

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**“LESIONES ORALES MAS FRECUENTES EN PACIENTES  
NIÑOS Y PRE-ADOLESCENTES DE 0 A 13 AÑOS CON VIH /  
SIDA Y PROPUESTA DE PROGRAMA DE ATENCION. “**

POR:

ANA MARIA ALFARO FUENTES

CLAUDIA LETICIA BONILLA DIMAS

JEHISOL YASMIN HURTADO QUEZADA

EVELYN DEL CARMEN LOPEZ CRUZ

ANA MERCEDES LUNA SORTO

ASESOR:

DR. JULIO ANTONIO CAÑAS

CIUDAD UNIVERSITARIA, AGOSTO DE 2003

## INDICE

	Pàg.
Introducción	iii
Capítulo I	1
I. Determinación de los Elementos del Diagnóstico	2
1.1 Justificación	2
1.2 Objetivos	5
1.2.1 Objetivos Generales	5
1.2.2 Objetivos Específicos	5
1.3 Alcances y Limitaciones	7
1.3.1. Alcances	7
1.3.2 Limitaciones	9
1.4 Unidades de Análisis	9
1.5 Objeto de Transformación	9
1.6 Definición de Términos Básicos	9
1.7 Variables e Indicadores	11
Capítulo II	20
II. Marco de Referencia	21
2.1 Marco Histórico	21
2.2 Discusión Bibliográfica	26

Capítulo III	49
III. Metodología	50
3.1 Tipo de Investigación	50
3.2 Población	50
3.3. Muestra	50
3.4 Selección de los sujetos	51
3.5 Técnicas e Instrumentos	51
3.5.1 Técnicas	51
3.5.2 Instrumentos	52
3.6 Elaboración y Descripción de Instrumentos	52
3.7 Procedimiento de Recolección de los Datos	54
3.8 Proceso de Tabulación de los Datos	55
3.8.1 Revisión y Preparación de Instrumentos	55
3.8.2 Descripción de las Hojas Tabulares	55
3.8.3 Proceso de Vaciado de los Datos	57
3.9 Método de Análisis de Datos en la Presentación de los Resultados	57
Análisis e interpretación de los datos obtenidos en el diagnóstico	59
Propuesta de Programa de Atención	67
Bibliografía	79
Anexos	80

## INTRODUCCION

La presente investigación ha sido realizada con el objetivo de establecer cuales son las lesiones orales que afectan más frecuentemente a los niños que son atendidos en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y que padecen de infección por VIH/SIDA.

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en niños, se presenta de igual forma que en adultos, es una enfermedad progresiva con un desarrollo clínico que va desde una infección asintomática hasta una profunda inmunosupresión, con un resultado fatal.

Desde que el virus penetra en el organismo hasta el momento en que se presentan los signos y síntomas del síndrome pueden transcurrir varios años denominándose a este tiempo período de ventana, en el cual las personas son portadores del virus siendo capaces de transmitirlo por lo que los trabajadores de la salud deben estar alerta y usar barreras de protección para evitar la contaminación.

La gran ventaja y al mismo tiempo la responsabilidad que tienen los odontólogos, es que el primer signo de la infección se puede presentar en la cavidad oral. Siendo esta la oportunidad de detectar tempranamente al paciente infectado y

por ende ofrecer un manejo apropiado en su tratamiento y lo más importante, brindar un adecuado control de la infección.

Esta investigación consta de tres fases:

- I- Determinación de los elementos del diagnóstico.
- II- Marco de referencia.
- III- Metodología.

Además se presentan como anexos los instrumentos que se aplicaron a las unidades de análisis.

## **AGRADECIMIENTOS ESPECIALES**

**A:**

- Dios Todopoderoso, por habernos acompañado en cada instante de nuestra carrera y habernos permitido culminarla.
- Doctor Julio Antonio Cañas, por habernos guiado en la elaboración de la presente investigación.
- Doctora Ana Otilia de Trigueros y Licenciada Osma Isabel Rivas de Peralta, por darnos su apoyo, colaboración y parte de su tiempo durante la realización de nuestra investigación.
- Doctor Rodrigo Simàn Siri, por habernos permitido el acceso al Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
- Doctor Guillermo Castaneda y señorita Ligia Meléndez, por su colaboración durante el desarrollo de esta investigación en el Hospital Bloom.
- Mauro Alfaro, por su colaboración en la impresión de nuestra investigación.

**GRUPO INVESTIGADOR**

## **AGRADEZCO:**

- ◆ A Dios Todopoderoso, por haberme iluminado y estar conmigo en todo instante de mi vida.
  
- ◆ A mamá y papá, por el apoyo incondicional que me brindaron en cada momento de mi carrera.
  
- ◆ A mis hermanos, por brindarme su apoyo y compartir mis alegrías y tristezas.
  
- ◆ A mi hijo, por ser la razón de mi vida y por la fuerza que me dio para salir adelante.
  
- ◆ A mi hermana, por haberme apoyado en todo momento y compartir mis tristezas y alegrías.

**ANA MARIA ALFARO FUENTES.**

## **GRACIAS A:**

- ◆ Dios Todopoderoso y a María Auxiliadora, por estar conmigo en cada instante de mi vida.
  
- ◆ Mamà y papá, por todo su amor, por llevarme siempre en sus oraciones y por estar conmigo y apoyarme incondicionalmente en cada momento.
  
- ◆ Mis hermanas, por compartir mis sueños, alegrías y tristezas, por ser amigas y confidentes.
  
- ◆ Mi esposo, por compartir mis inquietudes y esperanzas y por ser parte de mi vida.
  
- ◆ Mi hijo, por ser la razón de mi existencia y la fuerza que me impulsa a seguir adelante.
  
- ◆ Infinitas gracias a todos ellos, porque es por ellos que ¡lo logré!

**CLAUDIA LETICIA BONILLA DIMAS.**



## **MIS MÁS SINCEROS AGRADECIMIENTOS:**

- ◆ A Dios Todopoderoso, por haberme guiado durante toda mi vida, por darme fortaleza para soportar los momentos difíciles y poder seguir adelante, y por haberme permitido culminar mi carrera.
  
- ◆ A mis hermanas y hermano, por estar ahí, conmigo, siempre que los necesité; y por darme su apoyo incondicional, porque sin ellos no habría podido alcanzar mi meta.
  
- ◆ A mi queridísimo padre (Q.D.D.G.), por sus consejos, por creer en mí, porque su recuerdo es mi inspiración para seguir adelante.
  
- ◆ A familiares y amigos, por apoyarme en los momentos difíciles y acompañarme en mis alegrías.

A todos ellos:

**MIL GRACIAS.**

**JEHISOL YASMIN HURTADO QUEZADA.**

## **AGRADEZCO:**

### ◆ A Dios Todopoderoso:

Que me ha dado toda la ayuda que he necesitado en el transcurso de mi carrera y en toda mi vida; porque nunca me desampara y ha estado conmigo en los momentos difíciles; por darme fortaleza, entendimiento y paciencia para llegar hasta donde he llegado.

Gracias Señor.

### ◆ A mi padre (Q.D.D.G.):

Porque él ha sido la inspiración por la cual he culminado mi carrera y esta investigación.

Gracias papito por tus sabios consejos que me sirvieron de mucho, tú me supiste guiar por el buen camino.

### ◆ A mis familiares y amigos:

Por estar conmigo en los momentos difíciles durante mi carrera y darme ánimos para seguir adelante.

**GRACIAS.**

**EVELYN DEL CARMEN LOPEZ CRUZ.**

**AGRADEZCO:**

- ◆ A Dios Todopoderoso, por iluminar mis pasos y permitirme alcanzar uno de mis mayores anhelos.
  
- ◆ A mis padres, por su amor y apoyo incondicional a lo largo de mi carrera.
  
- ◆ A mis hijas, por ser la razón de mi vida y por quienes me esforcé para culminar esta meta.
  
- ◆ A mi esposo y su familia, por incentivar me a seguir adelante en todo momento.
  
- ◆ A mis hermanos, por su amor y apoyo.

**ANA MERCEDES LUNA SORTO.**

# **CAPITULO I**

## **I. DETERMINACION DE LOS ELEMENTOS DEL DIAGNOSTICO.**

### **1.1 JUSTIFICACION**

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) ha generado un impacto en la salud de la población, elevando la tasa de mortalidad y disminuyendo la esperanza de vida.

*"De los 21.8 millones de personas que murieron de SIDA en el año 2000, 4.3 millones eran menores de 15 años. Alrededor de 600,000 niños contrajeron la enfermedad de alguno de sus progenitores en el año 2001. Hasta la fecha, más de 13 millones de niños han perdido uno o ambos progenitores a causa del SIDA. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones se produce entre los jóvenes".<sup>1</sup>*

Hoy en día los adolescentes de ambos sexos enfrentan un riesgo serio de infección por el VIH que a su vez causa el SIDA, la cual es una enfermedad crónica y en la mayoría de los casos es mortal.

La infección se puede prevenir a través del conocimiento acerca del VIH, los padres deben instruir a sus hijos y cooperar con las escuelas, iglesias, grupos juveniles y profesionales de la salud para asegurarse que tanto niños como adolescentes reciben instrucción acerca del sexo y sobre la prevención del abuso de drogas endovenosas, para que tomen conciencia sobre el riesgo de adquirir el VIH y

---

<sup>1</sup> Bajado de Internet: [www.uniceflac.org](http://www.uniceflac.org)

de la importancia que tiene la prevención para evitar el contagio. La forma en que los niños adquieren la enfermedad es a través de sus madres y por lo general el SIDA afecta a toda la familia, socialmente requiere de una atención multidisciplinaria que es difícil llevar a cabo. Frecuentemente los niños quedan huérfanos a temprana edad por el fallecimiento de uno o ambos padres, creando otra situación muy difícil de solucionar al no tener estos niños suficiente apoyo que satisfaga sus necesidades médicas, sociales y psicológicas. Algunos cuentan con el apoyo de algún familiar o tienen la oportunidad de ser recibidos en las pocas instituciones de atención, las cuales no cuentan con un presupuesto adecuado para cubrir dichas necesidades.

Una manera de disminuir el riesgo de niños infectados con SIDA es a través del tratamiento preventivo en las mujeres embarazadas e infectadas, con lo cual se puede lograr reducir el riesgo de transmisión perinatal. Muchos de estos beneficios no llegan a la mayoría por lo costoso de los mismos.

Los niños con VIH/SIDA pueden llegar a vivir muchos años, siendo susceptibles de contraer muchas infecciones, incluyendo en la cavidad bucal que es uno de los sitios donde primeramente se manifiestan las enfermedades oportunistas causadas por el VIH.

La mayoría de las personas con VIH/SIDA presentan alguna lesión en la cavidad bucal por lo que es necesario revisar la boca siempre que se haga una consulta clínica en este tipo de pacientes. En los niños es de vital importancia identificar cualquier lesión lo más pronto posible para llevar a cabo un tratamiento

adecuado e idóneo para mejorar y prolongar su calidad de vida.

En la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador (FOUES) se han realizado varios estudios en personas con VIH/SIDA, pero no específicamente en niños, por lo que se pretende, a través de esta investigación, conocer cuáles son las lesiones orales que se presentan en los niños con SIDA tomándose como parámetro los niños atendidos en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, siendo una población de 150 niños atendidos en dicha institución, entre las edades de 0 a 13 años.

Se ha observado que en los centros de salud odontológica que existen en el país, refiriéndose en este caso al Hospital Bloom y la FOUES, no ofrecen ningún tipo de programa de atención específica para niños con VIH, por lo que se propone un programa de atención que pueda servirle a la FOUES en un futuro para crear un servicio especial para dicha población que a la vez beneficiaría con un conocimiento científico y práctico a los estudiantes de dicha facultad, ya que en la actualidad cuentan con algunos conocimientos teóricos sobre el VIH/SIDA, pero no así la práctica y el trato que se debe dar a este tipo de pacientes que es parte de la realidad con la que se deben enfrentar diariamente los profesionales de la salud, además de que las personas infectadas con esta enfermedad tienen todo el derecho de ser atendidas como cualquier otro paciente de la manera más correcta y con la mayor responsabilidad que sea posible, así el estudiante perderá el temor al encontrarse en la situación de atender a un paciente, especialmente cuando es un niño el que solicita

sus servicios.

El presente estudio servirá además como fuente de consulta sobre la problemática investigada y como apoyo bibliográfico para estudiantes, profesionales y familiares de los niños, que desean indagar y aumentar sus conocimientos sobre el VIH/SIDA en niños y la importancia que tiene el prevenir el apareamiento de lesiones orales oportunistas, tomando en cuenta que éste es el mejor tratamiento que puede darse a nivel de salud bucal; en los niños VIH positivo se vuelve esencial, ya que por su mismo estado deprimido, no se les puede arriesgar sometiéndoles a tratamientos restauradores o quirúrgicos agresivos.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVOS GENERALES:**

- ◆ Identificar las diferentes lesiones y su prevalencia en la cavidad bucal en los niños con VIH/SIDA.
- ◆ Elaborar una propuesta de programa de atención en salud oral en niños con VIH/SIDA.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ◆ Identificar las lesiones orales en niños con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom..



- ◆ Determinar las características de las lesiones orales presentes en los niños con VIH/SIDA.

### **1.3 ALCANCES Y LIMITACIONES**

#### **1.3.1 ALCANCES**

- ◆ **Nivel de Cobertura:**

La población en estudio está compuesta por 150 pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, tanto internos como ambulatorios, durante el período de febrero – mayo de 2003.

- ◆ **Nivel de Profundidad:**

La presente investigación es un estudio diagnóstico o descriptivo, ya que se midieron de manera independiente las variables a las que se refiere el estudio y permitió conocer las lesiones orales en los niños con VIH/SIDA.

- ◆ **Empírico:**

El programa de prevención que se propone, podrá ser empleado por cualquier institución que brinde atención odontológica, ya que fue elaborado con el propósito de mejorar y prolongar la calidad de vida de los niños con VIH/ SIDA.

- ◆ **Teóricos:**

\* Según Deborah Greenspan, en su libro El SIDA en la cavidad bucal, se ha comprobado que desde que se presentaron los primeros casos de SIDA en 1981, las manifestaciones bucales de la enfermedad son signos constantes y/o prodrómicos de la enfermedad.<sup>2</sup>

\* Según el protocolo de personas infectadas con VIH/SIDA del MSPAS, dicho protocolo es general para todas las enfermedades el cual dice que los cuadros infecciosos son de rápida evolución en las personas infectadas por el VIH, por lo que el diagnóstico precoz es clave.

- La cavidad bucal es uno de los sitios donde primero se pueden localizar ciertas enfermedades oportunistas por lo que realizar un examen clínico bucal en todo paciente con VIH es de vital importancia para reconocer las lesiones a tiempo y darles tratamiento oportuno.<sup>3</sup>

◆ **Extrapolación:**

Los datos estadísticos que se obtuvieron a través de esta investigación no se podrán extrapolar o generalizar, ya que éstos se obtuvieron específicamente en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, pero no se limitará su aspecto teórico y bibliográfico, para que más adelante se pueda tomar como guía lo planteado, estudiar otra población, ampliar los conocimientos y los datos del estudio, dándole continuidad al mismo.

---

<sup>2</sup> Deborah Greenspan, El SIDA en la cavidad bucal, p 46.

<sup>3</sup> Protocolo de personas infectadas VIH/SIDA, MSPAS, p. 96.

### **1.3.2 LIMITACIONES**

En el desarrollo de la investigación las limitaciones encontradas fueron las siguientes:

- El acceso restringido a los expedientes médicos de cada paciente, lo que no permitió clasificar las patologías que presentaban los niños de acuerdo a las categorías clínicas de la infección pediátrica por VIH.
- El paso de instrumentos llevo más tiempo de lo previsto debido al horario y días de atención establecidos por las autoridades encargadas del área, los cuales fueron martes y miércoles de 7 am a 9 am.

### **1.4 UNIDADES DE ANÁLISIS**

150 pacientes niños con VIH/SIDA.

### **1.5 OBJETO DE TRANSFORMACIÓN**

El problema en estudio son las lesiones orales en los pacientes niños con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

### **1.6 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS**

- 1. Aftas:** Ulceras redondas u ovaladas con centro gris rodeado por un halo eritematoso.
- 2. Candidiasis pseudomembranosa:** Infección producida por hongos, generalmente *Candida albicans*, que se observa clínicamente como puntos o

placas elevadas de color amarillento o blanquesino, que parecen motas de algodón.

**3. Carga Viral:** Número de copias del virus de inmunodeficiencia humana por mililitro de sangre.

**4. Eritema:** Enrojecimiento de la piel o las membranas mucosas.

**5. Erosión:** Desprendimiento gradual de la superficie de un tejido.

**6. Glandula Parótida:** Glandula salival de gran tamaño ubicada a ambos lados de la cara justamente por debajo y por delante del oído externo.

**7. Gingivitis:** Inflamación de la encía.

**8. Herpes simple:** Es una infección que se produce por el virus del herpes simple, se observa con pequeñas ampollas de líquido viscoso a veces dolorosas que aparecen en la piel y en las membranas mucosas.

**9. Hipertrofia:** Agrandamiento de células que producen un incremento en el tamaño del órgano del que forman parte.

**10. Infección:** Penetración y desarrollo de organismos patógenos en los tejidos de un huésped.

**11. Incidencia:** Número de veces que sucede un hecho.

**12. Lesión:** Cualquier daño causado por lesión o traumatismo

**13. Neoplasia:** Crecimiento anormal de un tejido nuevo, benigno o maligno.

**14. Nudo:** Pequeña masa redondeada

**15. Nodulo:** Estructura de pequeño tamaño semejante a un nodo.

- 16. Periodontitis:** Inflamación de los tejidos que sostienen a los dientes, es decir el ligamento periodontal, las encías y hueso alveolar.
- 17. Placa:** Lesión plana elevada que se localiza en piel o en un órgano.
- 18. Prevalencia:** Número de casos nuevos de una enfermedad o de veces que ha aparecido un caso durante un periodo de tiempo determinado.
- 19. Queilitis:** Agrietamiento de las comisuras labiales.
- 20. Seropositivo:** Persona portadora del virus de Inmunodeficiencia Humana.
- 21. SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- 22. Ulcera:** Pérdida de la continuidad de una superficie cutánea o mucosa.
- 23. Xerostomía:** Disminución del flujo salival produciendo resequedad en la cavidad bucal.

## 1.7 VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	INDICADORES
<b>a. Infecciones micóticas</b>	
a.1. Candidiasis	a.1.1. Aspecto: placa ligeramente elevada.
pseudomembranosa o	a.1.2. Color: blanco.
algodoncillo.	a.1.3. Consistencia: blanda
	a.1.4. Se desprende con facilidad
	a.1.5. Indolora o poco sensible

1.1.6. Localización: lengua, paladar, encía  
y piso de la boca.

a.2. Candidiasis hiperplásica.

a.2.1. Aspecto: placas

a.2.2. Color: Blanco

a.2.3. Consistencia: firme

a.2.4. No se puede desprender de la  
mucosa bucal.

a.2.5. Localización: labios, lengua y  
carrillos.

a.3. Candidiasis atrófica o  
eritematosa.

a.3.1. Aspecto: manchas

a.3.2. Color: rojo

a.3.3. Localización: paladar duro, paladar  
blando y dorso de la lengua.

a.4. Queilitis angular

a.4.1. Aspecto: inflamación, erosión,  
ulceración o fisuramiento de  
comisuras labiales.

a.4.2. Color: rojo brillante

a.4.3. Consistencia: costrosa con exudado

amarillento.

a.4.4. Dolor

a.4.5. Ardor

a.4.6. Localización: comisuras labiales

(uni o bilateral).

a.5. Criptococosis

a.5.1. Aspecto: lesión verrugosa, puede producir necrosis y nódulos descamados.

a.5.2. Color: violeta oscuro.

a.5.3. Consistencia: indurada.

a.5.4. Localización: borde de la lengua, paladar duro y maxilar superior.

a.6. Histoplasmosis

a.6.1. Aspecto: úlceras induradas, lesiones nodulares o masas granulares, pueden acompañarse de áreas maculares purpúricas.

a.6.2. Color: grisáceo

a.6.3. Localización: piso de la boca, lengua y paladar.

## **b. Neoplasias.**

- b.1. Sarcoma de Kaposi
  - b.1.1. Aspecto: máculas o nódulos.
  - b.1.2. Color: rojo azulado, púrpura o pardo.
  - b.1.3. Indoloro o doloroso si se ulcera.
  - b.1.4. Localización: paladar, encía, lengua, nasofaringe.
- b.2. Linforma no-Hodgkin
  - b.2.1. Aspecto: abultamiento (no ulcerado o ulcerado necrótico).
  - b.2.2. Color: normal del tejido donde se presente, eritematoso.
  - b.2.3. Puede ser doloroso.
  - b.2.4. Olor: fétido (estado necrótico).
  - b.2.5. Ocasionalmente parestesia de nervio mentoniano.
  - b.2.6. Localización: paladar duro.

## **c. Infecciones Bacterianas**

- c.1. Enfermedades periodontales.
  - c.1.1. Gingivitis asociada al VIH.
    - c.1.1.1. Aspecto: Inflamación del margen gingival libre, puede acompañarse



de inflamación difusa en encía adherida.

c.1.1.2. Consistencia: edematosa.

c.1.1.3. Color: Eritema del margen gingival y salpicadas en encía adherida.

c.1.1.4. Dolor.

c.1.1.5. Hemorragia provocada o espontánea.

c.1.2. Periodontitis asociada al VIH.

c.1.2.1. Aspecto: Inflamación y eritema de encía.

c.1.2.2. Exposición de hueso alveolar.

c.1.2.3. Movilidad dental.

c.1.2.4. Dolor.

c.1.3. Gingivitis ulcerosa necrosante aguda (GUNA).

c.1.3.1. Aspecto: depresiones socavadas crateriformes en cresta de encía interdental cubierta por una pseudo membrana.

c.1.3.2. Color: Pseudo membrana gris y

enrojecimiento de la encía  
marginal.

c.1.3.3. Aumento de la salivación.

c.1.3.4. Aliento fétido

c.1.3.5. Hemorragia gingival provocada o  
espontánea.

c.1.3.6. Dolor constante o irradiado.

c.1.3.7. Sabor fétido-metálico.

c.1.3.8. Puede ser localizado o  
generalizado

c.1.3.9. Tumefacción y dolor de ganglios  
linfáticos.

c.1.3.10. Temperatura.

## c.2. Aftas

c.2.1. Aspecto: úlceras superficiales,  
puede haber necrosis.

c.2.2. Forma: Ovalada o redonda

c.2.3. Color: Blanco o rojo

c.2.4. Dolorosa.

c.2.5. Localización: labios, carrillos,  
lengua, piso de la boca y paladar  
blando.

**d. Infecciones Virales.**

d.1. Herpes simple

d.1.1. Aspecto: grupo de vesículas que pueden ulcerarse, se cubre de costra.

d.1.2. Dolor

d.1.3. Sensible al tacto, comidas condimentadas y cambios térmicos.

d.1.4. Cultivo.

d.1.5. Localización: paladar, labios y áreas alrededor de la boca.

d.2. Herpes Zoster

d.2.1. Aspecto: Vesículas

d.2.2. Doloroso.

d.2.3. Parálisis facial

d.2.4. Puede haber dolor del meato auditivo externo y pabellón de la oreja.

d.2.5. Localización: Úvula, lengua, faringe y laringe.

d.3. Lesiones causadas por

virus Epstein-Barr.

d.3.1. Leucoplasia vellosa d.3.1.1. Aspecto: mancha ondulada, con  
superficie arrugada o peluda.

d.3.1.2. Color: blanco

d.3.1.3. Asintomático o molestia leve..

d.3.1.4. Localización: bordes laterales de  
la lengua, piso de la boca, mucosa  
de los carrillos, bucofaringe y  
paladar blando.

d.4. Lesiones causadas por

papiloma virus.

d.4.1. Condiloma d.4.1.1. Aspecto: Masa bulbosa  
acuminatus o verruga papilomatosa y/o nódulos  
venérea. pequeños múltiples, pedunculado,  
circunscrito y sésil.

d.4.1.2. Color: Rosa o blanco

d.4.1.3. Localización: labios, lengua, encía  
y paladar.

- d.4.2. Hiperplasia epitelial focal.
- d.4.2.1. Aspecto: Nódulos múltiples, sésil (1.4 mm de diámetro).
- d.4.2.2. Color normal de la mucosa que lo rodea.
- d.4.2.3. Consistencia blanca.
- d.4.2.4. Indolora
- d.4.2.5. Localización: labios, comisuras y lengua.

#### **e.Otras lesiones**

- e.1 Agrandamiento de Glándulas parótidas.
- e.1.1 Abultamiento ubicado entre el oído y la rama ascendente de la mandíbula.
- e.1.2 Unilateral o bilateral.
- e.2 Xerostomía
- e.2.1 Agrietamiento de labios.
- e.2.2 Fisuración de comisuras labiales.
- e.2.3 Resequedad de la boca

# **CAPITULO II**

## II. MARCO DE REFERENCIA.

### 2.1 MARCO HISTORICO

El primer informe oficial de la enfermedad que hoy se conoce como Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), se hizo público el 5 de junio de 1981<sup>4</sup> en la revista “Reporte Semanal de Morbilidad y Mortalidad” del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, E.U., y consistió en el reporte de cinco hombres jóvenes homosexuales afectados por una rara forma de neumonía por *Pneumocistis Carinii*, admitidos en mayo de 1981.<sup>5</sup>

Lo cierto es que la propagación del SIDA ya ha afectado a millones de personas a nivel mundial, según las estadísticas, la epidemia actualmente representa un gran desafío en materia de desarrollo para la humanidad, y se ha comprobado por medio de ellas que a quienes más está afectando es a los jóvenes ya que *“de los 21.8 millones de personas que murieron de SIDA en el año 2000, 4.3 millones eran menores de 15 años”*.<sup>6</sup>

Se debe mencionar tentativamente, que para los próximos años este problema irá en incremento, si no se toman las medidas de prevención necesarias.

*“Alrededor de 600,000 niños contraerán la enfermedad de alguno de sus progenitores en el año 2001.*

---

<sup>4</sup> Deborah Greenspan. El sida en la cavidad bucal. Pag 7.

<sup>5</sup> Ibid

<sup>6</sup> [www.uniceflac.org/espanol/salvador/reporte2.htm](http://www.uniceflac.org/espanol/salvador/reporte2.htm)

*Hasta la fecha más de 13 millones de niños han perdido a uno o ambos progenitores a causa del SIDA. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones se producen entre los jóvenes”.*<sup>7</sup>

Las siguientes estadísticas representan las proporciones estimadas de niños menores de 15 años a nivel mundial con VIH/SIDA, según cálculos de finales del año 2000, éstas están tomadas de datos de la UNICEF.

América del Norte:	11,000 niños
El Caribe:	11,000 niños
América Latina:	30,000 niños
Europa Occidental:	4,100 niños
Europa Central:	15,000 niños
Asia Central:	15,000 niños
África del Norte y Medio Oriente:	16,000 niños
Asia del Sur y Sudoriental :	210,000 niños
Asia Oriental y Pacífico:	7,200 niños
Australia y Nueva Zelanda:	< 200 niños

Estas estimaciones dadas según los casos que se han informado sobre SIDA en los continentes y los números de casos reportados representan solo una parte del total, dado que en algunas naciones los sistemas de detección e investigación de niños con SIDA en los países donde se reporta una incidencia menor son poco

---

<sup>7</sup> Ibid.



adecuados, como en Asia por ejemplo, hay razones culturales que lo explican, son los que tienen mejores sistemas de reportes y mayores posibilidades de controlar la enfermedad.

En El Salvador el primer caso de SIDA se diagnosticó en el Hospital Nacional Rosales en el año de 1984 en un paciente de 32 años, sexo masculino, homosexual, de ocupación comerciante, originario de San Salvador, que residió por 3 años en Los Ángeles, California, consultó en dicho hospital pero no asistió a sus controles siguientes, el 25 de octubre de 1985 fue ingresado nuevamente con signos y síntomas clínicos que hacía sospechar el padecimiento de leucemia aguda, tuberculosis ganglionar o SIDA, confirmándosele este último diagnóstico.

Desde entonces el SIDA ha ido en aumento, si bien hay casi 3,000 salvadoreños con SIDA, la organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que hay un promedio de 10 salvadoreños infectados por cada caso de VIH reconocido.

*“El Ministerio de Salud de El Salvador ha confirmado 5,400 casos de SIDA en el país desde 1984, de estos casos, 145 son niños y otros 157 niños son VIH+. La mayoría de los menores con SIDA tienen entre 15 y 19 años, así que pudieron ser infectados entre las edades de 9 y 14 años, casi todos los niños quedaron infectados como resultado de abusos sexuales”.*<sup>8</sup>

Los niños tampoco escapan a estas desalentadoras cifras; desde que apareció el

---

<sup>8</sup> [www.angelfire.com/il/cemujer/page54.htm](http://www.angelfire.com/il/cemujer/page54.htm)

primer caso que fue reportado en el año de 1982 en Estados Unidos y el primer caso de transmisión post-transfucional en niños en 1983,<sup>9</sup> el incremento en el número de casos es preocupante.

En el Salvador el primer caso fue reconocido en 1986; en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y se reportó hasta el año de 1992, desde entonces al menos unos 150 infantes menores de cinco años han resultado con VIH en dicho centro asistencial.

La cartera de estado registra desde 1984 a diciembre de 2001 los siguientes datos:

Número de casos de SIDA según grupos de edad:

Menores de 1 año de edad	173 casos
1-4 años	102 casos
5-14 años	42 casos

Niños y niñas VIH (+) según edad y sexo de 1991 a diciembre de 2001:

	Menor 1 a	1-2 años	3-4 años	5-7 años	8-12 años
Niños	214	32	10	9	3
Niñas	216	40	13	13	9

<sup>9</sup> Revista Pediátrica Salvadoreña, Dic 2000, p 14

SIDA en niños y niñas según grupos de edad y procedencia de 1991 a  
diciembre de 2001:

	Menor 1 a	1-2 años	3-4 años	5-7 años	8-12 años
Urbano	132	61	31	16	76
Rural	39	20	14	10	35

Según un estudio realizado por el Dr. Héctor Antonio Hernández y colaboradores en el Hospital Bloom y que fue publicado en la Revista Pediátrica Salvadoreña en diciembre de 2000, menciona lo siguiente sobre los casos reportados provenientes de diferentes zonas de El Salvador a ese hospital:

*“La mayoría de los casos provinieron de la zona urbana 144 casos (77 %), siendo los departamentos con mayor incidencia de casos de SIDA: San Salvador (92 casos), La Libertad (17 casos), Sonsonate (7 casos), y Santa Ana (6 casos).*

*La principal vía de transmisión fue la vertical (madre a hijo) (88.5 %), se identificaron dos casos de transmisión post-transfucional; en 15 casos la vía de transmisión no quedó plenamente identificada; sin embargo, dos casos muy posiblemente son de origen post-transfucional”.*

Analizando todas las estadísticas y según el comportamiento que ha seguido el SIDA, desde su aparición en el mundo, se considera que se deben realizar muchos esfuerzos para encaminar su control a través de la prevención aunque esto representa un reto para la salud pública a nivel nacional y mundial, se hace estrictamente necesario, ya que no existe hasta la fecha un medicamento que ataque definitivamente al virus, si no, solamente tratamiento para retrasar las consecuencias fatales del síndrome.

## **2.2 DISCUSIÓN BIBLIOGRAFICA**

El SIDA es la fase tardía de la infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) el cual va destruyendo lentamente el sistema inmunológico de una persona que se encuentra indefensa frente a las demás infecciones y algunos tipos de cáncer.

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, en donde existen tres subgrupos:

1. Oncovirus: producen tumores malignos en hombres, tales como linfomas y leucemias; y en animales producen sarcomas y carcinomas.
2. Espumavirus: no está asociado aún a patologías.
3. Lentivirus: originan patologías degenerativas de evolución prolongada en animales y hombres.

La anatomía del VIH en general es dada por una envoltura externa y una cápsula interna que envuelve al contenido genético del virus (nucleoide). La envoltura externa está formada por una bicapa lípida que contiene dos glucoproteínas, la gp120 y gp41. Por debajo de esta envoltura externa se encuentra la cápsula que envuelve al nucleoide la cual está formada principalmente por proteínas p17, p18 y p24. En el nucleoide viral se encuentra el ARN en forma helicoidal y la transcriptasa inversa, una vez que el VIH penetra en el organismo localiza a las células blanco, se descapsula y la infecta dirigiéndose hacia el núcleo celular. Ya que está en contacto con éste, por medio de la transcriptasa inversa, el ARN helicoidal se

convierte en ADN lineal y forma un provirus antes de integrarse al ADN celular. Cuando el ADN viral se une y combina con ADN celular, el virus comienza su reproducción intracelular obligada. Esta reproducción es un proceso acelerado al principio y después se vuelve latente; debido a la reproducción viral acelerada en un principio de la infección se producen anticuerpos contra los linfocitos T4 o célula infectada. Es tal la reproducción viral en el paciente que éste es totalmente capaz de transmitir el virus.

### **TRANSMISIÓN DEL VIRUS.**

En cuanto a la transmisión del virus de una persona a otra se refiere, se ha comprobado que se requiere de el contacto con líquidos corporales que contengan células o plasma infectados ya que el VIH puede estar presente en cualquier líquido o exudado, en especial sangre, semen, secreciones vaginales, la leche materna y la saliva; sin embargo, no en todos ellos alcanza los niveles de infección necesarios, por lo que se han identificado varias formas de transmisión, entre las cuales están:

- ◆ Por la sangre:
  - \* Drogadictos endovenosos
  - \* Transfusiones
  - \* Exposición por punción con instrumentos contaminados
- ◆ De la madre seropositiva al hijo (transmisión vertical)
- ◆ Relaciones sexuales:
  - \* Oral
  - \* Vaginal
  - \* Anal

## **VIH Y SIDA EN NIÑOS.**

La mayoría de las infecciones en los niños se producen verticalmente, es decir, que pasan de la madre al hijo a través de 3 vías fundamentales:

### **1. Transmisión prenatal:**

Es cuando el VIH atraviesa la placenta e infecta al feto, lo cual puede suceder a partir de la octava semana de gestación; sin embargo, es más frecuente que esto ocurra en los últimos 60 días del embarazo.

### **2. Transmisión perinatal :**

En donde el recién nacido es infectado al final de la gestación y en el parto, al parecer a través de las secreciones vaginales o de la sangre de la madre infectada que asciende debido a las contracciones uterinas durante el parto.

### **3. Transmisión postnatal:**

El VIH es capaz de excretarse a través de la leche materna e infectar al niño.

No se sabe de ningún caso en que el niño infectado con VIH le haya transmitido el virus a otro niño en el transcurso de las actividades escolares.

## **FACTORES IMPLICADOS EN LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE LA INFECCIÓN POR VIH.**

No todos los hijos de madres VIH+ nacen infectados ya que en la transmisión vertical influyen diversos factores, entre los más importantes están:

1. No haber recibido profilaxis durante el embarazo con Zidovudina.
2. Ciertos factores maternos como:
  - \* El estadio avanzado de la enfermedad
  - \* Infección materna avanzada aguda o reciente
  - \* Si existen co-infecciones virales y enfermedades de transmisión sexual
  - \* El uso de drogas como heroína y cocaína después del primer trimestre
  - \* Promiscuidad sexual después del primer trimestre
  - \* Si sufre déficit de vitamina A
  - \* Si el tipo de parto es vaginal
3. Factores virales:
  - \* Si la carga viral materna es elevada
4. Factores feto-placentarios:
  - \* Como es el caso del primer gemelo/a, menor de 35 semanas y bajo peso
  - \* Actuaciones invasivas en el parto

## 5. Factores inmunológicos:

- \* Valores bajos de CD4 maternos
- \* Ausencia de anticuerpos neutralizantes

## 6. Lactancia materna

Además del virus, la madre le trasmite los anticuerpos anti-VIH al niño por lo cual los menores de 18 meses pueden tener aún anticuerpos maternos y no ser portadores del virus. Después de esa edad persisten los anticuerpos, que son producidos por el niño ya que los maternos desaparecen a esa edad.

Dada la importancia de saber lo antes posible si un recién nacido está infectado, se han buscado diversos medios que permiten el diagnóstico de infección por VIH antes de los 18 meses de edad.

Los exámenes de diagnóstico en los niños pueden ser:

- ◆ Exámenes indirectos (basados en la detección de anticuerpos anti-VIH):
  - \* Elisa ( ensayo inmunológico enzimático)
  - \* Western Blot (inmunolectro transferencia)
- ◆ Exámenes directos:
  - \* Cultivo viral
  - \* PCR (reacción en cadena polimerasa)
  - \* Carga viral

En los niños menores de 18 meses que no presentan ningún síntoma de infección pero que son hijos de madres infectadas no se puede establecer el diagnóstico por métodos indirectos por lo que se debe recurrir a exámenes directos,



además se pueden utilizar las mismas pruebas que en los adultos, es decir, Elisa y Western Blot.

Se considera que un niño no está infectado por el VIH si los anticuerpos positivos contra el virus empiezan a ser negativos después de los 6 meses de edad y no presentan ninguna evidencia clínica y/o de laboratorio de infección; sin embargo, se considera que un niño está infectado si después de 18 meses se repite la prueba para detección de anticuerpos y resulta reactiva.

### **CATEGORÍAS CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN PEDIÁTRICA POR VIH.**

Las categorías clínicas definidas por el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés) para la infección pediátrica por el VIH, son las siguientes:

#### **Categoría N (asintomático):**

Aquí se encuentran los niños que no presentan signos ni síntomas de infección por VIH o que manifiestan solo una de las condiciones que se mencionan en la categoría A.

#### **Categoría A (síntomas leves):**

En esta categoría se incluyen los niños que presentan 2 ó más de las condiciones que se enumeran a continuación:

- ◆ Linfadenopatías menores de 0.5 cm en más de dos sitios o bilateral si es en un sitio.
- ◆ Hepatomegalia (aumento del tamaño del hígado)
- ◆ Esplenomegalia (aumento del tamaño del bazo)
- ◆ Dermatitis
- ◆ Parotiditis
- ◆ Infecciones de vías respiratorias altas recurrentes o persistentes
- ◆ Sinusitis u otitis media

**Categoría B (síntomas moderados):**

Niños que presentan manifestaciones clínicas diferentes a las de las categorías

A y C:

- ◆ Anemia (< 8 gr/dl), neutropenia (< 1000/mm<sup>3</sup>), trombocitopenia (<100,000/mm<sup>3</sup>) que persisten por más de 1 mes.
- ◆ Meningitis, neumonía o septicemia bacteriana (que se presente un solo episodio).
- ◆ Candidiasis orofaríngea que persiste por más de 2 meses en niños mayores de 6 meses.
- ◆ Cardiomiopatía.
- ◆ Infección por citomegalovirus que inicialmente se da durante el primer mes de vida.
- ◆ Diarrea recurrente o crónica.

- ◆ Hepatitis.
- ◆ Estomatitis por virus del herpes simple recurrente (se presentan más de 2 episodios en un año).
- ◆ Bronquitis, neumonitis o esofagitis que se presentan durante el primer mes de vida.
- ◆ Herpes zoster que afecta en 2 episodios distintos en más de un dermatoma (raíz nerviosa).
- ◆ Tumor de músculo liso (leiomioma).
- ◆ Neumonitis intersticial linfocítica o hiperplásica pulmonar linfocítica.
- ◆ Nefropatía.
- ◆ Fiebre persistente por más de un mes.
- ◆ Toxoplasmosis con inicio antes del mes de vida.
- ◆ Varicela diseminada.

**Categoría C (síntomas graves):**

Se incluyen niños con infecciones bacterianas múltiples o recurrentes, tales como:

- ◆ Enfermedad por citomegalovirus que inicia síntomas después del mes de vida (en sitios diferentes al hígado, bazo y ganglios linfáticos).
- ◆ Coccidioidomicosis diseminada.
- ◆ Criptococosis extrapulmonar.
- ◆ Criptosporidiosis o isosporiasis con diarrea por más de 1 mes.

- ◆ Encefalopatía asociada a hallazgos progresivos presentes por dos meses en ausencia de otras enfermedades concurrentes que podrían ser los hallazgos de infección por VIH:

- \* Falta en la atención o pérdida de los aspectos principales del desarrollo o pérdida de la habilidad intelectual.
- \* Inapropiado crecimiento cerebral o microcefalia adquirida.
- \* Déficit motor adquirido sistémico.
- \* Infecciones por virus del herpes simple que producen úlceras que persisten por más de un mes o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración que afecta a un niño mayor de un mes de edad.

- ◆ Histoplasmosis diseminada.
- ◆ Sarcoma de kaposi.
- ◆ Linfoma primario de cerebro.
- ◆ Neumonía por *Pneumocystis carinii*.
- ◆ Leucoplasia multifocal progresiva.
- ◆ Toxoplasmosis cerebral que inicia después de 1 mes de edad.
- ◆ Síndrome de “consumo” en ausencia de otras enfermedades concurrentes distintas de la infección por VIH que pueden incluir los siguientes hallazgos:

- \* Pérdida de peso persistente de más de 10% DES PESO BASI.
- \* Pérdida De peso por lo menos 2 percentiles para la edad en

niños de un año o mayor.

- \* Diarrea crónica con dos deposiciones al día por 30 días o más.
- \* Fiebre documentada por 30 días o más, intermitente o constante.

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN POR VIH.**

La historia natural de la infección por VIH en niños tiene, en relación al adulto, un curso rápidamente progresivo con un corto período de incubación, que pueden ser justificados por la inmadurez del sistema inmune del recién nacido y lactante.

*Un 25% de los bebés que nacen de madres infectadas desarrollan la enfermedad de VIH, muchos de estos niños mueren antes de llegar al año o a los 2 años de edad y aunque algunos viven por años su desarrollo se atrasa y contraen muchas infecciones.<sup>10</sup>*

La infección se desarrolla de 2 formas:

### **1. Forma de comienzo precoz:**

En el 20% de los niños infectados, las manifestaciones clínicas de la enfermedad aparecen durante los primeros meses de la vida y el diagnóstico de SIDA se realiza generalmente a los 12 meses de edad. Las manifestaciones clínicas

---

<sup>10</sup> OPS. La Salud Bucodental. Repercusión del VIH/SIDA en la Práctica Odontológica, p 23 y 24

habituales suelen ser:

- ◆ Encefalopatía.
- ◆ Neumonía por *Pneumocystis carinii*.
- ◆ Infecciones bacterianas graves.
- ◆ Retraso de peso y talla por VIH.

Estos niños fallecen antes de los 3 años de edad.

## **2. Forma de comienzo lentamente progresivo:**

El 80% de los niños infectados por vía vertical comienzan más tarde con los síntomas, los cuales son menos agresivos que en el adulto, el pronóstico está determinado por el desarrollo de infecciones oportunistas.

Existen algunas manifestaciones clínicas características de la infección por VIH en la infancia que se diferencian de las del adulto, por lo que deben mencionarse:

- ◆ Manifestaciones inespecíficas:
  - \* Ganglios aumentados.
  - \* Hepatomegalia.
  - \* Esplenomegalia.
  - \* Crecimiento intermitente de las parótidas.
  - \* Retraso en el peso y talla.
  - \* Malnutrición.
  - \* Fiebre.

- \* Candidiasis oral.
- \* Diarrea.
- \* Dermatitis seborréica.

◆ Manifestaciones neurológicas:

- \* Encefalopatía estática, es menos severo y se presenta con estancamiento del desarrollo psicomotor o lenta adquisición de las funciones psicomotrices (hablar, andar, etcétera).
- \* Encefalopatía grave progresiva, es más severo y se presenta en un 15% de los casos; se caracteriza por la pérdida de las habilidades psicomotoras adquiridas y una regresión en el desarrollo intelectual, se acompaña de una elevada carga viral en líquido cefalorraquídeo. Se asocia con mal pronóstico de la enfermedad.

◆ Neumonía intersticial linfoidea, la cual es una enfermedad exclusiva de los niños y se presenta en un 30 a 40% de los casos. Se caracteriza por la aparición en ambos pulmones de nódulos pequeños, es progresivo y crónico. Se acompaña de tos, respiración más rápida y falta de oxígeno en la sangre. La evolución es muy lenta y pueden permanecer sin síntomas durante años y se asocia con un pronóstico benigno de la enfermedad.

◆ Infecciones oportunistas:

Son menos frecuentes que en los adultos y las que aparecen más comúnmente en los niños es la neumonía por *Pneumocystis carinii*, la cual aparece en el 12% el primer año de vida y suele ser la primera manifestación de la enfermedad, presentando un alto índice de mortalidad y un mal pronóstico. También son muy frecuentes las infecciones por hongos; la candidiasis oral recurrente en los primeros 3 meses de vida es muy mal pronóstico.

◆ Infecciones bacterianas:

A pesar de que los niños tienen gran cantidad de inmunoglobulinas, éstas no funcionan bien y como no han producido anticuerpos contra los microorganismos más comunes y tienen el sistema inmunológico inmaduro son más susceptibles de padecer estas infecciones, las cuales están presentes en todos los estadios de la enfermedad.

◆ Otras infecciones:

Infecciones como la varicela, sarampión, rubeola, herpes zoster, infección por adenovirus o virus de Epstein Barr, pueden evolucionar con gravedad o hacerse crónicas o recurrentes por lo que es aconsejable emplear un tratamiento preventivo lo antes posible.

◆ Existen otras manifestaciones que son parecidas a las de los adultos, tales como afectación hepática, del aparato digestivo, del corazón, del riñón, de las células de la sangre y tumores.



## TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS INFECTADOS

### POR VIH.

En los últimos años se han experimentado grandes avances en el conocimiento de la multiplicación del VIH y se han sentado las bases científicas para una potente terapia de combinación que permita una máxima supresión del virus.

Entre las posibles terapias de antirretrovirales se pueden mencionar las siguientes:

◆ Análogos de nucleósidos inhibidores de transcriptasa inversa (NIT):

Nombre genérico	Nombre comercial
* Lamivudina (3TC)	Epivir
* Stavudina (d4T)	Zerit, Abacavir (ABC)

◆ Inhibidores no nucleósidos de transcriptasa inversa (NNTI):

* Nevirapine (NVP)	Viramune
* Delavirdine (DLV)	Rescriptor
* Efavirenz (EFV)	Sustiva

◆ Inhibidores de proteasas (IP):

* Saquinavir (SQV)	Invirase
* Ritonavir (RTV)	Norvir
* Indinavir (IDV)	Crixivan
* Nelfinavir (NFV)	Viracept

Actualmente se puede determinar si el niño responde bien al tratamiento, realizando la carga viral, la cual representa el número de copias del virus por ml de sangre. La carga viral de los niños infectados por VIH es más elevada que en los adultos y esto es más evidente durante los primeros dos a tres años de la vida. Los niños infectados verticalmente presentan un descenso gradual de la carga viral en la sangre durante los primeros años de vida, porque tienen un menor desarrollo del sistema inmune capaz de controlar al virus.

El mayor avance en la terapia frente al VIH está representado por los inhibidores de proteasas ya que consiguen el efecto antirretroviral más potente que se conoce hasta ahora. La mayor ventaja se obtiene cuando se combina un inhibidor de proteasas con dos análogos inhibidores de transcriptasa ya que además de obtener un aumento en la potencia antirretroviral, actúan sobre dos poblaciones celulares distintas implicadas en el ciclo vital y en el reservorio del virus.

Los cuatro inhibidores de proteasa (IP) disponibles pueden ser utilizados en niños, éstos se eliminan antes de la sangre en los niños que en los adultos por lo que deben administrarse dosis mayores en menores de 14 años para conseguir buenos niveles del medicamento. Un importante problema de estos medicamentos es su mala tolerancia digestiva y la falta de formulaciones pediátricas apropiadas (solo RTV y NFV tiene presentación en jarabe o polvos y ambos tienen mal sabor), todo esto dificulta que los niños se tomen bien el tratamiento.

En El Salvador aún no están disponibles todos los medicamentos antirretrovirales, a continuación se presenta un cuadro con los que sí lo están, su presentación y dosis:<sup>11</sup>

Inhibidores de proteasas		
Nombre genérico	Ritonavir (ABT-538)	Nelfinavir(ddl)
Nombre comercial	Norvir	Viracept
Presentación	Cap 100mg	Tab 250mg
	Sol. 80mg/ml	Polvo50mg/copa

Inhibidores de Transcriptasa Inversa	
Nombre genérico:	Zidovudina (ZDV-AZT)
Nombre comercial:	Retrovir
Presentación	Cápsulas 150 mg
	Jarabe 50 mg 15 ml
	E.V. 10 mg 10 ml

<sup>11</sup> Protocolo de atención a personas con VIH / SIDA, MSPAS, p 119

Análogos de los nucleósidos			
Nombre Genérico	Didanosina(ddI)	Lamivudina (3TC)	Stavudina (d4T)
Nombre Comercial	Videx	Epivir	Zerit
Presentación	Tab: 25, 50,100 y 150mg. Polvo: 0.5gr / 0.2	Sol. Oral 10mg/ml Tab150mg	Cap 15, 20, 30 y 40 mg. Soluc oral: 1mg/ml

Se ha demostrado que la tasa de transmisión vertical de la infección por VIH se reduce desde el 28% al 8% si se administra Zidovudina a tres niveles:

1. En el embarazo se administra a partir de la semana 14 de gestación a las madres infectadas a una dosis de 100mg 5v/d por vía oral.
2. Durante el parto, una vez iniciado el trabajo de parto se administra un choque de ZDV de 2mg/kg en 1 hora, seguido de una perfusión continua de ZDV a 1mg/Kg./hora hasta que se pince el cordón umbilical.
3. En el recién nacido se inicia ZDV entre las primeras 8 a 12 horas de vida a 2mg/Kg./6 horas, manteniéndolo 6 semanas.

## INMUNIZACIÓN EN NIÑOS CON VIH/SIDA.

Los niños con infección por VIH/SIDA deben recibir todas las vacunas que se mencionan a continuación, pero es necesario tener presente ciertos principios generales en cuanto a la administración de éstas:

- ◆ Generalmente, la respuesta inmune obtenida en estos pacientes es menor que la de sujetos normales.
- ◆ Es obligatorio vacunar lo más tempranamente posible, antes de que aparezca el deterioro inmune, para asegurar la respuesta de las vacunas.
- ◆ En niños infectados por VIH, la administración de cualquier vacuna puede aumentar transitoriamente, de 4-8 semanas, la carga viral del VIH, lo cual es reversible.

En cuanto al esquema de vacunación que se puede aplicar a estos niños es el siguiente:<sup>12</sup>

1. Pentavalente (Difteria, Tètano, Tos ferina, contra el Haemophylus, Influenza y Hepatitis B)
2. La B.C.G. se aplica al nacer pero si la carga viral es mayor de 15000 copias/ml, o si el pacientes es sintomática no se vacuna.
3. La vacuna inactivada contra la polio es la única recomendada para niños VIH positivos y sus contactos intradomiciliares. No se debe administrar la vacuna oral porque es a base de virus activos lo cual afectaría más el sistema inmune de los niños.

---

<sup>12</sup> IBID, p 93

4. La MMR que es contra el sarampión puede administrarse a los niños que no tienen inmunosupresión severa al cumplir el primer año de edad y la segunda dosis 1 mes después de la primera.
5. La prueba de tuberculina (PPD, Mantoux) se puede realizar al año de edad y repetirse anualmente.

### **LESIONES BUCALES EN PACIENTES CON VIH/SIDA.**

El conocimiento de las manifestaciones clínicas de las lesiones orales asociadas a la infección por VIH es de vital importancia ya que muchas de ellas aparecen en pacientes que no presentan sintomatología alguna, además de que los primeros síntomas de la enfermedad se presentan en la boca con la aparición de infecciones oportunistas y otras lesiones, tales como:

- ◆ Infecciones micóticas como la candidiasis, queilitis angular e histoplasmosis.
- ◆ Lesiones neoplásicas como el sarcoma de kaposi y linfoma no Hodgkin.
- ◆ Infecciones bacterianas como la gingivitis y periodontitis.
- ◆ Infecciones virales entre las que se pueden encontrar el herpes simple, herpes zoster y papilomas.
- ◆ Otras afecciones como las aftas bucales, el agrandamiento de las glándulas parótidas y xerostomía.

Es importante tener en mente las características clínicas de las lesiones en un paciente “normal” y un paciente seropositivo y se debe recordar también que

ninguna de éstas es patognomónica del VIH, por lo que su presencia debe ser evaluada con respecto al estado de salud general del paciente y el descubrimiento de alguna de ellas debe ser investigada y tratada con precaución.

A continuación se describen algunas de las enfermedades oportunistas y lesiones bucales que pueden aparecer en niños con VIH/SIDA.

#### **a. Infecciones micóticas.**

##### **a.1 Candidiasis bucal:**

Es una característica prevalente en los pacientes infectados por el VIH, pues aparece en un 75 a 90% de los casos, siendo los pacientes en estado de latencia los más afectados.

Las especies de *Candida* son hongos unicelulares cuyo principal representante es la *Candida Albicans* y se encuentran ampliamente extendidos en la naturaleza ya que se han aislado del suelo, del ser humano, de animales, objetos inanimados y de ambientes hospitalarios. La principal fuente de infección en los humanos es la vía endógena, es decir, el organismo ya que se puede encontrar en la piel, el tubo digestivo, las vías respiratorias superiores y el tracto genital femenino.

La candidiasis oral es un marcador predictivo de la infección por VIH indicando que el sistema inmunológico está deprimido y que puede seguir una progresión hacia el SIDA.

Se observan 3 formas clínicas predominantes de candidiasis oral en personas

VIH+:

- ◆ Candidiasis pseudomembranosa.
- ◆ Candidiasis eritematosa.
- ◆ Candidiasis hiperplásica.

#### **a.1.1 Candidiasis pseudomembranosa.**

Es la forma más frecuente de Candidiasis oral y casi siempre es aguda aunque con el VIH se vuelve crónica. A menudo es la primera manifestación de infección por VIH. También es llamada Algodoncillo o Moniliasis y generalmente es indolora y poco sensible.

Se caracteriza por la presencia de puntos elevados cremosos de color amarillo o blanquecino, que parecen motas de algodón o bien puede aparecer como placas que casi siempre pueden desinsertarse con facilidad con una gasa, dejando una superficie roja ligeramente hemorrágica o de aspecto relativamente normal. Estas lesiones pueden ser localizadas o generalizadas y aparecen en cualquier sitio de la boca, con mayor frecuencia en la mucosa bucal y lengua, labios y en el paladar duro y blando.

#### **a.1.2 Queilitis angular.**

Se caracteriza por lesiones bilaterales inflamadas y erosionadas, ulcerosas y costrosas a nivel de las comisuras labiales, son de color rojo brillante y suelen ser dolorosas; frecuentemente se asocia a candidiasis.



## **b. Infecciones bacterianas.**

### **b.1 Eritema gingival lineal asociado al VIH.**

Según el sistema de clasificación de condiciones y enfermedades periodontales esta patología se encuentra dentro de las enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicas por lo que recibe el nombre de Gingivitis asociada a la depresión del sistema inmunológico o Eritema gingival lineal asociado al VIH. Se presenta un intenso eritema en encía marginal y puede ser localizado o generalizado, con áreas de eritema como “salpicadas” en encía adherida, mucosa de labios y carrillos. Puede haber hemorragia gingival al sondaje y sangramiento espontáneo.

### **b.2 Aftas.**

Son ulceradas y molestas, de forma redonda u oval, con centro necrótico gris rodeado por una banda eritematosa y por lo común aparece en mucosa no queratinizada, mucosa vestibular, paladar blando, regiones laterales y ventrales de la lengua y pilares amigdalinos.

## **c. Infecciones virales.**

### **c.1 Herpes simple.**

Se manifiesta en la cavidad bucal como enfermedad primaria y recurrente; la infección primaria puede o no ser asintomática y es seguida por una latencia de por vida y tiene manifestaciones locales y sistémicas. Los pacientes son usualmente niños pequeños y a veces adolescentes. Se manifiesta como un grupo de vesículas que al ulcerarse se cubren de costras. Puede haber dolor, fiebre y malestar que se

asemeja al pródromo de la influenza acompañado por linfadenopatías cervicales, lesiones en encía, paladar duro y en cualquier sitio de la mucosa y del borde bermejo de los labios. Son sensibles al tacto, comidas condimentadas y cambios térmicos.

#### **d Otras lesiones.**

##### **d.1 Agrandamiento de las glándulas parótidas y xerostomía.**

Es muy frecuente en niños con SIDA; la inflamación puede ser unilateral o bilateral y se manifiesta como un abultamiento ubicado entre el oído y la rama ascendente de la mandíbula.

##### **d.2 Xerostomía**

Puede reflejar una infección de las glándulas salivales por citomegalovirus, el cual se encuentra comúnmente en pacientes con VIH.

# **CAPITULO III**

### **III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

La presente investigación es de tipo diagnóstica - descriptiva, ya que mide de manera independiente las variables que determinan el problema en estudio, las cuales están dirigidas a establecer cómo es o cómo está la situación de las mismas. Es decir, las características cuantitativas y cualitativas de las lesiones orales en los pacientes niños con VIH/SIDA.

#### **3.2 POBLACIÓN.**

La población esta conformada por 150 pacientes niños entre las edades de 0 – 13 años que padecen la infección por VIH/SIDA.

En cuanto al nivel de vida de estos niños, todos son de bajos recursos económicos. Los cuales son atendidos en una clínica para atención de niños con inmunodeficiencia. Según citas prescritas dicha clínica esta ubicada en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

El 33% de los niños son del área urbana y el 67% pertenecen al área rural.

#### **3.3 MUESTRA.**

Dado que la población en estudio son 150 niños se eligió una muestra de 50 sujetos, debido a que estos representan una proporción precisa y cuantificable de toda la población.

### **3.4 SELECCIÓN DE LOS SUJETOS.**

Los sujetos a los cuales se les pasó los instrumentos fueron seleccionados de una forma no probabilística, ya que fueron designados de manera arbitraria por el encargado de la clínica, de acuerdo a las citas de control médico y además basándose en sus características clínicas, por lo que la información recolectada no se podrá generalizar.

### **3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.**

#### **3.5.1 TÉCNICAS.**

Las técnicas se eligieron en base a los indicadores, los cuales se enumeraron con literales, al igual que las variables que los determinan y siguiendo un orden correlativo.

Dichas técnicas fueron seleccionadas tomando en cuenta a las unidades de análisis a las que están dirigidos. Las técnicas empleadas para el trabajo de investigación son la observación y la entrevista.

### **3.5.2 INSTRUMENTOS.**

Los instrumentos que se utilizaron son: la guía de observación y la cédula de entrevista.

La guía de observación se elaboró de acuerdo a las características de las patologías orales que se determinarán a través del examen clínico.

Con la cédula de entrevista se pretendió obtener información acerca de los síntomas que producen las lesiones y que no pueden observarse clínicamente.

Hay aspectos que fueron evaluados en la guía de observación y otros en la cédula de entrevista, que pertenecen a una misma variable por lo que se presenta un cuadro donde se relacionan las variables y los indicadores y se menciona en que instrumentos se evaluó.

(Ver Anexo 1)

### **3.6 ELABORACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS.**

Los instrumentos fueron elaborados de manera ordenada, clara y precisa para que fuesen comprensibles tanto para las unidades de análisis, como para los investigadores, de manera que no existiese confusión al momento de pasar el instrumento entre ambos.

## **A. GUÍA DE OBSERVACIÓN.**

La primera página lleva un encabezado con el nombre de la institución de estudio; al centro de la página lleva el logotipo de la institución a la que pertenecen los investigadores; luego va el título del instrumento; posteriormente, el objetivo que se pretendió seguir con el paso del mismo y por último van las indicaciones que debieron seguir los investigadores al momento de pasar los instrumentos; además en ese instante los investigadores utilizaron equipo de protección tales como: gabacha, guantes desechables, mascarilla y careta protectora. Al realizar el examen clínico se utilizó instrumental estéril.

El contenido del instrumento es el siguiente:

Se conforma de 19 aspectos a observar, las cuales se han subdividido en diferentes apartados que han sido codificados en orden correlativo para poder colocar el número correspondiente a cada uno de ellos en una casilla que se encuentra a la derecha de cada apartado.

El desarrollo de los 19 aspectos abarca desde la página 2 a la 13; en la parte superior de la página # 2 se colocó el número de expediente, edad, sexo y nivel educativo del paciente a quien se le pasó el instrumento, en la parte inferior de la página 13 hay un espacio destinado para alguna observación (en caso que hubiese ); otro para el nombre del investigador, lugar y fecha en que se aplicó el instrumento. (Ver anexo 2).

## **B. CÉDULA DE ENTREVISTA.**

La primera página lleva un encabezado con el nombre de la institución; al centro de la página lleva el logotipo de la institución a la que pertenecen los investigadores, luego va el título del instrumento, el objetivo que se pretendió seguir con el paso del mismo y por último van las indicaciones que debieron seguir los investigadores al momento de pasar los instrumentos.

El contenido del instrumento es el siguiente:

Se conforma de 13 aspectos a investigar los cuales se han subdividido en diferentes apartados, el número correspondiente de cada uno de ellos se colocó en una casilla que se encuentra a la derecha de cada apartado.

El desarrollo de los 13 aspectos abarca desde la página 2 hasta la número 6; en la parte superior de la página # 2 se colocó el número de expediente, edad, sexo y nivel educativo del paciente a quien se le pasó el instrumento, en la parte inferior de la página 6 hay un espacio destinado para alguna observación (en caso que hubiese); otro para el nombre del investigador, lugar y fecha en que se aplicó el instrumento. (Ver Anexo 3).

### **3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.**

El paso de los instrumentos se realizó durante 10 semanas, los días martes y miércoles, de 7 a 9 de la mañana.



La guía de observación fue aplicada entre dos investigadores, mientras uno realizaba el examen clínico, el otro anotaba las respuestas.

La cédula de entrevista se pasó conjuntamente con la guía de observación.

Previo al examen clínico cada investigador explicó al padre o encargado del paciente el contenido de los instrumentos a aplicar; haciendo énfasis en la confidencialidad y anonimato de la información recabada. Además de solicitarle al paciente su colaboración.

### **3.8 PROCESO DE TABULACIÓN DE LOS DATOS.**

#### **3.8.1 Revisión y preparación de los instrumentos.**

Para efectuar este apartado el grupo investigador reunió todos los instrumentos teniendo en cuenta que el número total estuviese completo.

Se verificó que en todas las casillas se haya colocado el código respectivo de cada respuesta tanto en la cédula de entrevista como en la guía de observación.

Finalmente, se enumeraron los instrumentos de manera correlativa de modo que coincidieran 2 instrumentos para un mismo sujeto.

#### **3.8.2 Descripción de las hojas tabulares.**

Los cuadros utilizados para la tabulación de los datos obtenidos son 2, uno para cada instrumento.

### **A. Hoja tabular para la guía de observación.**

Está compuesta por una parte superior que se divide en 19 apartados correspondientes a las 19 patologías que se investigaron, de los cuales cada uno se divide en un número variable de casillas de acuerdo al número de aspectos explorados; los que también se dividen en 2 casillas que corresponden a los códigos de respuesta de cada alternativa.

En la parte inferior de cada casilla se colocó el total de cada opción de respuesta de los aspectos explorados. La columna ubicada en el margen izquierdo sirve para la colocación del número de cada instrumento en su orden respectivo

(Ver Anexo 4).

### **B. Hoja tabular para la cédula de entrevista.**

La parte superior, consta de 13 apartados correspondiente a las 13 patologías exploradas en el instrumento, cada uno de ellos se divide en un número de casillas referentes a las preguntas relacionadas con los diferentes síntomas evaluados.

En la parte inferior de cada casilla se colocó el total de cada opción de respuesta de los diferentes aspectos a explorar. La columna ubicada en el margen izquierdo se utilizó para colocar el número de cada instrumento en su orden respectivo. (Ver Anexo # 5)

### **3.8.3 Proceso de vaciado de los datos.**

Para realizar el proceso de vaciado de datos el grupo se organizó de la siguiente manera:

Cada uno de los integrantes del grupo fueron identificados como investigador 1, 2, 3, 4, 5.

El investigador 1 anotó en la hoja tabular la información que le dictaron los investigadores No. 2, 3,4 y 5.

Todos se repartieron de manera equitativa y correlativa el número total de los instrumentos que se utilizaron, como son la cédula de entrevista y la guía de observación.

## **3.9 MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS EN LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.**

En la presente investigación se utilizaron como métodos de análisis el cuantitativo y cualitativo.

Con el método de análisis cuantitativo se hizo una descripción de los datos utilizando los porcentajes obtenidos en los cuadros estadísticos que se elaboraron después de pasar los instrumentos a las respectivas unidades de análisis.

Se utilizó el método de análisis cualitativo, ya que se realizó una interpretación de los datos en forma relacionada a los diversos aspectos que se presentan en la investigación, además de hacer una comparación con lo que dice la teoría y la realidad encontrada en el estudio.

**ANALISIS E  
INTERPRETACION DE LOS  
DATOS OBTENIDOS EN EL  
DIAGNOSTICO**

**TABLA 1: Clasificación de las Lesiones orales encontradas en niños con VIH**

<b>Lesiones Orales</b>		
<b>Tipo de lesión</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Infecciones micóticas	13	26
Lesiones Neoplásicas	0	0
Infecciones Bacterianas	9	18
Infecciones Virales	8	16
Otras	9	18
Niños sin ninguna lesión	11	22
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía de observación y célula de entrevista aplicada a niños con VIH atendidos en HNNBB.

**Tabla 2: Infecciones micóticas encontradas en niños con VIH**

<b>Infecciones Micóticas</b>		
<b>Tipos de Infección</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Candidiasis Pseudomembranosa	5	38.46
Quelitis Angular	8	62.54
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía de observación y cédula de entrevista aplicada a niños con VIH atendidos en HNNBB.

**Tabla 3: Infecciones Bacterianas encontradas en niños con VIH**

<b>Infecciones Bacterianas</b>		
<b>Tipo de Infección</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Eritema Marginal Lineal	9	100
Total	9	100

Fuente: Guía de observación y célula de entrevista aplicada a niños con VIH atendidos en HNNBB.

**Tabla 4: Infecciones Virales encontradas en niños con VIH**

<b>Infecciones Virales</b>		
<b>Tipo de Infección</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Herpes Simple	8	100
Total	8	100

Fuente: Guía de observación y célula de entrevista aplicada a niños con VIH atendidos en HNNBB.

**Tabla 5: Otras lesiones encontradas en niños con VIH.**

<b>Otras lesiones</b>		
<b>Lesión</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Aftas bucales	1	11.11
Agrandamiento de Parótidas	6	66.67
Xerostomía	2	22.22
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía de observación y célula de entrevista aplicada a niños con VIH atendidos en HNNBB.



## **CONCLUSIONES ESPECIFICAS Y ANALISIS GENERAL DE LA PROBLEMÁTICA EN BASE A LOS RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO**

Después de haber concluido el paso de instrumentos llevado a cabo en 50 pacientes, el grupo investigador obtuvo los siguientes resultados:

Dentro de las alteraciones bucales estudiadas en el presente documento se debe señalar que fueron encontradas solamente siete de ellas, siendo estas:

1. Eritema Gingival Lineal.
2. Queilitis Angular
3. Herpes Simple
4. Agrandamiento de glándulas parótidas.
5. Candidiasis Pseudomembranosa.
6. Aftas.
7. Xerostomía

Esto debido, según opinión del médico encargado del área de inmunodeficiencia humana del Hospital Bloom, a que hoy en día se cuenta, para beneficio de los niños tratados en dicho centro hospitalario, con el tratamiento médico oportuno que permite llevar un control adecuado de cada paciente a fin de prevenir las afecciones que puedan en un momento deteriorar su calidad y esperanza de vida.

Sin embargo, es inevitable que estas enfermedades aparezcan, lógicamente debido al estado deprimido del sistema inmunológico.

El padecimiento encontrado con mayor porcentaje dentro del grupo de niños estudiados fue el Eritema Marginal Lineal que fue de 18% presentándose con aspecto de inflamación, eritema del margen gingival y de consistencia edematosa. Algunos pacientes se quejaron de dolor leve a moderado y hemorragia generalmente provocada.

La Queilitis angular y el Herpes Simple se encontraron en porcentajes del 16%.

La Queilitis angular se presentó en porcentajes que van de mayor a menor con aspecto de fisuramiento, erosión, inflamación, ulceración de color rojo brillante con consistencia costrosa y con localización de igual porcentaje en la comisura labial unilateral y bilateral. Presentándose además con dolor que va de severo a moderado con una frecuencia de casi siempre a siempre, con respecto a la presencia de ardor todos los casos vistos presentaron este síntoma con intensidad de severo a moderado y con una frecuencia de casi siempre a siempre.

El Herpes Simple se encontró con aspecto de vesículas ulceradas cubiertas de costra con un mayor porcentaje de localización en los labios y en menor porcentaje en el paladar, se presenta además en toda las unidades de análisis con dolor de intensidad moderada y solo un paciente manifestó dolor severo. La sensibilidad al tacto, a los alimentos condimentados o a los cambios de temperatura

en las comidas y bebidas se encontró con un mayor porcentaje casi siempre, pero ninguno de los pacientes supo describir esa sensación.

El agrandamiento de las glándulas parótidas se presentó en un 12% de los niños en forma de abultamiento entre el oído y la rama ascendente de la mandíbula, con mayor porcentaje de ubicación unilateral y menor porcentaje bilateral.

La Candidiasis Pseudomembranosa se encontró con un porcentaje del 10% presentándose con un aspecto de placa ligeramente elevada, de color blanco, consistencia blanda, que se desprende con facilidad de la mucosa, localizada en lengua, encías y piso de la boca, solamente uno los pacientes manifestó dolor leve, a veces.

La Xerostomía fue otra de las afecciones encontradas aunque no con un alto índice de frecuencia; ésta se presentó como agrietamiento de labios y sequedad de la boca.

En último lugar de frecuencia se encontraron las Aftas con un porcentaje del 2%, que tenían aspecto de úlceras superficiales de forma ovalada y redonda de color rojo, localizada en labios, carrillos y paladar blando, con dolor de intensidad moderado y con una frecuencia de casi siempre.

De lo anterior expuesto debe señalarse que de 50 casos de niños afectados con VIH, 39 de ellos presentaron alguna alteración en la cavidad oral y en 11 niños no se encontró alteración bucal alguna.

Puede decirse entonces que:

*“En pacientes con inmunodeficiencia los síntomas orales pueden ser variados. En general tienen alta prevalencia de infecciones bacterianas, virales o micóticas, así como ulceraciones de la mucosa oral, el objetivo primario y más importante consiste en prevenir la infección oral”.*<sup>13</sup>

Cabe mencionar que debido a un control adecuado y periódico con medicamentos antirretrovirales, los niños que son atendidos en la Clínica de inmunodeficiencia del Hospital Nacional Benjamín Bloom, no presentan muchos signos y síntomas orales asociados a la infección por VIH salvo los más comunes que se han detallado con anterioridad. Por esta razón, se propone un programa de atención para este tipo de pacientes que, además se espera, de lugar para que más adelante se continúe investigando sobre las lesiones orales, ya no en comparación con los adultos, sino, propiamente en pacientes niños.

---

<sup>13</sup> Odontopediatría, Enfoque Clínico Koch/ Módeer, Editorial Médica Panamericana. Pág. 259.

**PROPUESTA DE  
PROGRAMA DE  
ATENCION**

## **METODOLOGIA**

La ejecución del programa preventivo se implementará en tres fases:

Fase I : Fase de Coordinación y Motivación.

Fase II: Implementación del Área Preventiva.

Fase III: Fase Práctica.

### **FASE I: COORDINACION Y MOTIVACION**

En primer lugar, se realizará una reunión con el médico encargado de la Clínica para Niños con Inmunodeficiencias del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y el docente encargado del área para niños con inmunodeficiencias de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, en la cual se establecerá un sistema de referencias que permita a los docentes y estudiantes de la Facultad de Odontología tener contacto directo con dichos niños y así poder crear un banco de pacientes que se incluirán en el programa de atención.

En dicha reunión se establecerá también una fecha específica para congregar a los pacientes con VIH-SIDA y sus familiares y explicarles en qué consiste el programa de atención y la importancia que tiene la prevención en la conservación de la salud bucal en niños inmunosuprimidos; también se les asignará un día específico en el que será atendido cada uno de los pacientes para iniciar con su tratamiento (citas odontológicas).

## **FASE II: IMPLEMENTACION DEL AREA PREVENTIVA**

Esta fase se ejecutará en tres etapas:

### **1. Infraestructura del Área.**

Para la realización de ésta fase se ha contemplado un área física en el edificio N° 2 de la Facultad de Odontología, el cual contará con:

- a) Una sala de espera.
- b) Un servicio sanitario para los pacientes.
- c) Un área clínica con seis puestos de trabajo, cada uno de los cuáles estará dotado de un lavamanos y su respectivo basurero, además de un espejo de tamaño considerable para poder implementar la técnica decir – demostrar – hacer.
- d) Casilleros para que los operadores y sus asistentes puedan guardar sus objetos personales.
- e) Un área donde estará ubicado un pequeño arsenal.

Así mismo es necesario aclarar que tanto el área clínica como la sala de espera estarán decoradas con motivos infantiles para que los niños se sientan en un ambiente confortable y que les inspire confianza.

### **2. Recursos Humanos del Área.**

La coordinación y responsabilidad de esta área clínica recaerá sobre un docente especializado, en su defecto un odontopediatra quien deberá previamente asistir a un curso de capacitación por personal especializado, el supervisará el trabajo realizado por los estudiantes de los ciclos superiores, es decir, X, IX y VIII. Se ha

pensado en ellos tomando en consideración la experiencia adquirida a lo largo de sus rotaciones en Odontopediatría y las Unidades de Salud, por lo que su paso por dicha área clínica será la última de sus rotaciones.

Cada operador contará con un asistente de los ciclos V y VI quienes a su vez serán los encargados, junto al IV Ciclo, de impartir las charlas educativas a los pacientes y sus familiares.

Se contará con una persona encargada del arsenal.

Esta área clínica será independiente, tanto física como a coordinación se refiere, de las demás áreas clínicas.

### **3. Funcionamiento del Área.**

Para el buen funcionamiento de ésta área se realizarán las siguientes actividades:

Para la educación y motivación de los pacientes y sus familiares, los estudiantes de IV, V y VI ciclos impartirán charlas educativas, y demostrativas cuando así se requiera, haciendo uso de rotafolios, títeres, etc., a la vez implementarán un periódico mural alusivo al tema de la charla que impartirán en esa ocasión.

Se planificará una reunión mensual con lo que se pretende integrar a los pacientes y sus familiares, aprovechando entonces para hablarles de prevención. Al



mismo tiempo, se elaborará folletería escrita con mensajes preventivos para repartirlos entre éstos.

Las charlas a impartirse contemplan los siguientes temas:

- a) Importancia de tratamientos preventivos en pacientes inmunosuprimidos.
- b) Que es un diente.
- c) Número de dientes temporales y permanentes.
- d) Tipos de dientes y su función
- e) Importancia del primer molar permanente
- f) Técnica de cepillado dental
- g) Uso de hilo dental
- h) Alternativas de sustitución de cepillo, pasta e hilo dental.
- i) Qué es la encía
- j) Qué es la caries
- k) Qué es la placa dentobacteriana y el cálculo dental
- l) Alimentos cariogénicos y detergentes
- m) Qué es gingivitis
- n) Qué es periodontitis

Estas charlas se expondrán en las reuniones mensuales y en la sala de espera previo al inicio de cada turno de trabajo, intercalando los temas y el material didáctico para evitar caer en la rutina.

### **FASE III: PRACTICA**

Esta fase se refiere al funcionamiento en sí del área clínica. El docente encargado del área asignará un paciente a cada operador, así como su puesto de trabajo, éste le realizará el diagnóstico de la misma manera que se realiza en Odontopediatría, haciendo uso de barreras de protección, tales como:

- Gabachón
- Guantes
- Mascarilla
- Careta
- Sobreguantes
- Gorro

Una vez realizado el diagnóstico el operador lo presentará al docente para su aprobación, posteriormente iniciará los tratamientos explicando previamente en qué consisten al paciente y su encargado.

En caso que el paciente amerite tratamientos restaurativos simples, tales como: obturaciones y exodoncias de emergencia se podrán realizar siempre y cuando el paciente no esté muy complicado de salud y el docente lo autorice.

Al finalizar todos los tratamiento se realizarán citas de monitoreo mensuales para garantizar un estado óptimo de salud bucal, aunque de presentarse una emergencia odontológica podrá asistir a la clínica de inmediato.

## **ACTIVIDADES DE EJECUCION DEL PROYECTO**

### **A. ACTIVIDADES PREVIAS:**

- a.1) Presentación de este proyecto a la Junta Directiva de la Facultad de Odontología.
- a.2) Asignación del responsable del área preventiva.

### **B. FASE I:**

b.1) Reunión del médico encargado de la clínica para niños con inmunodeficiencias del Hospital Bloom y el docente encargado del área clínica para coordinar el sistema de referencias.

b.2) Reunión del Docente encargado del área con los pacientes y sus familiares para establecer las citas odontológicas.

### **C. FASE II:**

c.1) Implementación del área preventiva para niños con inmunodeficiencias en el edificio anexo de la Facultad de Odontología con sus respectivos recursos materiales: lavamanos, espejos, basureros, arsenal, sala de espera, servicio sanitario para los pacientes.

- c.2) Asignación del recurso humano del área preventiva.
- c.3) Decoración con carteles y dibujos infantiles con mensajes preventivos y motivacionales del área.
- c.4) Reuniones mensuales con los familiares para hablarles sobre prevención.
- c.5) Charlas educativas en la sala de espera previo al inicio de cada turno de trabajo.
- c.6) Enseñanza de técnica de cepillado y uso del hilo dental.
- c.7) Colocación de periódicos murales con mensajes de acuerdo a la charla educativa.
- c.8) Distribución a los pacientes y familiares de folletería educativa.

**D) FASE III:**

- d.1) Elaboración de material didáctico por los estudiantes de V y VI Ciclo.
- d.2) Elaboración del Diagnóstico de los pacientes.
- d.3) Control de placa dentobacteriana
- d.4) Reforzamiento de técnicas de higiene oral cuando lo amerite por parte del operador y asistente en el sillón dental.
- d.5) Motivar y estimular constantemente al paciente.
- d.6) Realizar los tratamientos preventivos, tales como:
  - d.6.1 Profilaxis
  - d.6.2 Aplicación de sellantes de fosas y fisuras.

d.6.3 Aplicación tópica de flùor

d.6.4 Colocar mantenedores de espacio.

d.7) Realizar tratamientos operatorios, tales como obturaciones, ya sean clase I, II, III, IV o V.

d.8) Brindar al paciente indicaciones escritas, ya sea para mantener en buen estado su tratamiento realizado o para mejorar su higiene oral.

## **RECURSOS DEL PROYECTO**

### **A. RECURSOS HUMANOS:**

a.1 Docentes: Quienes serán los encargados del funcionamiento correcto del área y de supervisar los tratamientos realizados por los estudiantes.

a.2 Estudiantes de los Ciclos X, IX y VIII: Quienes realizarán los tratamientos.

VII: Serán los encargados del arsenal en caso de no contar con una persona idónea.

V y VI: Fungirán como asistentes de los operadores al momento de realizar los tratamientos e impartirán las charlas educativas. Además elaborarán el material didáctico.

IV: Colaborarán con los ciclos V y VI al momento de impartir las charlas y en la elaboración del material didáctico.

## **B. RECURSOS MATERIALES:**

Para la ejecución del programa se necesitará:

Para el área de atención de los niños con VIH se contará con todo el instrumental necesario para profilaxis dental, operatoria y exodoncia, y además de material didáctico para charlas que incluye rotafolio, cepillos, pizarra, videos, animación con títeres, proyección de diapositivas, retroproyector de acetatos y folletos para impartir a los padres de familia y/o a los niños a fin de captar su atención y lograr que el mensaje pueda ser retenido y puesto en práctica por ellos, se deberá contar además de basureros, espejos de pared, sillas para sala de espera, báscula para control de peso.

## **C. RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA:**

Será necesario habilitar un área específica que cuente con todos los requisitos necesarios de asepsia y desinfección que disponga de por lo menos seis módulos, área de rayos X, área de desinfección y esterilización, área de arsenal, área de control de pacientes y expedientes (archivo).

#### **D. FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO**

El financiamiento del proyecto en caso de ser aprobado, recaerá sobre la comisión de finanzas de la Facultad de Odontología, también se buscará apoyo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y otra parte recaerá sobre los estudiantes de los ciclos intramurales a quienes les corresponderá proporcionar el instrumental que será propiedad de cada uno de ellos para los procedimientos de profilaxis dental y operatoria, así como también algunos materiales para impartir las charlas como cartulina, plumones, yeso, lápices de color, títeres, etc.

La Facultad de Odontología será responsable de implementar y habilitar el área requerida para el funcionamiento de dicha clínica, proporcionar el préstamo de equipo, materiales dentales y algún tipo de instrumental (entre éstos los de exodoncia); y para el desarrollo de charlas se usará el retroproyector de acetatos, televisor con video casetera, proyector de diapositivas, pizarra.

Las autoridades de la facultad de odontología serán los responsables de buscar el apoyo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para que de alguna manera este proyecto pueda llevarse a cabo como por ejemplo en brindar colaboración económica, proporcionar material didáctico como folletos, hojas volantes, cepillos , promoción del área clínica.

## **E. EVALUACION DEL PROYECTO**

Debido a que el presente proyecto contempla la creación de un área física, el tipo de evaluación que velará para que éste sea llevado a cabo de una manera adecuada podrá ser el mismo que se cumpla para evaluar las otras áreas clínicas ya existentes, ya que los aspectos que se deberán tomar en cuenta serán el abordaje con que el estudiante atenderá al paciente, el docente encargado deberá evaluar cada procedimiento que se le haga, así como también la forma y material utilizado para impartir las charlas educativas en la sala de espera, además se evaluará el estudiante previo a iniciar los tratamientos requeridos por el paciente con evaluaciones técnicas y prácticas.



## BIBLIOGRAFÍA

- Periodoncia Clínica. Glickman Carranza, FA, 8ª Edición, Editorial Interamericana, 1998, p 228.
- Protocolo de Atención de Personas Infechadas VIH / SIDA, MSPAS, 1ª Edición, 2001.
- Revista Pediatría Salvadoreña, Dic. 2001.
- Dental Management of the Medically Compromised Patient. James W. Little, 2ª Edición. The C.V. Mosby Company.
- Roberto Hernández Sampieri. Metodología de la Investigación. 2ª Edición. McGraw Hill Interamericana. México, 1998. p 501.
- Deborah Greenspan. El SIDA en la Cavidad Bucal. Actualidades Médico-Odontológicas Latinoamericanas, EE.UU.
- Common Oral Lesions Associated with HIV Infection. East Central AIDS Education and Training Center, 1990. The Ohio State University.
- [www.angelfire.com/il/cemujer/pag54.htm](http://www.angelfire.com/il/cemujer/pag54.htm)
- [www.zonamedica.com.ar/categorias/medicinailustrada/sida/index.htm](http://www.zonamedica.com.ar/categorias/medicinailustrada/sida/index.htm)
- [www.uniceflac.org](http://www.uniceflac.org)
- [www.lafacu.com](http://www.lafacu.com)

# **ANEXOS**

ANEXO No. 1

**CUADRO DE RELACION DE INDICADORES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.**

INDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS	Nº ASPECTO
<p><b>a.1 Candidiasis pseudomembranosa</b></p> <p>a.1.1. Aspecto: Placas ligeramente elevadas.</p> <p>a.1.2. Color: Blanco.</p> <p>a.1.3. Consistencia: Blanda</p> <p>a.1.4. Se desprende con facilidad de la mucosa bucal.</p> <p>a.1.5. Indolora y poco sensible.</p> <p>a.1.6. Localización: Lengua, paladar, encía y piso de la boca.</p>	<p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p>	<p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p> <p>Cédula de Entrevista</p> <p>Guía de Observación</p>	<p>1.a</p> <p>1.b</p> <p>1.c</p> <p>1.d</p> <p>1.a</p> <p>1.a.1</p> <p>1.a.2</p> <p>1.e</p>
<p><b>a.3. Candidiasis atrófica o eritematosa.</b></p> <p>a.3.1. Aspecto: Manchas.</p> <p>a.3.2. Color: Rojo.</p> <p>a.3.3. Localización: Paladar duro, paladar blando y dorso de la lengua.</p>	<p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p>	<p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p>	<p>3.a</p> <p>3.b</p> <p>3.c</p>

<p><b>a.4. Queilitis angular.</b></p> <p>a.4.1. Aspecto: Inflamación, erosión, ulceración o fisuramiento de comisuras labiales.</p> <p>a.4.2. Color: Rojo brillante.</p> <p>a.4.3. Consistencia: costrosa con exudado amarillento.</p> <p>a.4.4. Dolor</p> <p>a.4.5. Ardor</p> <p>a.4.6. Localización: comisuras labiales (uni-bilateral).</p>	<p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p>	<p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p> <p>Guía de observación</p> <p>Cédula de Entrevista</p> <p>Cédula de Entrevista</p> <p>Cédula de Entrevista</p> <p>Guía de Observación</p>	<p>4. a.</p> <p>4. b.</p> <p>4.c</p> <p>2.a</p> <p>2. a.1.</p> <p>2.a.2</p> <p>2.b</p> <p>.2.b.1.</p> <p>2. b.2.</p> <p>4. d.</p>
<p><b>a.5. Criptococosis.</b></p> <p>a.5.1. Aspecto: Lesión verrugosa, puede producir necrosis y nódulos ulcerosos.</p> <p>a.5.2. Color: Violeta oscuro</p> <p>a.5.3. Consistencia: Indurada</p> <p>a.5.4. Localización: Borde de la lengua, paladar duro, maxilar superior.</p>	<p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p>	<p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p>	<p>5.a</p> <p>5. b.</p> <p>5. c.</p> <p>5.d.</p>
<p><b>a.6. Histoplasmosis.</b></p> <p>a.6.1. Aspecto: Ulceras indurada, lesiones nódulos o masa granulares, puede</p>			

acompañarse áreas maculares purpúricas.	Observación	Guía de Observación	6. a.
a.6.2. Color: Grisáceo.	Observación	Guía de Observación	6.b
a.6.3. Localización: Piso de la boca, lengua y paladar.	Observación	Guía de Observación	6.c.
<b>b.1. Sarcoma de Kaposi</b>			
b.1.1. Aspecto: Máculas o nódulos	Observación	Guía de Observación	7. a.
b.1.2. Color: Rojo azulado, púrpura, pardo.	Observación	Guía de Observación	7. b.
b.1.3. Indoloro o doloroso sí se úlcera.	Entrevista	Guía de Entrevista	3. a. 3.a.1, 3. a.2.
b.1.4. Localización: Paladar, encía, lengua y orofaringe.	Observación	Guía de Observación	7.c
<b>b.2. Linfoma no-Hodgkin.</b>			
b.2.1. Abultamiento (no ulcerado o ulcerado-necrótico).	Observación	Guía de Observación	8. a.
b.2.2. Color: Normal del tejido donde se presenta o eritematoso.	Observación	Guía de Observación	8. b.
b.2.3. Puede ser doloroso.	Entrevista	Cédula de Entrevista	4.a. 4.a.1
b.2.4. Olor: Fétido (estado necrótico)	Observación	Guía de Observación	4. a.2.
b.2.5. Ocasionalmente parestesia de nervio mentoniano.	Observación	Guía de Observación	8.c
b.2.6. Localización: Paladar duro.	Observación	Guía de Observación	8.d 8. e.

<p><b>c.1.1 Gingivitis asociada al VIH (G-VIH).</b></p> <p>c.1.1.1. Aspecto: Inflamación del margen gingival libre, puede acompañarse de inflamación difusa en encía adherida y mucosa alveolar.</p> <p>c.1.1.2. Consistencia: Edematosa.</p> <p>c.1.1.3. Color: Eritema del margen gingival libre y salpicada en encía adherida, labios y carrillos.</p> <p>c.1.1.4. Hemorragia provocada o espontánea.</p> <p>c.1.1.5. Dolor.</p>	<p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Entrevista</p>	<p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Entrevista</p> <p>Guía de Entrevista</p>	<p>9. a.</p> <p>9. b.</p> <p>9. c.</p> <p>5.b</p> <p>5.b.1</p> <p>5.b.2</p> <p>5. b.3.</p> <p>5.a,</p> <p>5.a.1</p> <p>5.a.2</p>
<p><b>C.1.2. Periodontitis asociada al VIH (P-VIH)</b></p> <p>c.1.2.1. Aspecto: Inflamación.</p> <p>c.1.2.2. Color: Eritema en encía.</p> <p>c.1.2.3. Exposición y secuestro de hueso alveolar, asociada con necrosis de tejido blando.</p> <p>c.1.2.4. Movilidad dental.</p> <p>c.1.2.5. Dolor intenso en hueso.</p>	<p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p>	<p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p> <p>Cédula de Entrevista</p>	<p>10. a.</p> <p>10. b.</p> <p>10.c.</p> <p>10.d</p> <p>6. a.</p> <p>6.a.1.</p> <p>6.a.2</p>

<b>c.1.3. Gingivitis ulcerosa necrosante aguda (GUNA).</b>			
c.1.3.1. Aspecto: Depresiones socavadas crateriformes en cresta de encía interdental cubierta de pseudomembrana.	Observación	Guía de Observación	11. a.
c.1.3.2. Color: Gris y enrojecimiento de encía marginal.	Observación	Guía de Observación	11. b.
c.1.3.3. Aumento de la salivación.	Observación	Guía de Observación	11. c.
c.1.3.4. Aliento fétido	Observación	Guía de Observación	11. d.
	Entrevista	Cédula de Entrevista	7.a 7.a.1
c.1.3.5. Hemorragia gingival provocada o espontánea.	Entrevista	Cédula de Entrevista	7.b
			7.b.1 7.b.2 7.b.3
c.1.3.6. Dolor constante o irradiado en encía.	Entrevista	Cédula de Entrevista	7.c
			7.c.1 7.c.2 7.c.3
c.1.3.7. Sabor fétido-metálico.	Entrevista	Cédula de Entrevista	7.d
c.1.3.8. Puede ser localizado o generalizado.	Observación	Guía de observación	7. d.1. 11.e

c.1.3.9. Tumefacción y dolor de ganglio linfáticos.	Observación Entrevista	Guía de Observación Cédula de Entrevista	11.f 7. e.
c.1.3.10. Temperatura.	Entrevista Observación	Cédula de Entrevista Guía de observación	7.f 11. g.
<b>c.2.4. Aftas.</b>			
c.2.4.1. Aspecto: Ulceras superficiales y puede haber necrosis.	Observación	Guía de Observación	12. a.
c.2.4.2. Forma: Ovalado o redonda.	Observación	Guía de Observación	12. b.
c.2.4.3. Color: Blanco o rojo	Observación	Guía de Observación	12.c.
c.2.4.4. Dolorosa.	Entrevista	Cédula de Entrevista	8. a. 8.a.1. 8. a.2.
c.2.4.5. Localización: Labios, carrillos, lengua, piso de la boca, paladar blando.	Observación	Guía de Observación	12.d.
<b>d.1. Herpes simple.</b>			
d.1.1. Aspecto: grupo de vesículas, puede ulcerarse, se cubre de costra.	Observación	Guía de Observación	13.a
d.1.2. Dolor.	Entrevista	Cédula de Entrevista	9. a. 9.a.1.
d.1.3. Sensible al tacto, comidas condimentadas, cambios térmicos.	Entrevista	Cédula de Entrevista	9. b. 9. b.1.
d.1.4. Cultivo.	Observación	Guía de Observación	13.b
d.1.5. Localización: Paladar, labios y áreas alrededor de la boca.	Observación	Guía de Observación	13.c.



<p><b>d.2. Herpes zóster.</b></p> <p>d.2.1. Aspecto: Vesícula.</p> <p>d.2.2. Doloroso.</p> <p>d.2.3. Parálisis facial.</p> <p>d.2.4. Puede haber dolor del meato auditivo externo y pabellón de la oreja.</p> <p>d.2.5. Localización: Úvula, lengua, faringe y laringe.</p>	<p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p>	<p>Guía de Observación</p> <p>Cédula de Entrevista</p> <p>Guía de Observación</p> <p>Cédula de Entrevista</p> <p>Guía de Observación</p>	<p>14.a</p> <p>10.a</p> <p>10.a.1</p> <p>10.a.2.</p> <p>14.b</p> <p>10. b</p> <p>10.b.1</p> <p>10.b.2</p> <p>.</p> <p>14.c.</p>
<p><b>d.3.1. Leucoplasia vellosa.</b></p> <p>d.3.1.1. Aspecto: Mancha ondulada, con superficie arrugada o peluda.</p> <p>d.3.1.2. Color: Blanco.</p> <p>d.3.1.3. Asintomático o molestia leve.</p> <p>d.3.1.4. Localización: Bordes laterales de la lengua, piso de la boca, mucosa de los carrillos, bucofaringe y paladar blando.</p>	<p>Observación</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista</p> <p>Observación</p>	<p>Guía de Observación</p> <p>Guía de Observación</p> <p>Cédula de Entrevista</p> <p>Guía de Observación</p>	<p>15. a.</p> <p>15. b.</p> <p>11.a.</p> <p>11.a.1.</p> <p>11.a.2.</p> <p>15.d</p>
<p><b>d.4.1. Condiloma acuminatus o Verruga venérea.</b></p> <p>d.4.1.1. Aspecto: Masa bulbosa, papilomatosa y/o nódulos pequeños múltiples</p>			

pedunculados, circunscrito y sésil.	Observación	Guía de Observación	16. a.
d.4.1.2. Color: Rosa o blanco.	Observación	Guía de Observación	16.b.
d.4.1.3. Localización: Labios, lengua, encía y paladar.	Observación	Guía de Observación	16.c
<b>d.4.2. Hiperplasia epitelial focal.</b>			
d.4.2.1. Aspecto: Nódulos múltiples, sésil (1.4 mm de diámetro).	Observación	Guía de Observación	17. a.
d.4.2.2. Color: Normal de la mucosa que lo rodea.	Observación	Guía de Observación	17. b.
d.4.2.3. Consistencia: Blanda.	Observación	Guía de Observación	17. c.
d.4.2.4. Indolora.	Entrevista	Cédula de Entrevista	12.a
d.4.2.5. Localización: Labios, comisuras y lengua.	Observación	Guía de Observación	12.a.1. 12.a.2. 17.d.
<b>e.1. Agrandamiento de glándulas parótidas.</b>			
e.1.1. Abultamiento ubicado entre el oído y rama ascendente de la mandíbula.	Observación	Guía de Observación	18.a
e.1.2. Unilateral o bilateral.	Observación	Guía de Observación	18.b
<b>e.2. Xerostomía.</b>			
e.2.1. Agrietamiento de labios.	Observación	Guía de Observación	19.a
e.2.2. Fisuración de comisuras bucales.	Observación	Guía de Observación	19.b
e.2.3. Sequedad de la boca.	Observación	Guía de Observación	19.c.
	Entrevista	Cédula de Entrevista	13.a. 13.a.1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



GUIA DE OBSERVACIÓN

**OBJETIVO:**

Obtener información sobre las características clínicas de las lesiones orales en los niños con VIH/SIDA.

**INDICACIONES:**

- Saludo al paciente
- Presentación del investigador
- Explicar al padre o encargado el contenido de la guía de observación y que la información es de tipo confidencial y anónimo.
- Solicitar al paciente colaboración para el paso de la guía de observación.
- Colocar en la casilla ubicada a la derecha de cada aspecto, si su respuesta es SI, el número 1; si su respuesta es NO, el número 2.

No. Exp: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Desarrollo:

### **1. Candidiasis pseudomembranosa.**

Características Clínicas

- 1. a. Aspecto: placa ligeramente elevada
- 1. b. Color: Blanco
- 1. c. Consistencia: Blanda
- 1. d. Se desprende con facilidad de la mucosa
- 1. e. Lugar:
  - 1. Paladar
  - 2. Lengua
  - 3. Encía
  - 4. Piso de la boca
  - 5. Otros \_\_\_\_\_
- 1. f. ¿Diagnostica usted Candidiasis pseudomembranosa?

### **2. Candidiasis hiperplásica.**

Signos:

- 2. a. Aspecto: placas

2. b. Color: Blanco
2. c. Consistencia: firme
2. d. Se desprende la mucosa
2. e. Lugar:
- 1. Labios
  - 2. Lengua
  - 3. Carrillos
  - 4. Otros: \_\_\_\_\_
2. f. ¿Diagnostica usted Candidiasis Hiperplásica?

### 3. Candidiasis Atrófica.

Signos:

3. a. Aspecto: Manchas
3. b. Color: Rojo
3. c. Lugar:
- 1. Paladar duro
  - 2. Paladar blando
  - 3. Dorso de la lengua
  - 4. Otros \_\_\_\_\_
3. d. ¿Diagnostica usted Candidiasis atrófica?

### 4. Queilitis Angular.

Signos:

4. a. Aspecto:
1. Inflamación
  2. Erosión
  3. Ulceración
  4. Fisuramiento
4. b. Color: rojo brillante
4. c. Consistencia: costrosa
4. d. Lugar:
1. Comisura labial unilateral
  2. Comisura Labial bilateral
4. e. ¿Diagnostica usted Queilitis angular?

## 5. **Criptococosis.**

Signos:

5. a. Aspecto:
1. Lesión Verrugosa
  2. Nódulos ulcerosos
5. b. Color: Violeta oscuro
5. c. Consistencia: Indurada
5. d. Lugar:
1. Borde de Lengua
  2. Maxilar Superior
  3. Paladar duro

4. Otros\_\_\_\_\_

5. ¿Diagnostica usted Criptococosis?

## 6. Histoplasmosis.

Signos:

6. a. Aspecto: 1. Ulceras Induradas

2. Lesiones nodulares

3. Masas granulares

6. b. Color: grisáceo

6. c. Lugar:

1. Piso de la boca

2. Lengua

3. Paladar

4. Otros\_\_\_\_\_

6. d. ¿Diagnostica usted Histoplasmosis?

## 7. Sarcoma de Kaposi.

Signos:

7. a. Aspecto: 1. Mácula

2. Nódulo

7. b. Color: 1. Rojo-azulado

2. Púrpura

3. Pardo

7. c. Lugar
1. Paladar
  2. Encía
  3. Lengua
  4. Orofaringe
  5. Otros \_\_\_\_\_
7. d. ¿Diagnostica usted Sarcoma de Kaposi?

**8. Linfoma No-Hodgkin.**

Signos:

8. a. Aspecto:
1. Abultamiento ulcerado
  2. Abultamiento no ulcerado
  3. Abultamiento necrótico
8. b. Color:
1. Normal
  2. Eritematoso
8. c. Olor: Fétido
8. d. Parestesia de nervio mentoniano
8. e. Lugar:
1. Paladar duro
  2. Otros \_\_\_\_\_
8. f. ¿ Diagnostica usted Linfoma no-Hodgkin?.



**9. Gingivitis asociada al VIH.**

Signos:

9. a. Aspecto
1. Inflamación del margen gingival
  2. Inflamación difusa de encía adherida
9. b. Consistencia: edematosa
9. c. Color:
1. Eritema de margen gingival
  2. Salpicadas en encía adherida.
9. d. ¿Diagnostica usted Gingivitis asociada al VIH?

**10. Periodontitis asociada al VIH.**

Signos:

10. a. Aspecto: Inflamación de encía
10. b. Color: Eritema de encía
10. c. Exposición de hueso alveolar
10. d. Movilidad dental
10. e. ¿Diagnostica usted Periodontitis asociada al VIH?

**11. GUNA.**

Signos:

11. a. Aspecto: depresiones socavadas crateriformes en cresta   
de encía interdental cubierta por una pseudomembrana
11. b. Color:
1. Pseudomembrana gris
  2. Enrojecimiento de encía marginal

11. c. Aumento de la salivación
11. d. Aliento fétido
11. e. Extensión:           1. Localizado
2. Generalizado
11. f. Tumefacción
11. g. Temperatura
11. h. ¿Diagnostica usted GUNA?

**12.        Aftas.**

Signos

12. a. Aspecto:           1. Ulceras superficiales
2. Necrosis
12. b. Forma:           1. Ovalada
2. Redonda
12. c. Color:           1. Blanco
2. Rojo
12. d. Lugar:           1. Labios
2. Carrillos
3. Lengua
4. Piso de la boca
5. Paladar blando
6. Otros\_\_\_\_\_
12. e. ¿Diagnostica usted Aftas?

**13. Herpes simple.**

Signos:

13. a. Aspectos:
1. Vesículas
  2. Ulceradas
  3. Cubierta de costra
13. b. Cultivo
13. c. Lugar:
1. Paladar
  2. Labios
13. d. ¿Diagnostica usted Herpes Simple?

**14. Herpes zóster.**

Signos:

14. a. Aspecto: Vesículas
14. b. Parálisis facial
14. c. Lugar:
1. Úvula
  2. Lengua
  3. Faringe
  4. Laringe
  5. Otros \_\_\_\_\_
14. d. ¿Diagnostica usted Herpes Zoster?

**15. Leucoplasia vellosa.**

Signos:

15. a. Aspecto: Mancha ondulada
15. b. Color: Blanco
15. c. Superficie arrugada o peluda
15. d .Lugar:
1. Bordes laterales de la lengua
  2. Piso de la boca
  3. Mucosa de los carrillos
  4. Bucofaringe
  5. Paladar blando
  6. Otros\_\_\_\_\_
15. e. ¿Diagnostica usted Leucoplasia Velloso?

**16. Condiloma acuminatus o Verruga venérea.**

Signos

16. a. Aspectos:
1. Masa bulbosa papilomatosa
  2. Nódulos pequeños múltiples pedunculados
  3. Circunscrito
  4. Sésil
16. b. Color:
1. Rosa
  2. Blanco

16. c. Lugar:
1. Labios
  2. Lengua
  3. Encía
  4. Paladar
  5. Otros
16. d ¿Diagnostica usted Condiloma acuminatus o verruga venérea?

**17. Hiperplasia epitelial focal.**

Signos.

17. a. Aspecto:
1. Nódulos múltiples
  2. Sésil
17. b. Color: normal de la mucosa que lo rodea
17. c. Consistencia blanda
17. d. Lugar:
1. Labios
  2. Comisura
  3. Lengua
  2. Otros \_\_\_\_\_
17. e. ¿Diagnostica usted Hiperplasia epitelial focal?

**18. Agrandamiento de glándulas parótidas.**

Signos:

18. a. Forma: Abultamiento entre oído y rama ascendente de la mandíbula.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



CÉDULA DE ENTREVISTA

OBJETIVO: Obtener información sobre los síntomas que manifiestan las lesiones orales presentes en los niños con VIH/SIDA.

INDICACIONES:

- Saludar al paciente
- Presentación del investigador
- Explicar al padre o encargado el contenido de la cédula de entrevista y que la información es de tipo confidencial y anónimo.
- Solicitar al paciente colaboración para el paso de la cédula de entrevista.
- El investigador debe leer cada una de las preguntas en forma clara y ordenada, y llenar la casilla de la derecha con el número correspondiente a la respuesta del paciente.

No. Exp: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Desarrollo:

**1. Candidiasis pseudomembranosa.**

1. a. ¿Presenta usted dolor? 1. Si 2. No

1. a.1. ¿De qué intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve.

1. a.2. ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

**2. Queilitis Angular.**

2. a. ¿Presenta usted dolor? 1. Si 2. No

2. a.1. ¿De qué intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve.

2. a.2. ¿Con qué frecuencia?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

2. b. ¿Presenta usted ardor? 1. Si 2. No

2. b.1. ¿De qué intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve.

2. b.2. ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

**3. Sarcoma de kaposi.**

3. a. ¿Presenta usted dolor? 1. Si 2. No

3. a.1. ¿De qué intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve.



3. a.2. ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

#### **4. Linfoma No-Hodgkin.**

4. a. ¿Presenta usted dolor? 1. Si 2. No

4. a.1. ¿De qué intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve.

4. a.2. ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

#### **5. Gingivitis asociada al VIH.**

5. a. ¿Presenta usted dolor? 1. Si 2. No

5. a.1. ¿De qué intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve.

5. a.2. ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

5. b. ¿Le sangra la encía? 1. Si 2. No

5. b.1. ¿Con qué intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve.

5. b.2. ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

5. b.3. ¿En qué momento? 1. Espontáneo 2. Provocado

#### **6. Periodontitis asociada al VIH.**

6. a. ¿Siente usted que le duele el hueso? 1. Si 2. No

6. a.1. ¿Con qué intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve.

6. a.2. ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

#### **7. GUNA.**

7. a. ¿Considera usted que tiene mal aliento? 1. Si 2. No

7. a.1. ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

7. b. ¿Le sangra la encía? 1. Si 2. No

7. b.1. ¿Con qué intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve.

7. b.2. ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

7. b.3. ¿En qué momento? 1. Espontáneo 2. Provocado

7. c. ¿Presenta usted dolor? 1. Si 2. No

7. c.1. ¿De qué intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve.

7. c.2. ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

7. c.3. ¿En el área de la lesión o en toda la boca?

1. Localizado 2. Generalizado

7. d. ¿Ha sentido usted mal sabor en la boca? 1. Si 2. No

7. d.1. ¿Cómo lo describiría?

---

---

7. e. ¿Ha presentado inflamación acompañada de dolor en áreas alrededor del cuello? 1. Si 2. No

7. f. ¿Ha presentado temperatura? 1. Si 2. No

## 8. Aftas.

8. a. ¿Presente usted dolor? 1. Si 2. No

8. a.1. ¿De que intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve

8. a.2. ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

**9. Herpes simple.**

9. a. ¿Presente usted dolor? 1. Si 2. No

9. a.1. ¿De qué intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve.

9. b. ¿Presenta sensibilidad al tocarse, al comer alimentos condimentados  
o a los cambios de temperatura en las comidas y bebidas?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

9. b.1. ¿Cómo describiría esa sensación?

---

---

**10. Herpes Zóster:**

10. a. ¿Presenta usted dolor en las lesiones? 1. Si 2. No

10. a.1. ¿De que intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve

10. a.2 ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

10. b. ¿Le duelen los oídos? 1. Si 2. No

10. b.1. ¿Con qué intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve

10. b.2 ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

**11. Leucoplasia vellosa:**

11. a. ¿Presenta usted dolor? 1. Si 2. No

11. a.1. ¿De que intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve

11. a.2 ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

**12. Hiperplasia epitelial focal.**

12. a. ¿Presenta usted dolor? 1. Si 2. No

12. a.1. ¿De que intensidad? 1. Severo 2. Moderado 3. Leve

12. a.2 ¿Con qué frecuencia? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces

**15. Xerostomía.**

15. a. ¿Siente usted sequedad en la boca? 1. Si 2. No

15. a.1. ¿Desde hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

INVESTIGADOR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

LUGAR: \_\_\_\_\_













**ANEXO No. 4**  
**HOJA TABULAR DEL INSTRUMENTO GUIA DE OBSERVACION**

ASPECTO	11												12																								
	11.d		11.e.1		11.e.2		11.f		11.g		11.h		12.a		12.a.2		12.b		12.b.2		12.c.1		12.c.2		12.d1		12.d2		12.d3		12.d4		12.d5		12.d6		12.e
Nº. INST.	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
21																																					
22																																					
23																																					
24																																					
25													x				x																				x
26																																					
27																																					
28																																					
29																																					
30																																					
31																																					
32																																					
33																																					
34																																					
35																																					
36																																					
37																																					
38																																					
39																																					
40																																					
41																																					
42																																					
43																																					
44																																					
45																																					
46																																					
47																																					
48																																					
49																																					
50																																					
total													1				1			1															1		1











**ANEXO No. 4**  
**HOJA TABULAR DEL INSTRUMENTO GUIA DE OBSERVACION**

ASPECTO	16					17										18					19																	
	16.d.4		16.d.5		16.e	17.a.1		17.a.2		17.b		17.c		17.d.1		17.d.2		17.d.3		17.d.4		17.e		18.a		18.b.1		18.b.2		18.c		19.a		19.b		19.c		19.d
No. INSTR.	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
1																						X	X					X	X					X	X			
2																																						
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						
11																																						
12																																						
13																																						
14																																						
15																																						
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
21																																						
22																																						
23																							X	X				X										
24																							X	X				X										
25																							X	X				X										
26																																						
27																							X			X	X											
28																							X	X			X											
29																																						
30																							X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
31																																						
32																																						
33																																						
34																																						
35																																						
36																																						
37																																						
38																																						
39																																						
40																																						
41																																						
42																																						
43																																						
44																																						
45																																						
46																																						
47																																						
48																																						
49																																						
50																																						
total																							6	5	1	6	2							2	2			