticado el mayor número de pacientes. La sífilis fue la infección más frecuente y en cavidad bucal en las amígdalas fue el sitio predilecto, así también a nivel de piel y tejidos fue en el pene. Según el recuento de las células TCD4 estuvieron en la etapa SIDA según los CDC.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	4
MARCO TEÓRICO.....	6
ESTUDIOS RELACIONADOS.....	21
DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN RESULTADOS.....	39
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	47
ANEXOS.....	53

Introducción

El SIDA es una enfermedad infecciosa causada por el virus del *VIH*, que puede transmitirse de una persona a otra, tiene la particularidad de atacar los linfocitos que son los directores del sistema inmunológico. Inicialmente el *VIH* permanece en estado latente dentro de los linfocitos, al cabo de un tiempo, a menudo años y por causas aún no bien determinadas, el virus se activa y comienza a destruir a los linfocitos TCD4. De esta forma el *VIH* debilita progresivamente el sistema inmune, logrando que el organismo no pueda actuar adecuadamente contra diversas infecciones oportunistas.^{3, 12}

La alteración inmunológica que se produce en estos enfermos afecta de forma especial a la cavidad oral, donde los mecanismos defensivos y celulares son fundamentales para evitar los procesos infecciosos. No obstante, hasta lo que hoy conocemos, ninguna de las lesiones orales que aparecen en estos enfermos está producida directamente por el virus y, además, no son particulares de la infección, pudiendo aparecer en cualquier estadio de la enfermedad.^{1, 7, 8}

En la boca es posible identificar los primeros signos de la infección por *VIH* y en el curso de la enfermedad aparecerá por lo menos una alteración; constituyendo marcadores del sistema inmunológico.^{2, 14}

Las enfermedades bacterianas cuentan con una amplia gama de presentación de lesiones en la cavidad oral y son más susceptibles a permanecer más tiempo en el paciente *VIH+*. La Tuberculosis es la infección bacteriana más frecuentemente asociada a la infección por el *VIH*, ya que se presenta en situaciones de depresión del sistema inmunológico y especialmente en países en vías de desarrollo, donde las situaciones socioeconómicas de la población se encuentran en muy malas condiciones.^{1, 3, 7, 12}

Lesiones como la sífilis en cavidad oral y región facial en pacientes seropositivos aumentan los grados de morbilidad en estos pacientes coinfectados y representan retos importantes para el odontólogo de práctica general, el comportamiento de éstas y otras enfermedades; entre ellas la gonorrea, la forunculosis, la otitis media y la faringoamigdalitis.⁷

La infección por el Virus del *VIH* se considera el mayor problema de salud pública del siglo XXI. Esta infección supone un problema sanitario mundial de gran magnitud y la más difundida en el mundo, sobre todo en países en vías de desarrollo afectando de manera directa la calidad de vida y salud de individuos, familias y comunidades, así como su desarrollo social.³

Las enfermedades bacterianas afectan piel, mucosas y órganos internos, representando un alto porcentaje de las infecciones que afectan a los pacientes con estados de inmunosupresión producto del bajo conteo de linfocitos CD4 e invasión a órganos del cuerpo. ^{1,2}

En consecuencia, la necesidad de afrontar esta realidad obliga a los odontólogos a comprender la naturaleza esencial de la enfermedad, a conocer los aspectos patogénicos de la infección por VIH; la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el SIDA, las causas y características medulares de la naturaleza de la enfermedad que afecta la boca y que tiene implicaciones para la práctica clínica de la odontología y que adquieren especial relieve, por su prevalencia debido al creciente aumento de casos de *VIH* en el mundo y que ha aumentado el número cada vez más de lesiones orales asociadas a la seropositividad en los pacientes infectados por este virus perjudicando la salud del paciente e incluso al propio odontólogo y su equipo de trabajo al transmitirse a través del contacto con la sangre y otros fluidos corporales del paciente. ^{3, 12}

Por tal razón, se decidió estudiar a las Infecciones Bacterianas asociadas al VIH/SIDA en pacientes diagnosticados en la clínica de Infectología del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León, periodo 2008-2012. Con lo que se pretende informar a la comunidad universitaria y población en general acerca del comportamiento de este grupo de enfermedades en nuestro medio.

Objetivos

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de enfermedades bacterianas asociadas a la infección *VIH/SIDA* en pacientes diagnosticados en la clínica de Infectología del hospital escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León, periodo 2008-2012.

Objetivos específicos:

1. Medir la prevalencia de las enfermedades bacterianas asociadas al *VIH/SIDA* según la edad y sexo de los pacientes.
2. Identificar la prevalencia de las enfermedades bacterianas durante el periodo del estudio y según el tiempo de diagnóstico de *VIH*.
3. Determinar la frecuencia y distribución de las enfermedades bacterianas en cavidad oral, piel y órganos internos en los pacientes con *VIH/SIDA*.
4. Determinar la presencia de infecciones orales según el recuento de linfocitos T CD4+ y categoría CDC del paciente *VIH/SIDA*.

Marco Teórico

El *Virus de Inmunodeficiencia humana* forma parte del género *Lentivirus*, estos constituyen un grupo dentro de la familia *Retroviridae*, los virus de este grupo poseen propiedades morfológicas y biológicas comunes. Varias especies son atacadas por los *Lentivirus*, cuya característica principal consiste en un período de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años.^{3, 5, 12, 44.}

Fases del ciclo vital del VIH.

Fusión:

En su cubierta, el *VIH* tiene proteínas que son atraídas con fuerza hacia el receptor CD4 que se encuentra en la superficie de un linfocito CD4 o cooperante, el *VIH* se une al receptor CD4 y activa otras proteínas en la membrana de la célula, que permiten que ambas superficies se fusionen. Después de la fusión, el *VIH* libera su material genético (ARN) dentro de la célula diana.^{3, 5, 12.}

Transcripción inversa:

La enzima viral denominada transcriptasa inversa se encarga de convertir la cadena simple de ARN vírico en una cadena doble de ADN; este nuevo ADN se llamará ADN proviral o provirus.^{3, 5, 12.}

Integración:

El provirus es conducido al núcleo de la célula ocupada, donde una enzima del *VIH* llamada integrasa se encarga de "incorporar" el ADN vírico dentro del propio ADN de la célula, a partir de ahora, cuando la célula produce nuevas proteínas, también produce nuevos *VIH*.^{3, 5, 12.}

El provirus puede permanecer inactivo durante varios años sin producir nuevas copias del *VIH*, o produciendo muy pocas. Son las llamadas células quiescentes con virus latente.^{3, 5, 12.}

Transcripción:

Cuando la célula diana recibe una señal para volverse activa, el provirus utiliza una enzima celular llamada polimerasa para crear copias del material genético del *VIH*, y segmentos más cortos del *VIH*, denominados ARN mensajero. El ARN mensajero sirve como patrón para la formación de cadenas largas de proteínas del *VIH*.^{3, 5, 12.}

Ensamblaje:

La enzima del *VIH* llamada proteasa divide las cadenas largas de proteína del *VIH* en pequeñas proteínas individuales y éstas pueden cumplir varias funciones; algunas se transforman en enzimas del *VIH* tales como la transcriptasa inversa, mientras que otras se unen a las copias del material genético del virus, ensamblándose así nuevas partículas del *VIH*.^{3, 5, 12.}

Gemación:

El nuevo virus ensamblado brota de la célula y mientras se desprende acapara parte de la envoltura exterior de ésta, a esta envoltura que actúa como recubrimiento le germinan combinaciones de proteína y azúcar, conocidas como glucoproteínas del *VIH*. Estas glucoproteínas son necesarias para que el *VIH* se ligue al CD4 y a los correceptores. Las nuevas copias del *VIH* ya están listas para infectar a otras células.^{3, 5, 12.}

Historia natural del *VIH*:

Tras la infección por *VIH*, aproximadamente el 50 al 70% de pacientes pueden presentar entre las dos y cuatro semanas manifestaciones clínicas, caracterizadas por un cuadro febril agudo similar al síndrome de la mononucleosis infecciosa. La duración de estos síntomas es variable y parece estar en relación con la posterior progresión a *SIDA*. En este periodo se puede detectar Ag-p24 circulante y altos niveles de viremia, la aparición de anticuerpos se produce entre uno y dos meses después, aunque en algunos pacientes se puede retrasar hasta incluso doce meses.^{3, 7, 8, 11, 12.}

Durante un periodo de tiempo variable, que oscila entre los ocho y diez años, el paciente permanecerá clínicamente asintomático, aunque el número de linfocitos CD4 disminuye de forma progresiva y la actividad replicativa viral persiste, si bien a bajo nivel por lo que es probable que nunca haya un verdadero estado de latencia microbiológica en el curso de la infección por *VIH*. La replicación es continua y muy rápida, el 50% de la viremia se renueva cada dos días o menos y la frecuencia de producción de viriones es de alrededor de un billón de partículas diarias. Por lo cual, a lo largo de los diez años que suele durar la infección se calcula que se producen cerca de diez trillones de virus.^{2, 3, 7, 8, 11, 12.}

La manifestación de ganglios linfáticos extrainguinales es causada por una enérgica respuesta inmune contra el *VIH* en los ganglios linfáticos. Si bien, en un principio la presencia de adenopatías se consideró un signo de mal pronóstico, estudios posteriores evidenciaron que es, precisamente, la desaparición de las mismas lo que indica una inminente progresión de la infección por *VIH*.^{2, 7, 11, 14.}

Clasificación del centro para el control de enfermedades infecciosas

Se han propuesto varias formas de clasificar las enfermedades asociadas a *VIH-SIDA*, desde hace varios años, pero la clasificación más actual y que se usa es la propuesta por el Centro para el Control de Enfermedades en el año 1993 (CDC, por sus siglas en inglés).^{3.}

Esta clasificación de los CDC, resalta el significado clínico del recuento de células TCD4+, en la categorización de las condiciones clínicas relacionadas con el *VIH*.

Categorías clínicas:

Conteo de células CD4+.	Categoría clínica:		
	Categoría A.	Categoría B.	Categoría C.
Mayor o igual a 500/mm ³	A1	B1	C1
Entre 200-499/ mm ³	A2	B2	C2
Menor a 200/mm ³	A3	B3	C3

El área sombreada corresponde a un estado de VIH avanzado (SIDA).

Las infecciones por citomegalovirus, herpes simple y toxoplasma si se producen en pacientes *VIH* positivo con edad superior, ninguna de éstas infecciones o neoplasias son indicativas de *SIDA* si no están asociadas a una seropositividad *VIH* demostrada; además deben demostrarse por histología, citología y/o cultivo.³

Manifestaciones clínicas según categorías de los CDC

Categoría clínica A:

1. Infección asintomática: El paciente debido a sus características morfológicas e inmunológicas, no presenta signos ni síntomas parecidos a VIH, aunque ya este infectado.
2. Linfadenopatía generalizada persistente: El paciente comienza a presentar síntomas y signos característicos de una infección de las amígdalas y de la faringe, que persiste aún con tratamiento.
3. Infección aguda primaria: Aquí el paciente comienza a presentar signos y síntomas similares a la mononucleosis infecciosa y a nivel clínico es probablemente desapercibido como VIH si inmunológicamente el paciente se observa y valora en buen estado.

Categoría clínica B:

El paciente puede presentar sintomatología que no se encuentren en la categoría A ni en la categoría C.

1. Angiomatosis bacilar.
2. Candidiasis vulvovaginal persistente más de un mes, con pobre respuesta al tratamiento: En éste punto, según muchos autores ocurren transmisión de infecciones del tracto urinario inferior hacia la cavidad bucal debido al contacto sexual vaginal que hace el hombre durante el acto sexual. Esto sucede con mayor frecuencia en personas con bajo nivel académico ya que desconocen los olores normales de ésta área. ^{19, 20, 21.}
3. Candidiasis orofaríngea: Dentro del 50 al 70 % de los pacientes con VIH+ , experimentarán al menos un episodio de candidiasis orofaríngea, que en dependencia de muchos factores, entre ellos, el recuento de células TCD4+ afectarán la calidad de vida del paciente y facilitarán el progreso de la invasividad de la infección por VIH. ^{7, 8, 10.}
4. Displasia cervical o carcinoma in situ.
5. Síntomas constitucionales: fiebre de 38,5°C o diarrea mayor de un mes.

Categoría clínica C:

En esta categoría se encuentran las condiciones clínicas que definen *SIDA*:

1. Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
2. Cáncer cervical invasivo.
3. Coccidiodomicosis pulmonar o bucal.
4. Cryptococosis pulmonar o secundaria.
5. Cryptosporidiosis con diarrea mayor de un mes.
6. Infección por *Citomegalovirus* en la retina, en bazo, hígado o nódulos linfáticos.
7. Úlceras mucocutáneas de un mes o más de duración: En la cavidad bucal, en muchos pacientes se presentan úlceras orales de larga data cuando presentan enfermedades infecciosas a nivel sistémico. A nivel

médico no son tratadas porque la enfermedad de base es la atendida y la enfermedad bucal pasa a segundo término, a menos que el paciente manifieste dolor, ardor y/o quemazón. Es aquí cuando la manifestación clínica a nivel de la boca se vuelve un reto para el personal de salud.¹⁷

8. Bronquitis.
9. Neumonitis.
10. Esofagitis por *Herpes Simple*.
11. Histoplasmosis extrapulmonar o diseminada.
12. Isosporiasis con diarrea mayor de un mes.
13. Neumonía por *Pneumocystis Carinii*.
14. Neumonía bacteriana recurrente más de dos episodios en un año.
15. Tuberculosis pulmonar o bucal: A nivel bucal la tuberculosis es típica de escrófula en la lengua y en el paladar, el paciente manifiesta disfagia e imposibilidad de deglutir los alimentos y por ende esto se vuelve en un problema para el mismo paciente.²²
16. Infecciones por *Mycobacterium Avium* o *Kansasii*, extrapulmonar o diseminada.
17. Nocardiosis.
18. Toxoplasmosis del sistema nervioso central.
19. Salmonelosis recurrente o diseminada.
20. Strongiloidiasis extraintestinal.
21. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
22. Sarcoma de Kaposi.
23. Linfoma primario del sistema nervioso central, linfoma inmunoblástico o linfoma de Burkitt.
24. Síndrome de desgaste.

Infecciones bacterianas asociadas al VIH/SIDA

Se deben al sobrecrecimiento de los microorganismos que no son habituales de la flora oral. Estas infecciones oportunistas aparecen desde el inicio de la infección por VIH hasta las etapas finales de SIDA, induciendo

signos y síntomas mucosos orales que en ocasiones pueden ser las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad y otras veces la aparición de infecciones bacterianas, algunas de ellas, en las distintas etapas evolutivas, es indicativo o marca una progresión de SIDA.

Tuberculosis:

La tuberculosis es una enfermedad bacteriana infectocontagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis* (*bacilo de Koch*). El reservorio principal de *Mycobacterium tuberculosis* es el hombre enfermo y se transmite de persona a persona por vía aérea, afecta principalmente los pulmones. Estas infecciones por micobacterias son las que actualmente se describen con mayor frecuencia, son favorecidas por el defecto inmunitario celular (déficit de CD4) y por lo general son debidas a la reactivación de infecciones previas.^{1, 2, 3, 22, 42, 44.}

Interacción fisiopatogénica entre *Mycobacterium tuberculosis* y VIH

El VIH modula sobre los receptores CD4, con lo que determina incremento en las tasas de reactivación de la tuberculosis, aumenta la frecuencia de alergia cutánea a la tuberculina y de las formas extrapulmonares de la enfermedad y condiciona la malabsorción y la intolerancia a la medicación antituberculosa, a su vez, el bacilo tuberculoso activa la respuesta macrofágica, por lo que aumenta la expresión del VIH, facilita la expresión de los correceptores CCR5 y CXCR4 utilizados por el VIH para su ingreso a los linfocitos TCD4+ y acelera la progresión de latencia clínica de la infección viral hacia la etapa de SIDA, además, la infección por VIH deteriora la producción de interferón gamma específico para la micobacteria, de modo no reversible por la terapia antirretroviral de gran actividad; la enfermedad tuberculosa puede producirse por reactivación endógena o por reinfección exógena.^{1-3, 7, 8, 12, 22, 42.}

El desarrollo de enfermedad por *Mycobacterium tuberculosis*, puede tener lugar en cualquier momento durante el curso de la infección retroviral, aunque con diferentes manifestaciones clínicas según el grado de inmunodeficiencia, el riesgo de desarrollar tuberculosis activa se incrementa ciento trece veces ante la existencia de coinfección por el *VIH* y en ciento setenta veces si la persona cursa el estadio de *SIDA*, mientras que lo hace de cuatro a dieciséis veces en otras condiciones de inmunosupresión por *VIH* es la primera de las enfermedades que se presenta como morbilidad en casos notificados de tuberculosis. ^{1-3, 7, 8, 12, 22, 42, 44.}

La manifestación bucal por lo general se denota como una úlcera con necrosis central que puede llegar a comprometer hueso, de cuatro centímetros de tamaño, sobre-infectada por el bacilo tuberculoso. ^{1, 4-6, 8-11, 18.}

La úlcera tuberculosa aparece, con mayor frecuencia, en punta o bordes de la lengua, encía, paladar duro, labio y con menos frecuencia la mucosa yugal, presenta límites irregulares, es poco profunda en su inicio, redondeada u ovalada con fondo sinuoso que emite un humor de aspecto fibrinoso, presenta en la superficie unos gránulos amarillentos, con puntos hemorrágicos ^{1, 4-6, 8-11, 18.}

Sífilis:

Es una infección sistémica de evolución crónica y con períodos asintomáticos causada por la bacteria *Treponema Pallidum*. Es un patógeno exclusivo del hombre, quien es su único reservorio. Se adquiere por contacto directo con una lesión de sífilis reciente, por vía transplacentaria y raramente por transfusión de sangre, ya que el germen vive poco en las condiciones en que ésta se conserva. El *Treponema Pallidum* penetra a través de mucosa sana o piel erosionada y rápidamente disemina en el organismo, por lo que desde etapas precoces la infección es sistémica. ^{1, 4-12, 18, 39-40, 44.}

Manifestaciones clínico-bucales del paciente infectado con *VIH* y sífilis

La sífilis evoluciona a lo largo de tres etapas clínicas de infección:

1. **Sífilis primaria:** Se presenta una o varias úlceras induradas e indoloras, con bordes lisos en el sitio de la inoculación y a la lesión se le denomina chancro, los que aparecen principalmente en los órganos genitales y con menor frecuencia dentro y/o alrededor de la cavidad oral. En estas localizaciones las espiroquetas experimentan una replicación rápida y pasan a los vasos linfáticos y al torrente sanguíneo.

Hay un período de incubación asintomático que como promedio dura veintidós días el cual se sigue de una lesión abierta plagada de espiroquetas, sin tratamiento, las lesiones primarias curan en tres a seis semanas y con tratamiento, la cicatrización se produce en diez a catorce días.

2. **Sífilis secundaria:** Aparece de dos a seis meses después de la infección inicial, si no se trata la etapa primaria. Pueden quedar aún algunos chancros sin cicatrizar, las lesiones secundarias se presentan en la piel y las mucosas y son morfológicamente diversas.

Pueden ser maculares, papulosas, foliculares, lenticulares, papuloescamosas, papilares planas, pustulosas, nodulares o placas en las mucosas, las lesiones pueden aparecer simultáneamente en muchas áreas anatómicas o pueden estar localizadas en un área. En esta etapa casi siempre están afectados los ganglios linfáticos y el material aspirado con aguja contendrá los microorganismos.

3. **Sífilis terciaria:** Se denomina también sífilis tardía. Puede presentarse en algunos pacientes a pesar del tratamiento, aparentemente con éxito, de la enfermedad más temprana, afecta principalmente al sistema nervioso central y al sistema cardiovascular.

El paladar puede estar afectado, hay glositis generalizada, glositis sifilítica y carcinoma de células escamosas. Esta etapa, en pacientes con *SIDA*, sigue a un período prolongado de latencia en el cual, el paciente sufre periódicamente algunas exacerbaciones menores de su trastorno. En los pacientes con sífilis terciaria, casi todos los órganos del cuerpo están afectados, las lesiones denominadas gomas pueden destruir la nariz, el paladar y la lengua, en los huesos, las lesiones terciarias producen osteomielitis y destruyen las articulaciones.

La sífilis congénita se debe a infección transplacentaria con *Treponema Pallidum* durante el desarrollo fetal. En estos pacientes aparecerá finalmente una erupción y se producirá destrucción de huesos, nervios y algunos órganos, clásicos términos descriptivos como tibias en forma de sable, surcos periorales verticales, abombamiento del frontal y nariz en silla de montar se emplean comúnmente para describir las principales manifestaciones de la infección.

La expresión tríada de Hutchinson que implica: ceguera, sordera y anomalías dentales se usa también, para describir los hallazgos de la sífilis congénita. Los dientes anteriores resultan, por ello, más estrechos en el borde incisivo que en el tercio medio, incisivos de Hutchinson.^{1, 4-12, 18, 39-40, 44.}

Gonorrea:

La Gonorrea, es una enfermedad causada por la bacteria *Neisseria Gonorrhoeae*; los humanos son el hospedero natural del agente etiológico, el cual provoca usualmente infecciones no complicadas de los epitelios mucosos. El período de incubación es de dos a cinco días, el sitio más frecuente de la infección es la uretra, los sitios primarios menos comunes son las áreas ano-rectales y faríngeas.

La especie bacteriana *Neisseria Gonorrhoeae* está constituida por diplococos gram negativos, estos cocos tienen forma de riñón o de grano de café, el gonococo es un germen muy lábil al calor, a temperaturas de refrigeración y a diversos antisépticos, es sensible a la desecación; en condiciones ordinarias, puede resistir poco tiempo a la exposición al aire.^{1-6, 10, 32-33, 44.}

Manifestaciones clínico-bucales del paciente infectado con VIH y gonorrea:

Las lesiones dermatológicas consisten en pápulas y pústulas discretas que a menudo exhiben un componente hemorrágico y se producen principalmente en las extremidades, alteraciones secundarias menos comunes a septicemia gonocócica incluyen: fiebre, endocarditis, pericarditis, meningitis, y las lesiones de la mucosa oral del paladar blando y orofaringe. Aproximadamente el 20% de los pacientes con gonorrea presentarán afectación en la región orofaríngea por septicemia gonocócica, pero la mayoría de los casos de gonorrea orales parecen ser el resultado de la felación.^{11, 33.}

La localización más frecuente de afectación oral es el área de la faringe, junto con las amígdalas y úvula, presentando un leve a moderado dolor de garganta a menudo se acompaña de eritema orofaríngeo difuso, las amígdalas muestran edema y eritema, a menudo con pequeñas pústulas puntiformes dispersas, raras veces ha sido reportado lesiones infecciosas en la porción anterior de la cavidad oral, pero cuando se presentan, se observan áreas eritematosas, pustulosas, erosivas o ulceradas con linfadenopatía submandibular o cervical.^{1-6, 8-11, 32.}

Furunculosis:

Los miembros del género *Staphylococcus* son poderosos patógenos humanos que producen exudado purulento y causan una amplia serie de enfermedades, los estafilococos son bacterias redondas, gramnegativas, anaerobias facultativas, que crecen en cúmulos, se encuentran en la superficie de la piel y en la superficie orofaríngea de todos los seres humanos. Los estafilococos son capaces de sobrevivir sobre superficies secas, no humanas, durante períodos prolongados y son fácilmente transferibles.

Staphylococcus aureus es la cepa mejor conocida de este género, es responsable de la mayoría de las infecciones cutáneas agudas más frecuentes como foliculitis, forúnculos y abscesos, por fortuna, los microorganismos son muy susceptibles al calor y a la esterilización química y pueden controlarse cuando se siguen los protocolos correctos de asepsia. ^{1, 8, 9, 11, 31, 33, 44.}

Manifestaciones clínico-bucales

Forunculosis se presenta más comúnmente en la piel de la cara o las extremidades, se observan dos patrones clínicos: puede producir vesículas frágiles que se rompen rápidamente y son reemplazados por gruesas costras adheridas de color ámbar y en otros casos se desarrollan lesiones ampulosas duraderas. Después de la ruptura de las bullas queda una luz fina de color marrón.

Puede manifestarse prurito y linfadenopatía regional, pero las manifestaciones sistémicas como fiebre no están normalmente presentes, algunos casos se parecen a: quelitis exfoliativa o herpes simple recidivante. ^{1, 4, 6, 10, 31, 32, 33.}

Faringoamigdalitis:

La faringoamigdalitis es una infección aguda causada por el *Streptococo Betahemolítico*, se presenta principalmente en pacientes jóvenes entre cinco y quince años de edad, se propaga por inhalación de gotitas infectadas presentes en condiciones de aglomeración humana, los síntomas de la infección se presentan de dos a cuatro días después del contagio y antes del tratamiento se necesita diferenciar este trastorno de la faringitis vírica, más común.^{1, 29, 30, 44.}

Características clínicas

Puede incluir un comienzo brusco con fiebre alta, dolor en la faringe, escalofríos, malestar, linfadenopatía cervical y cefalea, a los pocos días pueden aparecer petequias en el paladar blando. Los signos y síntomas de la faringoamigdalitis varían de leves a intensos, la disfagia, la hiperplasia amigdalina, enrojecimiento de las mucosas orales, orofaringe y amígdalas, linfadenopatía cervical y un exudado amigdalinar amarillento.^{1, 29, 30, 44.}

Otitis media:

Los patógenos más frecuentes de la otitis media son: *Streptococcus Pneumoniae*, *Streptococcus Pyogenes*, *Staphylococcus Aureus*; más excepcionalmente, bacilos anaerobios y gram negativos como *E. Coli* y *Pseudomonas Aeruginosa*.^{37, 38, 41, 44.}

Características clínicas

Los síntomas más característicos son otalgia, fiebre e irritabilidad y los signos clásicos son otorrea y/o alguna de las siguientes alteraciones de la membrana timpánica: inflamación, engrosamiento y/o abombamiento, opacidad, presencia de bulas, depósito de fibrina, coloración blanco amarillenta y ausencia de movimiento a la neumo-otoscopía. Otras características son: inflamación aguda del oído medio, así mismo, se da la presencia de exudado (seroso, mucoso, purulento o mixto) en la cavidad media del oído.

Otitis media con exudado u otitis media subaguda: es la presencia de exudado en la cavidad del oído medio de manera asintomática o con síntomas muy leves. Si el exudado persiste más de tres meses la enfermedad pasa a llamarse otitis media crónica no supurada.^{37, 38, 41.}

ESTUDIOS RELACIONADOS

Araujo, Guerra y Tovar, realizaron un estudio en Venezuela²⁰, donde encontraron que en el sexo masculino se da con mayor frecuencia la transmisión de enfermedades sexuales hasta en un 79.4%. El rango de edad de 28 a 37 años fue en el que más se encontraron infecciones de transmisión sexual, seguida del rango de edad de 38 a 47 años. La sífilis fue la ITS con mayor prevalencia, seguida de la Gonorrea.

En 2011, el Dr. Saldanha y colaborador realizaron un estudio en Brasil²¹ en el cual se encontró a través de examen clínico oral y conteo de células T CD4+ fueron evaluados 121 pacientes VIH+. Las lesiones más frecuentes fueron candidiasis (45.2%), leucoplasia vellosa (16.1%), eritema gingival linear (16.1%), herpes labial (12.9%), periodontitis necrosante (6.5%) y gingivitis necrosante (3.2%), ocurriendo con mayor frecuencia en hombres entre las edades de 30 a 44 años, que adquirieron el VIH a través de contacto sexual.

En el estudio realizado en Venezuela²² en 2009 por el Elsi Briceño se encontraron como resultados que el grupo más afectado por tuberculosis es 24 años de edad seguido de grupo entre 25 y 34 años y el género más afectado es el masculino.

Urdaneta y colaboradores realizaron un estudio en 2005 en Venezuela²³ en el servicio de Odontopediatria del Hospital Universitario de Maracaibo, Estado de Zulia; en el cual se evidencio que de 32 pacientes, el 68.75% presentaron lesiones bucales asociadas a VIH/SIDA. La edad promedio fue entre 5 y 8 años de edad. El 52,38% de pacientes se encontraron en estadio clínico C del CDC. Y no se encontraron lesiones bucales características de infecciones bacterianas.

El Dr. Estrada realizo un estudio en San Juan de Bogotá²⁵ en 1995 sobre las Manifestaciones orales asociadas a la infección por VIH, en el que encontró que la categoría C del CDC era en la que los pacientes VIH presentaban más frecuentemente infecciones bucales. Así mismo el estudio destaco que ningún paciente presento lesiones bacterianas. Pero encontró que el resto de lesiones bucales asociadas al SIDA en cavidad bucal se

presentaban más frecuentemente en la lengua, seguidas de la encía marginal, mucosa yugal y paladar duro.

Urdaneta y colaboradores en el 2007 continuo con la línea de investigación iniciada en el 2005 en el Hospital Universitario de Maracaibo de Venezuela²⁶, pero esta vez en el servicio de Odontología al adulto, encontrado que el 87.5% fueron varones, la edad promedio fue de 34 años. Se observó que los pacientes con manifestaciones bucales tenían valores de CD4 más bajos que los que no la presentaron. Este grupo de investigadores no encontraron infecciones bacterianas.

En 2008, Tovar y colaboradores realizaron un estudio en Venezuela²⁷. Los datos encontrados revelan que en relación al género de las personas que acuden al centro donde se realizó el estudio, más del 70% pertenecían al sexo masculino.

Bravo y colaboradores²⁸ realizaron un estudio sobre la Prevalencia de lesiones bucales asociadas al VIH, donde destacaron que del 85% de pacientes bajo Terapia antirretroviral, ninguno de ellos presentaron lesiones bacterianas.

DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio:

El estudio realizado fue de tipo “Descriptivo de corte transversal” en el periodo 2008-2012.

2. Área de estudio

El área de estudio correspondió a la sección de Estadística de la Clínica del VIH, localizada en el primer piso de Consulta Externa del HEODRA.

3. Población de estudio

Correspondió a 120 expedientes de pacientes que asistieron a consulta a la Clínica del VIH durante el periodo de estudio.

4. Muestra

La muestra fue no probabilística y por conveniencia, que en total correspondió a 53 expedientes de pacientes.

5. Criterios de inclusión

- a. Ser VIH/SIDA.
- b. Estar en las edades de estudio.
- c. Asistir a consulta en el periodo del estudio.
- d. Ser parte del programa de atención al paciente VIH⁺

6. Instrumento de recolección de la información.

El instrumento de recolección de la información para esta investigación constó de dos páginas, la primera contenía el consentimiento informado.

La segunda página fue la ficha recolectora de datos propiamente, esta se desarrolló tomando en cuenta los datos sociodemográficos del paciente como datos generales a mencionar edad y sexo. Además de recopilación de datos y clasificación de las formas clínicas de las Infecciones bacterianas asociadas al VIH/SIDA.

7. Método de recolección de la información

Una vez revisado el protocolo de información por la tutora, se realizó una prueba piloto para validar instrumento de recolección de datos y revisar y/o adecuar la redacción del mismo.

Para acceder a los expedientes clínicos de la Clínica se siguió la siguiente metódica:

1. Se hizo una formal solicitud a las autoridades del Ministerio de Salud como es el Director del Hospital, firmada por los tutores del estudio.
2. Una vez la dirección del hospital hizo los efectos de lectura de la solicitud oriento a los investigadores redactar una carta al Coordinador de la Clínica del VIH.
3. Se realizó la solicitud al Coordinador del Equipo Multidisciplinario de la Clínica del VIH y se le adjunto el protocolo de investigación para su debida revisión.
4. Una vez todos los miembros del Equipo de la Clínica habían leído el protocolo y dado sus respectivas sugerencias acerca del trabajo y realizadas por los investigadores del mismo, se procedió a fijar fechas para la revisión de expedientes clínicos.
5. Una vez fijado los días y fechas se procedió al levantamiento de datos de los expedientes presentes en la sección de estadística de dicha clínica.

Estos datos se utilizaron de manera estrictamente confidencial y para fines investigativos únicamente.

8. Procesamiento y análisis de la información

Una vez que los datos fueron recolectados, se verifico que cada ficha correspondiera a la información contenida en cada expediente revisado y luego se realizó un proceso de limpieza de muestra, así mismo se elaboró una base de datos en el programa SPSS versión 21.0 IBM Statistic para Windows, se revisó que todos los datos estuvieran correctamente introducidos y que no

hubieran datos perdidos y se realizó un análisis de los mismos tomando en cuenta los objetivos del estudio.

Los resultados se plasmaron en tablas y gráficos mostrando distribución de frecuencia simple, promedios y porcentajes.

9. Consideraciones éticas

El presente estudio es únicamente con fines de investigación haciendo uso de las normas de ética médica y cuidando de la entidad de cada paciente y haciendo uso del secreto médico profesional.

10. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Valor
Edad	Años de vida de la persona desde su nacimiento hasta la fecha del estudio.	Ficha Recolectora de Datos	15-35 años 36-50 años 51 años a más
Sexo	Rasgos genéticos que diferencian al hombre de la mujer.	Ficha Recolectora de Datos	Masculino Femenino
Infección bacteriana asociado al SIDA	Específicamente se refiere solo a las infecciones causadas por bacterias y que se asocian a la inmunodeficiencia producto del VIH/SIDA.	Ficha Recolectora de Datos	-Furunculosis - Tuberculosis -Otitis Media -Faringoamigdalitis -Sífilis -Gonorrea
Localización intrabucal de las infecciones bacterianas	Representa al sitio proclive de la cavidad oral, donde se presentan más frecuentemente las lesiones.	Ficha Recolectora de Datos	-Tonsilas. -Paladar duro. -Mucosa bucal.

			-Lengua. Amígdalas. -Encías.
Localización en piel de las infecciones bacterianas	Representa al sitio más frecuente en piel que recubre el cuerpo en donde se presentan las lesiones.	Ficha Recolectora de Datos.	-Piel de la cara. -Axilas. -Vagina. -Pene. -Área perianal. -Oído medio. Pulmones.
Categorías clínicas del CDC en adultos.	Corresponde a las características clínicas que presenta el paciente y que se agrupan para brindar un plan de tratamiento.	Ficha Recolectora de datos.	Categoría A Categoría B Categoría C
Recuento de Linfocitos TCD4+ en adultos.	Es el conteo de todos los linfocitos TCD4+/mm ³ y que determinan el estadio clínico del paciente VIH.	Ficha Recolectora de datos.	-Mayor o igual a 500/mm ³ . -Mayor o igual de 200-499/mm ³ . -Menor de 200/mm ³ .
Tiempo de haber sido diagnosticado de VIH	Tiempo que tiene el paciente de haber sido diagnosticado VIH+, incluyendo confirmación clínica y exámenes de laboratorio.	Ficha Recolectora de Datos.	Menor de 1año 1-5 años 6-10 años Mayor de 10 años

RESULTADOS

Tabla No. 1. Prevalencia de infecciones bacterianas asociadas al VIH/SIDA según edad y sexo de los pacientes. Clínica del Infectología. HEODRA-León. Periodo del 2008 2012.

PRESENCIA DE INFECCIONES BACTERIANAS			SEXO		Total	
			FEMENINO	MASCULINO		
SI	EDAD	15-35 AÑOS	Recuento	4	16	20
			%	12.5%	50.0%	62.5%
		36-50 AÑOS	Recuento	1	11	12
			%	3.1%	34.4%	37.5%
	Total		Recuento	5	27	32
			%	15.6%	84.4%	60.37%
NO	EDAD	15-35 AÑOS	Recuento	7	7	14
			%	33.3%	33.3%	66.7%
		36-50 AÑOS	Recuento	2	5	7
			%	9.5%	23.8%	33.3%
	Total		Recuento	9	12	21
			%	42.9%	57.1%	39.63%
TOTAL			Recuento	14	39	53
			%	26.4%	73.6%	100.0%

Fuente: Secundaria.

De los expedientes de pacientes VIH/SIDA revisados que en total fue de 53; se encontró que 39 pacientes pertenecían al sexo masculino y 14 al sexo femenino, para un 73.6% y 26.4% respectivamente. De estos 32 presentaron infección bacteriana durante el periodo del estudio y 21 no presentaron infección bacteriana. De los 32 pacientes que presentaron infección bacteriana, 27 pertenecían al sexo masculino y 5 al sexo femenino; para un 84.4% y 15.6% respectivamente.

En el sexo femenino, 5 pacientes presentaron infección bacteriana durante el periodo del estudio y 9 no presentaron infección bacteriana. De los 5 pacientes que presentaron infección bacteriana durante el periodo del estudio, el 12.5% de ellas (4 mujeres) se encontraban entre los 15 a 35 años de edad y el 3.1% (1 mujer) se encontraba entre los 36 a 50 años de edad. En el grupo de

las mujeres VIH+ que no presentaron infección bacteriana, se encontró que 7 de ellas tenían entre 15 a 35 años de edad y 2 mujeres entre 36 a 50 años de edad.

En el sexo masculino, 27 pacientes presentaron infección bacteriana durante el periodo del estudio y 12 no presentaron infección bacteriana. De los 27 pacientes que presentaron infección bacteriana durante el periodo del estudio, el 50% de ellos (16 hombres) se encontraban entre los 15 a 35 años de edad y el 34.4% (11 hombres) se encontraba entre los 36 a 50 años de edad. En el grupo de los hombres VIH+ que no presentaron infección bacteriana, se encontró que 7 de ellos tenían entre 15 a 35 años de edad y 5 hombres entre 36 a 50 años de edad.

Tabla No. 2. Prevalencia de pacientes VIH/SIDA con infecciones bacterianas según el tiempo de diagnóstico de VIH+. Clínica de Enfermedades Infecciosas, HEODRA-León en el periodo del 2008 - 2012.

PRESENCIA DE LESIONES.			TIEMPO DE DIAGNOSTICO.			Total.		
			MENOR DE 1 AÑO.	1-5 AÑOS.	6-10 AÑOS.			
AÑO DE DIAGNOSTICO.								
SI.	AÑO.	2008	Recuento.	0	0	3	3	
			%	0.0%	0.0%	9.4%	9.4%	
		2009	Recuento.	0	7	0	7	
			%	0.0%	21.9%	0.0%	21.9%	
		2010	Recuento.	0	11	0	11	
			%	0.0%	34.4%	0.0%	34.4%	
		2011	Recuento.	0	6	0	6	
			%	0.0%	18.8%	0.0%	18.8%	
		2012	Recuento.	1	4	0	5	
			%	3.1%	12.5%	0.0%	15.6%	
		Total.		Recuento.	1	28	3	32
				%	3.1%	87.5%	9.4%	100.0%
	NO.	AÑO.	2008	Recuento.	0	1	2	3
				%	0.0%	4.8%	9.5%	14.3%
2009			Recuento.	0	5	1	6	
			%	0.0%	23.8%	4.8%	28.6%	
2010			Recuento.	0	4	0	4	
			%	0.0%	19.0%	0.0%	19.0%	
2011			Recuento.	0	6	0	6	
			%	0.0%	28.6%	0.0%	28.6%	
2012			Recuento.	1	1	0	2	
			%	4.8%	4.8%	0.0%	9.5%	
Total.			Recuento.	1	17	3	21	
			%	4.8%	81.0%	14.3%	100.0%	
TOTAL.			Recuento.	2	45	6	53	
			%	3.8%	84.9%	11.3%	100.0%	

Fuente: Secundaria.

Del total de expedientes de pacientes VIH/SIDA+, se encontró que del 100% de pacientes que presentaron infección bacteriana durante el periodo del estudio, el 34.4% fueron diagnosticados en el año 2010, 7 pacientes (21.9%)

fueron diagnosticados en el año 2009 y presentaron infección bacteriana durante el periodo del estudio y 18.8% (6 pacientes) fueron diagnosticados en el año 2011, todos estos pacientes se encontraban en un intervalo de 1 a 5 años de haber sido diagnosticados seropositivos. El 15.6% fueron diagnosticados VIH/SIDA+ en el año 2012, de estos 1 paciente tenía menos de un año de haber sido diagnosticado VIH+ y 4 pacientes ya se encontraban en el intervalo de 1 a 5 años de ser positivos.

En el grupo de pacientes VIH+ que no presentaron infección bacteriana durante el periodo del estudio, se encontró que el mismo número de pacientes fue diagnosticado en el año 2009 y 2011 con 6 pacientes en cada año, para un 28.6% respectivamente. De este grupo de pacientes para el año 2009, 5 pacientes tenían de 1 a 5 años de haber sido diagnosticados y 1 paciente tenía entre 6 a 10 años de haber sido diagnosticado con seropositividad y en el año 2011, todos los pacientes tenían entre 1 a 5 años de ser VIH+.

Tabla 3.1. Frecuencia de infecciones bacterianas asociadas al VIH/SIDA+ en pacientes de la clínica del VIH del HEODRA-León en el periodo 2008-2012.

Enfermedad bacteriana.	Frecuencia.	Porcentaje.
Sífilis.	19	59.37%
Otitis media.	4	12.50%
Furunculosis.	2	6.25%
Gonorrea.	1	3.12%
Faringoamigdalitis.	2	6.25%
Tuberculosis.	4	12.50%
Total.	32	100%

Fuente: Secundaria.

Del total de enfermedades bacterianas encontradas en los expedientes de pacientes, el 59.37% de los pacientes presentaron Sífilis, seguidos del 12.5% que en igual proporción se encontraron para Otitis media y Tuberculosis, así también de igual manera presentaron el 6.25% con Furunculosis y Faringoamigdalitis respectivamente y solamente 1 caso para un 3.12% presento Gonorrea.

Tabla 3.2. Distribución clínica bucal de las infecciones bacterianas asociadas al VIH/SIDA+ en pacientes de la clínica de VIH del HEODRA-León en el periodo 2008 - 2012.

Localización Clínica Bucal.	Frecuencia.	Porcentaje.
Paladar duro.	1	7.69%
Mucosa bucal.	3	23.1%
Lengua.	2	15.38%
Amígdalas.	7	53.85%
Total.	13	100%

Fuente: secundaria.

El total de pacientes VIH/SIDA+ que presentaron características clínicas de infección bacteriana en boca fue 13 que corresponde a un 100%. De estos, el 53.85% presento lesiones orales en las amígdalas, el 23.1% de los pacientes presento infección bacteriana en la mucosa bucal, seguido del 15.38% con lesiones orales bacterianas en la lengua y el 7.69% con lesiones bacterianas en el paladar duro.

Tabla 3.3. Localización clínica en piel y tejidos de las infecciones bacterianas asociadas al VIH/SIDA+ en pacientes de la clínica de VIH del HEODRA León en el periodo 2008 - 2012.

Localización en piel.	Frecuencia.	Porcentaje.
Pulmones.	3	15.78%
Axilas.	2	10.53%
Pene.	6	31.58%
Perianal.	4	21.05%
Oído medio.	4	21.05%
Total.	19	100%

Fuente: Secundaria.

Un total de 19 pacientes VIH/SIDA+ presento infecciones bacterianas en piel y órganos. De estos, el 31.58% hizo manifestación clínica bacteriana en pene, seguida del 21.05% con infección bacteriana en el área perianal y en el oído medio, el 15.78% presento lesiones pulmonares y el 10.53% lesiones axilares.

Tabla No. 4. Presencia de infecciones bacterianas en los pacientes VIH/SIDA+ según recuento de linfocitos T CD4+ y categoría CDC. Clínica del VIH+. HEODRA-León. Periodo 2008-2012.

PRESENCIA DE LESIONES. CATEGORIA CDC.			RECuento DE LyTCD4+			Total.	
			MAYOR O IGUAL A 500/mm ³	MAYOR O IGUAL DE 200-499/mm ³	MENOR DE 200/mm ³		
SI.	CDC.	A2.	Recuento.	3	4	0	7
			%	9.4%	12.5%	0.0%	21.9%
		A3.	Recuento.	0	0	2	2
			%	0.0%	0.0%	6.3%	6.3%
		B2.	Recuento.	0	5	0	5
			%	0.0%	15.6%	0.0%	15.6%
		B3.	Recuento.	0	1	3	4
			%	0.0%	3.1%	9.4%	12.5%
		C2.	Recuento.	0	2	0	2
			%	0.0%	6.3%	0.0%	6.3%
		C3.	Recuento.	1	2	9	12
			%	3.1%	6.3%	28.1%	37.5%
	Total.	Recuento.	4	14	14	32	
		%	12.5%	43.8%	43.8%	100.0%	
NO.	CDC.	A1.	Recuento.	3	0	0	3
			%	14.3%	0.0%	0.0%	14.3%
		A2.	Recuento.	0	1	0	1
			%	0.0%	4.8%	0.0%	4.8%
		A3.	Recuento.	0	0	1	1
			%	0.0%	0.0%	4.8%	4.8%
		B2.	Recuento.	0	2	0	2
			%	0.0%	9.5%	0.0%	9.5%
		B3.	Recuento.	1	0	5	6
			%	4.8%	0.0%	23.8%	28.6%
		C2.	Recuento.	0	0	1	1
			%	0.0%	0.0%	4.8%	4.8%
	C3.	Recuento.	0	1	6	7	
		%	0.0%	4.8%	28.6%	33.3%	
	Total.	Recuento.	4	4	13	21	
		%	19.04%	19.04%	61.9%	100.0%	
Gran Total.			Recuento.	8	18	27	53
			%	15.1%	34.0%	50.9%	100.0%

Fuente: Secundaria.

De los 53 pacientes, el 50.9% se encontraba con un recuento de Linfocitos TCD4+ con menos de 200 cel/mm³, seguido del 34% con un recuento de 200 a 499 cel/mm³ y el 15.1% con un recuento igual o mayor a 500 cel/mm³. De estos, 32 habían tenido infección bacteriana durante el periodo del estudio y 21 no presentaron lesiones.

De los 32 pacientes que presentaron infección bacteriana, en igual porcentaje de pacientes para un 43.8% equivalentes a 14 pacientes en cada grupo con recuento de Linfocitos TCD4+ menor de 200 cel/mm³ y entre 200 a 499 cel/mm³ respectivamente. Y solo 4 pacientes con recuento de Linfocitos TCD4+ mayo o igual a 500 cel/mm³.

De los 21 pacientes que no presentaron infecciones bacterianas, el 61.9% tenían un recuento de Linfocitos TCD4+ con menos de 200 cel/mm³ y con igual número de pacientes para un 19.04% para cada grupo de pacientes, tanto los que tenían un recuento de Linfocitos TCD4+ con 200 a 499 cel/mm³ como los que tenían un recuento mayor o igual a 500 cel/mm³.

Del 100% de pacientes con infecciones bacterianas, el 37.5%(12 pacientes) se encontraban en la categoría C3 CDC; de estos, 9 pacientes tenían menos de 200 cel/mm³ de LyTCD4+, 2 pacientes tenían entre 200 a 499 cel/mm³ y 1 paciente tenía más de 500cel/mm³ de LyTCD4+. Así también 7 pacientes se encontraban en la categoría A2 del CDC, de estos 4 con 200 a 499 cel/mm³ y 3 con más de 500 cel/mm³. Y el 15.6% de estos eran de la categoría B2 con 200 a 499 cel/mm³ de LyTCD4+.

En el grupo de pacientes VIH+ que no presentaron infecciones bacterianas, el 33.3% se encontraban en la categoría C3 del CDC; de estos, 6 pacientes tenían un recuento de Linfocitos TCD4+ con menos de 200 cel/mm³ y 1 paciente se encontraba con células entre los 200 a 499/mm³. Así mismo en la categoría B3, se encontraron a 6 pacientes, de estos, 5 con menos de 200 cel/mm³ y 1 paciente con más de 500 cel/mm³.

Discusión de Resultados

Para este estudio, en el sexo masculino hubo mayor prevalencia de enfermedades bacterianas asociadas a la infección por VIH/SIDA, datos que coinciden con lo encontrado por Araujo, Guerra y Tovar en Venezuela²⁰, donde encontraron que en el sexo masculino la infección bacteriana era frecuente hasta en el 79.4% de los hombres. Así también reporta altas prevalencias en este sexo, Briceño en Venezuela en el 2009²², Urdaneta en el 2007²⁶ y Tovar en el año 2008²⁷.

Según grupos de edad, el grupo con rango de edad entre 15 a 35 años para ambos sexos, fue en el que hubo mayor prevalencia de infecciones bacterianas asociadas a la seropositividad VIH, cabe resaltar que la misma tendencia se observó en el grupo de pacientes VIH positivos pero sin infección bacteriana. Resultados que coinciden con los encontrados por Briceño en Venezuela²², donde encontró que en pacientes con Tuberculosis la edad donde más frecuentemente habían encontrado este tipo de enfermedad era a los 24 años, seguido por pacientes entre los 25 y 34 años de edad. Saldanha y colaborador, en Brasil²¹; encontraron que los pacientes con VIH y con lesiones orales asociadas a la infecciones andaban en edades oscilatorias entre los 30 a 34 años de edad, datos que incluyen al rango de edad tomado para este estudio. Así también los datos encontrados en este estudio tienen cierta relación con los resultados encontrados por Tovar y colaboradores²⁰, a diferencia que estos últimos tomaron un rango de edad de 28 a 37 años de edad, que si bien se incluye un buen grupo en nuestro rango de edad pero sobresale.

Para este estudio encontramos que los pacientes fueron diagnosticados positivos a la infección por VIH con mayor número de casos en el año 2010 con 15 casos, 11 casos que en el periodo del estudio presento infección bacteriana y 4 casos que no presentaron infección bacteriana. Así también se encontró que 45 pacientes que representan al 84.9% del total de casos se encontraban en el rango de 1 a 5 años de haber sido diagnosticados seropositivos. De estos, 28 pacientes habían presentado enfermedades bacterianas durante el periodo del estudio y 17 pacientes no habían presentado enfermedades bacterianas. Cabe resaltar que no encontramos estudios de enfermedades

bacterianas asociadas a la infección por VIH que tomara estas variables de investigación, pero al hacer un análisis de la tendencia de la infección del VIH, se puede dejar en claro que de 3 casos diagnosticados en el año 2008 a 5 casos diagnosticados en el año 2012, verdaderamente en el año 2010 fue el pico donde más casos fueron diagnosticados.

La sífilis en un 59.37%, fue la enfermedad bacteriana que más frecuentemente presentaron los pacientes VIH/SIDA seguida de la Tuberculosis y la Otitis media. Resultados que coinciden con lo encontrado por Tovar y Colaboradores en Venezuela²⁰, donde la Sífilis fue la más frecuente seguida de la Gonorrea. En este estudio solo se encontró un caso de Gonorrea que representa apenas un 3,12% del total de los casos.

Estos resultados no coinciden con lo reportado por Saldanha y colaborador²¹, en un estudio realizado sobre manifestaciones orales y vías de contagio VIH, donde encontró que las enfermedades más frecuentes son las fúngicas. Así mismo, no coincide con los resultados encontrados por Estrada²⁵, ya que este investigador no encontró ninguna enfermedad bacteriana en el grupo de pacientes estudiados. De la misma manera, Urdaneta y colaboradores²⁷, y Bravo y Colaboradores²⁸, tampoco reportaron enfermedades bacterianas en el estudio que estos realizaron.

A nivel bucal, las amígdalas en un 53.85% fue el sitio clínico bucal donde se observaron las lesiones bacterianas asociadas a la infección por VIH, seguida de la mucosa bucal. Y a nivel de piel y órganos; en la piel del pene con 31.58% fue el sitio más proclive seguido de la piel perianal y oído medio. No se encontraron estudios de enfermedades bacterianas donde la localización bucal fuera una variable de investigación, pero estudios como el de Estrada manifiesta que el sitio predilecto de infecciones fúngicas es la lengua.

Los pacientes que se encontraban en la categoría C del CDC de Atlanta fueron los más afectados por infecciones bacterianas y de estos, los que se encontraban en la subcategoría C3 fueron los aun más afectados. De manera general, también en la subcategoría C3 en el grupo de pacientes que no presentaban infecciones bacterianas hubo mayor número de casos.

Estos datos coinciden con la mayoría de estudios^{23, 24, 25, 26} que concuerdan que los pacientes VIH/SIDA presentan mayor exposición a enfermedades oportunistas en la subcategoría C3 ya que se encuentran en la fase SIDA debido al recuento de Células T CD4+ igual o menor a 200 cel/mm³.

Para este estudio hubo igual número de casos (14 pacientes) tanto para el recuento de células de 200 a 499/mm³ y menor o igual a 200/mm³. Siempre registrándose enfermedades bacterianas en este número bajo de linfocitos T CD4+. En cambio en el grupo que no presento infecciones bacterianas durante el periodo del estudio, se observó marcada tendencia de más pacientes con recuentos bajos de células TCD4+, presentando un recuento igual o menor a 200/mm³ un total de 13 pacientes.

Conclusiones

1. La prevalencia de enfermedades bacterianas en el grupo de pacientes estudiado es del 60.37%. según sexo, el más afectado fue el masculino y según edad el grupo etáreo más afectado fue el de 15 a 35 años de edad.
2. Durante el periodo del estudio, la prevalencia de infecciones bacterianas estuvo presente con mayor afectación en el grupo de pacientes que tenían de 1 a 5 años de haber sido diagnosticados seropositivos y en el año 2010, fue diagnosticado el mayor número de casos de VIH/SIDA.
3. La enfermedad bacteriana asociada al VIH/SIDA más frecuentemente encontrada en los pacientes fue la Sífilis. En cavidad bucal, la localización clínica proclive fue las amígdalas y en piel y órganos internos fue en el pene.
4. Según el recuento de Linfocitos TCD4+, la presencia de infecciones bacterianas asociadas al VIH/SIDA fue en igual proporción tanto en el recuento de 200 a 499 cel/mm³ como en el recuento menor a 200 cel/mm³ y la categoría clínica C3 del CDC fue donde se encontraron el mayor número de casos.

Recomendaciones

- ✓ A docentes y estudiantes continuar con esta línea de investigación acerca de las infecciones orales a VIH y que se realice un estudio clínico y no solo de fuente secundaria.

- ✓ A la facultad de odontología que incluya en su pemsun un componente electivo u optativo específico para estudiar las lesiones orales asociadas al VIH.

- ✓ Que los resultados hallados en este estudio sean publicados en alguna revista odontológica o de la universidad.

- ✓ Que haya mayor comunicación facultad de odontología-HEODRA para facilitar el ingreso de estudiantes de odontología en los distintos niveles de investigación que se hacen en este hospital.

Referencias Bibliográficas

1. Bermejo A, López P, Oñate R Saura M. Saura M. Infecciones bacterianas de mucosa oral en la enfermedad por VIH. *Revistas Avances en Odontoestomatología*. Vol 13 Junio 1997. Pág 107 – 117.
2. Ceballos A. Aguirre JN, Bajan JV. Alteraciones orales en Pacientes infectados por VIH con menos de 200 linfocitos CD4. *Revista Avances en Odontoestomatología*. Vol 13, Junio 1997. Pág 119 – 127.
3. Protocolos Nacionales de Atención Integral de VIH/Sida. Publicación Técnica Nº 6. Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Santo Domingo, República Dominicana. 2004.
4. Regezi, J. Scibba, J. *Patología Bucal. Correlaciones clinicopatológicas*. 3ra Edición. Editorial McGraw, Hill Interamericana. México 2000.
5. Sapp, J. Eversole, L. Wysocki, G. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. 2da. Edición Harcourt Brace. Madrid, España. 1998.
6. Neville, B. Damm, P Allen, C. Bouquoz, J. *Oral and Maxilofacial Pathology 2nd edition* W.B Saunders Company USA 2002.
7. Aguirrebengoa, K, *Enfermedades asociadas a la infección VIH*, Unidad de enfermedades infecciosas, Hospital de Cruces B. Pzkais, Pág 93–128.
8. Ceccott P E. *Clínica Estomatológica, SIPA, Cáncer y otras infecciones*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 1993. Pág 143 – 151.
9. Giunta, J *Patología Bucal*. Editorial McGraw – Hill Interamericana III Edición. México 1991. Pág 102 – 118.
10. Wood, N. Goaz, P. *Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales*. Editorial Harcourt Brace, Madrid 1999. 596 – 608.
11. Greenspan, D, Greenspan J – Schiodt, *El SIDA en la cavidad bucal*, Editorial actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. Caracas. 1990.
12. *Diseños metodológicos para formación de recursos humanos en mejoramiento continuo de la calidad (MCC) y en VIH/Sida*. Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua. 2012.

13. Alarcón R, Arredondo M, Samariego S, Taboada A, Benítez G. Rev. Inst. Med. Trop, Vol 4 (2); 7:13. Diciembre 2009.
14. Ruiz, G. Ojeda, P. Giamprieto, L. Determinación del VIH en cavidad oral. Revista Venezolana Oncol. 2009; 21 (2) 70 – 76.
15. Medina M. G. Merino L. A. Avances en Odontoestomatología. Volumen N°26 N2 Madrid, Mar. Abril 2010.
16. Rioboo, M. Bascones, A. Aftas de la mucosa bucal. Avances en Odontoestomatología. V 27 – Num 2 – 2011.
17. Toche, P, Salinas, J, Guzmán, A. Afani, A, Jadue, N. Úlceras orales recurrentes: características clínicas y diagnósticos diferenciales, Revista Chilena de Infectología. 2007, 24 (3): 215 – 219.
18. Jiménez Y, Milian, M, Gavaldá, C, Dolores M, Maya C, Lesiones erosivas y ulceradas de la mucosa oral, manifestaciones clínicas y diagnósticos y servicios de estomatología, Hospital General de Valencia. Disponible en: www.icoev.es/oris/58-1/lesiones.pdf.
19. Santana, Y. Navas, R. Morón, A. Chaparro, N. García, R. Suárez, I. Condiciones de salud-enfermedad bucal en pacientes adultos VIH/SIDA. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 46, Número 2, Año 2008.
20. Araujo, A; Guerra M; Tovar, V. Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en personas VIH que solicitaron asistencia odontológica en el centro de atención a personas con enfermedades infecciosas (CAPEI/UCV). 2000 - 2005. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 47 N° 2 / 2009.
21. Saldanha, D; Gordon, M; Madeira, L; Kleber, G; Hebel, G. Complicaciones estomatológicas en pacientes VIH positivos: correlaciones clínico - demográficas y de laboratorio. 2010 - 2011. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 50 N° 1 / 2012.
22. Briceño, E; Perrone, M; Pardi, G; Guilarte, C; Arvelo, L; Guilarte, C; Arévalo, L. Detección de Mycobacterium tuberculosis por métodos microbiológicos convencionales y características del periodonto de un

- grupo de pacientes con tuberculosis 2007-2008. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 47 N° 1 / 2009.
23. Urdaneta, M; Rojas, T; García, R; Villalobos, H; Rivera, N; Bernardoni, S. Relación entre las manifestaciones bucales asociadas al VIH-SIDA pediátrico y las categorías clínicas Inmunológicas relación entre las manifestaciones bucales asociadas al VIH-SIDA pediátrico y las categorías inmunológicas 2005. Ciencia Odontológica, vol. 2, núm. 1, enero-junio, 2005, pp. 34 - 46, Universidad del Zulia, Venezuela.
24. Polo, A. Prevalencia de lesiones en cavidad oral en pacientes con VIH/Sida en HERES Salud E.U. de la ciudad de Santa Marta en el periodo 2006 - 2007. Programa de Maestría en Salud Pública Bogotá, Colombia.
25. Estrada, I. Manifestaciones orales asociadas a la infección por VIH/SIDA en 123 pacientes del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia 1995 - Vol.43 No. 4.
26. Urdaneta, M; Urdaneta, B; Bernardoni, Socorro; Vizcaíno, M; Sotolongo, M6; Benito, M; Dr. Pereira, S; Morón, A. Manifestaciones bucales en pacientes VIH positivos y su relación con valores de los linfocitos cd4. volumen 45 n° 2 / 2007 >.
27. Tovar, V; Guerra, M, E; Araujo, A. Perfil epidemiológico de personas VIH/SIDA asistidas odontológicamente en el centro de atención a personas con enfermedades infectocontagiosas (CAPEI/UCV) facultad de odontología. Universidad Central de Venezuela. Vol. 46 n° 4 / 2008.
28. Bravo, I; Correnti, M; Escalona, L. Prevalencia de lesiones bucales en pacientes HIV+. Programa de Medicina Oral, Instituto de Oncología y Hematología, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006; 11: E 33-39.
29. Muñoz, C; Córdova, M; Morales, v; Cifuentes, A. Faringitis Aguda ¿estreptocóccica?. Empleo del estudio etiológico y de antimicrobiano en

- dos centros pediátricos universitarios. Pontificia universidad católica de Chile, Santiago.
30. Criterios técnicos y recomendaciones asadas en evidencia para la construcción de guías prácticas clínicas. Tratamiento de Faringoamigdalitis, Seguro social. Departamento de Farmacoepidemiología. 2005.
 31. Pérez, M; Señor, R; Grillo, M; Torres, M. utilización de antibióticos en pacientes atendidos por furunculosis. Hospital General “Aleyda Fernandez Chardiet” Guines, La Habana 2008.
 32. Marcano, L; Andrae, R; Landaeta, J; Monte, J. Infecciones bacterianas asociadas a infección. VIH-SIDA. Universidad central de Venezuela.
 33. Sánchez, L. Infecciones cutáneas asociadas a VIH-SIDA. Rev. Soc. Peruana de Dermatología. 2011. Volumen 21. N°3.
 34. Rodríguez, M. Manifestaciones orales asociada con infecciones VIH-SIDA. Clínica estomatológica. IMPE. Cuba. 2004.
 35. López, L; Borges, N; Salazar, C; Salazar, J. Manifestaciones periodontales en pacientes infectados con el VIH-SIDA. Acta odontológica Venezolana. Vol. 41. N°3. 2003. Parte I.
 36. López, L; Borges, N; Salazar, C; Salazar, J. Manifestaciones periodontales en pacientes infectados con el VIH-SIDA. Acta odontológica Venezolana. Vol. 41. N°3. 2003. Parte II.
 37. Castillo, M; Baquero, A; García, M; Méndez, E. Otitis Media Aguda. Protocolo diagnóstico-terapéutico de la AEP. Infectología Pediátrica.
 38. Santolaya, M. Otitis Media Aguda. Diagnóstico y Tratamiento. Revista Chilena de Infectología. 2007; 24(4): 297-300.
 39. Sáez, N; Delgado, C; Romero, F; Báez, R. El diagnóstico del laboratorio de la Sífilis. Revisión bibliográfica. La Habana. 1996.
 40. Rivera, M; Arenas, F; Ambriz. ¿Son necesarios los estudios de la Sífilis en donadores de Sangre? Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2009; 49 (1): 65-68.
 41. Muñoz, P; Ruiz-Canela, J. Manejo de la Otitis Media aguda en la infancia. Guía práctica clínica asada en la evidencia. Sevilla: 2001.

42. Romero, Y; García, M; Trigo, F; Nieto, P; Del Valle, S. Tuberculosis un problema que no debe ignorar el odontólogo. Acta Odontológica Venezolana. Vol. 40. Nº 1/2002.
43. Enfermedades Oportunistas Relacionadas con el VIH-SIDA. Actualización técnica de la ONUSIDA. Marzo 1999.
44. Liebane, J. Microbiología Oral. New York. Interamericana MC.2 ed. 1997.

ANEXOS



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León



Facultad de Odontología, Departamento de Medicina Oral

Infecciones bacterianas asociadas al VIH/SIDA en pacientes diagnosticados en la Clínica del VIH-HEODRA 2008-2012.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Los objetivos y propósitos de este estudio solo tienen fines investigativos Y por tanto desde antemano se le informa que su participación es estrictamente confidencial y su nombre no será utilizado, no existen riesgos o consecuencias médicas ni legales el hecho de participar en éste.

Acepto participar_____

(Firma ilegible)



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León

Facultad de Odontología, Departamento de Medicina Oral



INFECCIONES BACTERIANAS ASOCIADAS AL VIH/SIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN LA CLÍNICA DEL VIH-HEODRA 2008-2012.

Ficha Recolectora de Datos

No_____

1. Edad:

- 15-35 años.
- 36-50 años.
- 51 años o más.

2. Sexo:

- Masculino.
- Femenino.

3. Tiempo de haber sido diagnosticado VIH:

- Menor de 1 año.
- 1-5 años.
- 6-10 años.
- Mayor de 10 años.

4. Se ha detectado en el paciente una infección bacteriana:

- Si
- No

5. Infección bacteriana detectada en el paciente:

- Sífilis.
- Otitis media.
- Furunculosis.
- Gonorrea.
- Faringoamigdalitis.
- Tuberculosis.

6. Localización clínica bucal de las lesiones:

- Tonsilas.
- Paladar duro.
- Mucosa bucal.
- Lengua.
- Amígdalas.
- Encías.

7. Localización clínica en piel y tejidos internos de las lesiones:

- Piel de la cara.
- Axilas.
- Vagina.
- Pene.
- Área perianal.
- Oído medio.
- Pulmones.

8. Categorías clínicas de las CDC en adultos:

A1	B1	C1
A2	B2	C2
A3	B3	C3

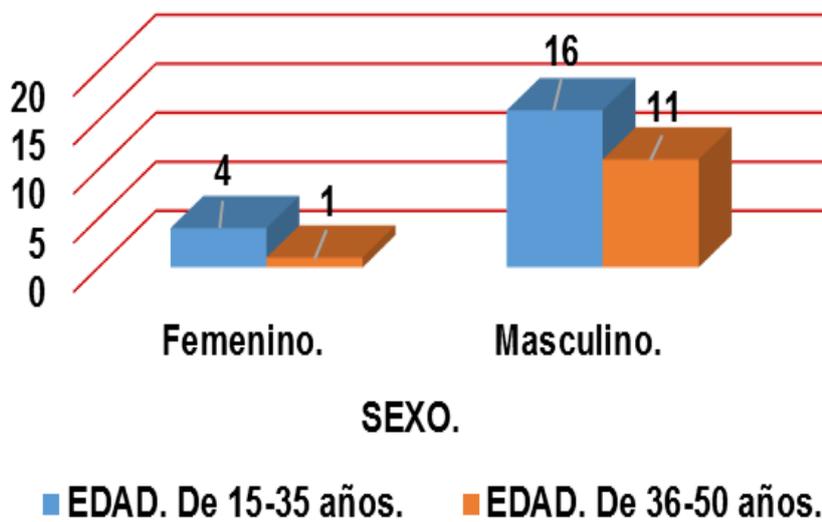
9. Recuento de las células CD4:

- Mayor o igual a $500/\text{mm}^3$.
- Mayor o igual de $200\text{-}499/\text{mm}^3$.
- Menor de $200/\text{mm}^3$.

10. Año de estudio:

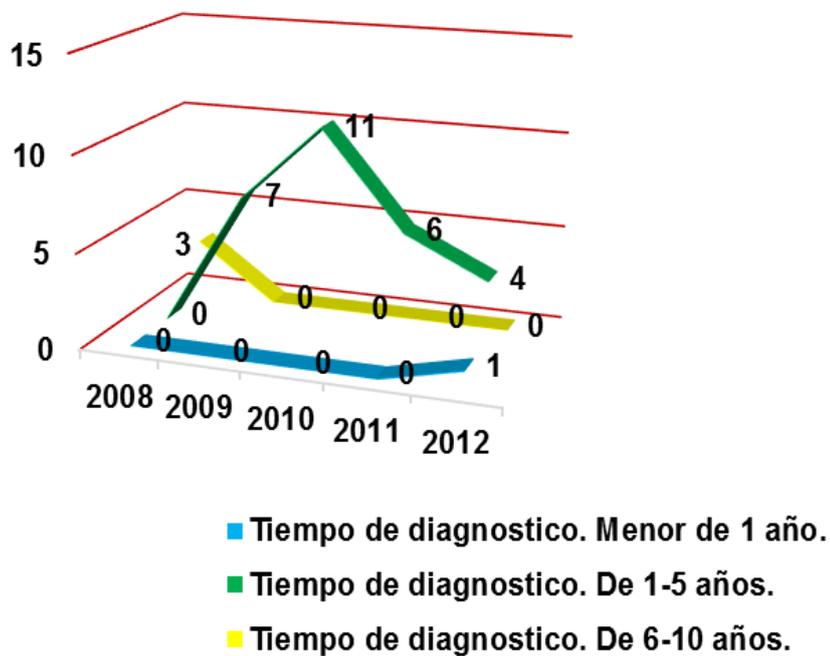
- a. 2008
- b. 2009
- c. 2010
- d. 2011
- e. 2012.

GRAFICO No. 1. PREVALENCIA DE INFECCIONES BACTERIANAS ASOCIADAS AL VIH/SIDA SEGUN EDAD Y SEXO EN LOS PACIENTES DE CLINICA DE INFECTOLOGIA. HEODRA-LEON. PERIODO DEL 2008 - 2012.



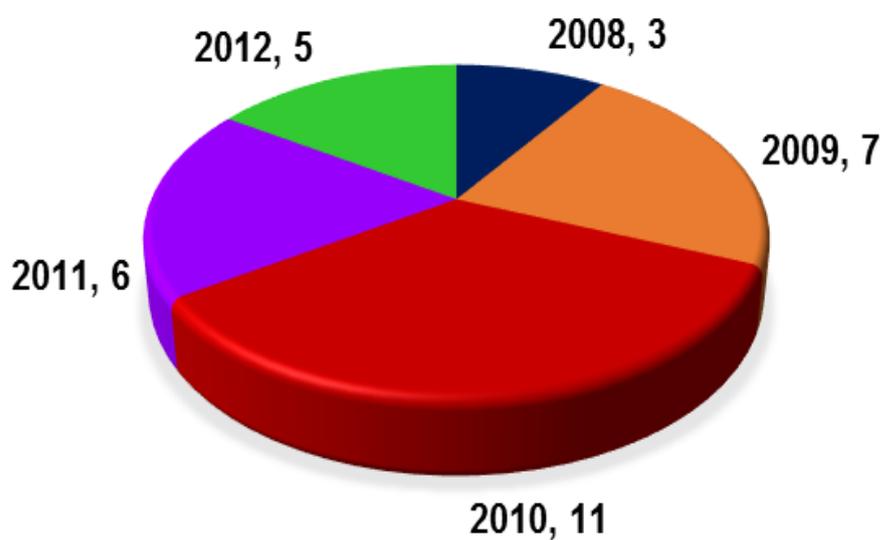
Fuente secundaria.

GRAFICO No. 2.1. PREVALENCIA DE PACIENTES VIH/SIDA CON INFECCIONES BACTERIANAS SEGUN EL TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE VIH+ DE LA CLINICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, HEODRA-LEON EN EL PERIODO DEL 2008 - 2012.



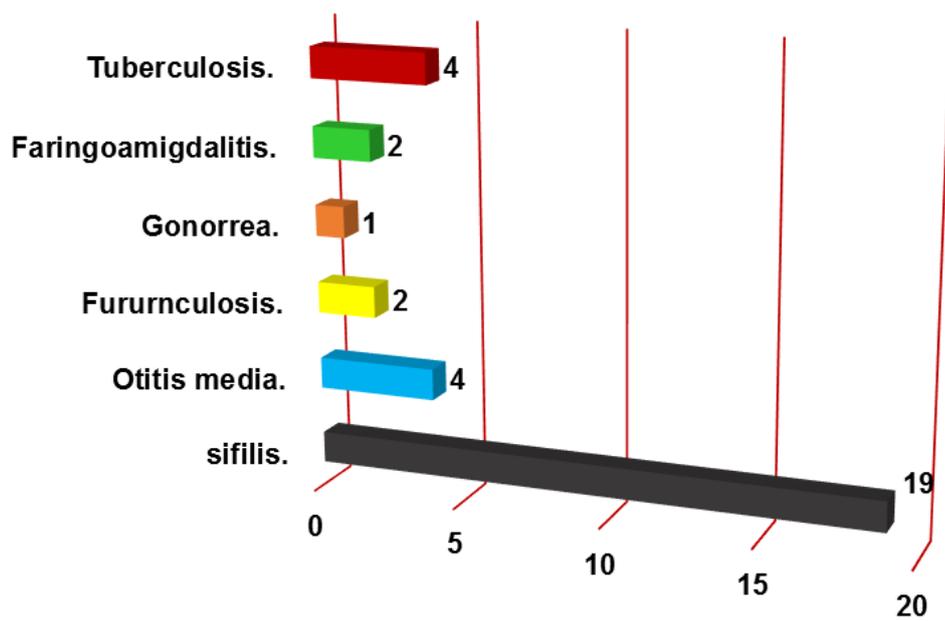
Fuente: Secundaria.

GRAFICO NO. 2.2. PREVALENCIA DE PACIENTES VIH/SIDA CON INFECCIONES BACTERIANAS SEGÚN EL AÑO DE DIAGNÓSTICO DE VIH+. CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, HEODRA-LEÓN EN EL PERIODO DEL 2008 - 2012.



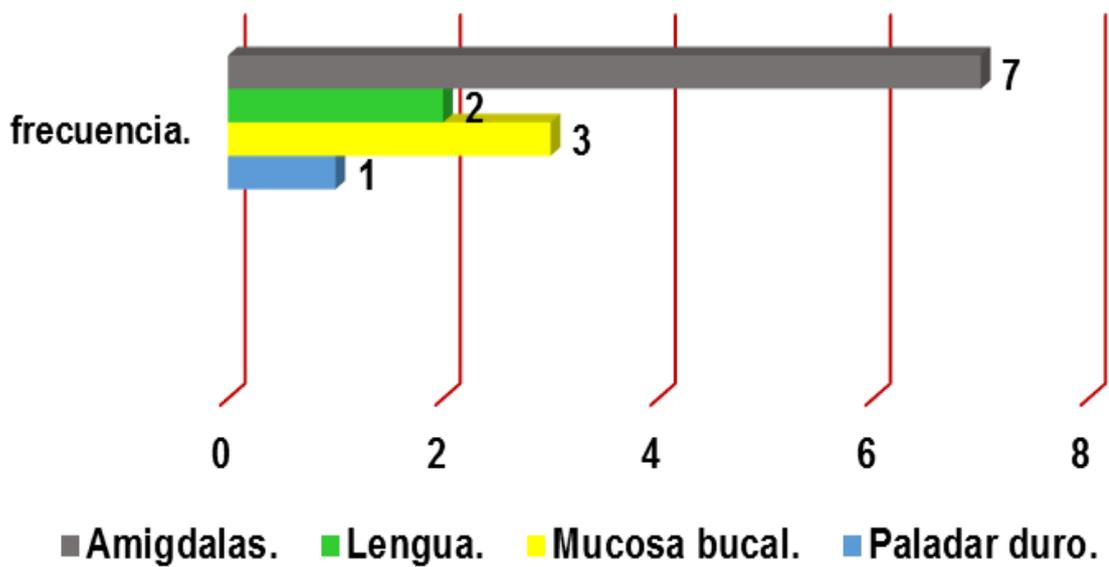
Fuente: Secundaria.

GRAFICO No 3.1. FRECUENCIA DE INFECCIONES BACTERIANAS ASOCIADAS AL VIH/SIDA+ EN PACIENTES DE LA CLINICA DEL VIH DEL HEODRA-LEON EN EL PERIODO DEL 2008-2012.



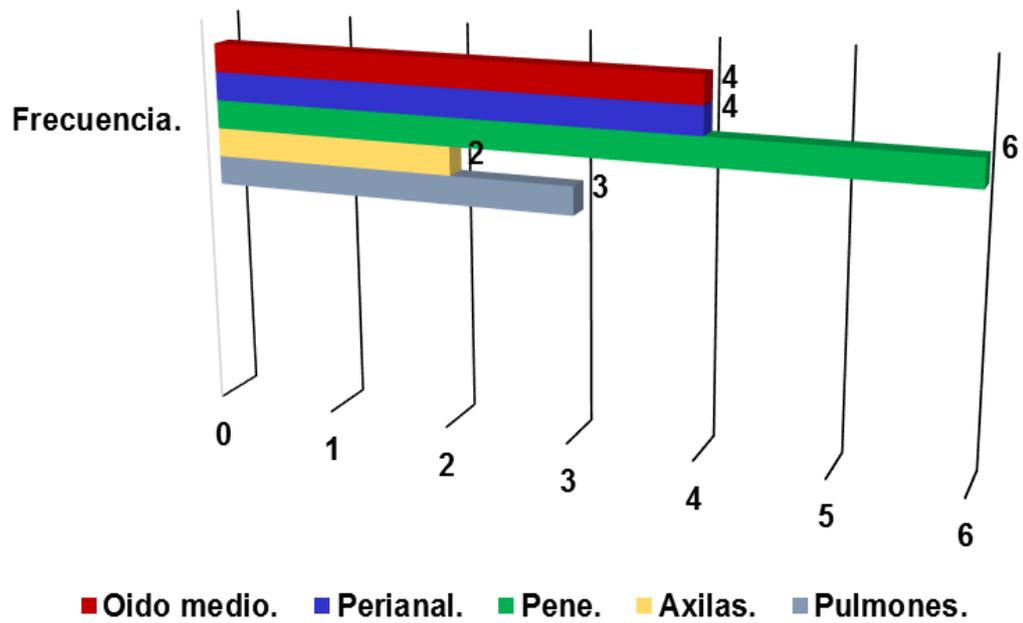
Fuente: Secundaria.

GRAFICO No 3.2. DISTRIBUCION CLINICA BUCAL DE LAS INFECCIONES BACTERIANAS ASOCIADAS AL VIH/SIDA+ EN PACIENTES DE LA CLINICA DEL VIH DEL HEODRA-LEON EN EL PERIODO DEL 2008 - 2012.



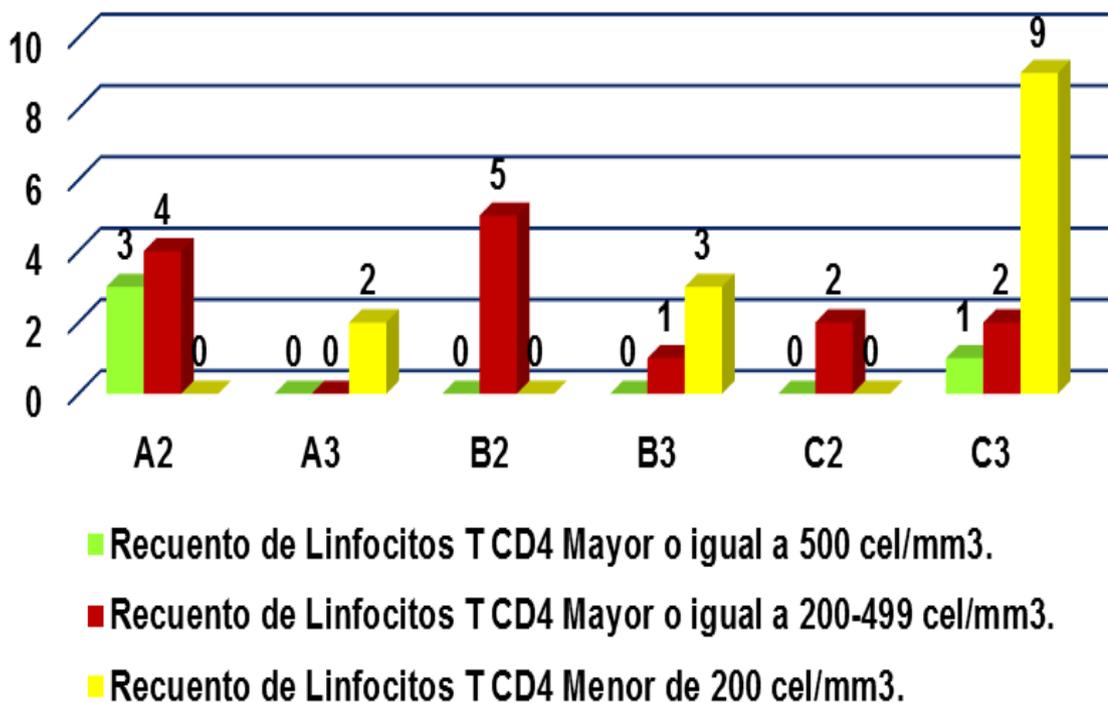
Fuente: Secundaria.

GRAFICO No 3.3. LOCALIZACION CLINICA EN PIEL Y TEJIDOS DE INFECCIONES BACTERIANAS ASOCIADAS AL VIH/SIDA+ EN PACIENTES DE LA CLINICA DEL VIH DEL HEODRA-LEON EN EL PERIODO DEL 2008 - 2012.



Fuente: Secundaria.

GRAFICO No. 4. PRESENCIA DE INFECCIONES BACTERIANAS EN LOS PACIENTES VIH/SIDA+ SEGUN RECUENTO DE LINFOCITOS T CD4+ Y CATEGORIA CDC. CLINICA DEL VIH+. HEODRA-LEON. PERIODO 2008-2012.



Fuente: Secundaria.