



Carrera de Odontología.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontóloga.

Tema:

Evaluación de salud bucal en niños y niñas de 3 a 15 años de edad con diagnóstico de VIH/SIDA de la Fundación SOGA del cantón Portoviejo en el periodo de marzo - agosto de 2014.

Autora:

Gema Mercedes Panchana Moreira.

Directora de tesis:

Dra. Amarilis Martin Moya.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí – República del Ecuador.

2014.

CERTIFICACIÓN DE DIRECTORA DE TESIS.

En condición de directora de tesis, certifico que el trabajo de investigación titulado: Evaluación de salud bucal en niños y niñas de 3 a 15 años de edad con diagnóstico de VIH/SIDA de la Fundación SOGA del cantón Portoviejo en el periodo de marzo - agosto de 2014. Es trabajo original de la estudiante Gema Mercedes Panchana Moreira, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....
Dra. Amarilis Martin Moya.

Directora de tesis.

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema.

Evaluación de salud bucal en niños y niñas de 3 a 15 años de edad con diagnóstico de VIH/SIDA de la fundación SOGA del cantón Portoviejo en el periodo marzo - agosto de 2014. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana.
Directora de la carrera.

Dra. Amarilis Martín Moya.
Directora de tesis.

Dra. Yanet López Mera.
Miembro del tribunal.

Dr. Jorge Luis Mendoza Robles.
Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Las ideas expuestas en el presente trabajo de investigación titulada: Evaluación de salud bucal en niños y niñas de 3 a 15 años de edad con diagnóstico de VIH/SIDA de la Fundación SOGA del cantón Portoviejo en el periodo de marzo - agosto de 2014, son en su totalidad de absoluta responsabilidad de la autora. Además cedo los derechos de autoría de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo

.....
Gema Mercedes Panchana Moreira.

Autora de la tesis.

AGRADECIMIENTO.

Siempre que tropiezo estás ahí para levantarme ya que cuando siento que algo es imposible de realizar y no le encuentro solución, me demuestras que a tu lado todo es posible. Gracias Dios por darme esas ganas de seguir avanzando. Agradezco infinitamente a mis padres por la paciencia y el tiempo que me dedicaron durante toda mi carrera. Mis hermanos, mi esposo, a mi hijo por la paciencia, comprensión y apoyo, durante mi carrera y el tiempo que duro este trabajo investigativo, que representa el deseo de mi superación. Y a todas aquellas personas que de una u otra manera han estado ofreciéndome su apoyo incondicional para seguir adelante. A mi directora de tesis Dra. Amarilis Martin Moya, quien siempre estuvo presta para ayudarme en todo lo que he necesitado. A mis maestros por la paciencia y entrega al impartirme sus conocimientos para así llegar a la meta. Y más que todo infinitamente gracias a mis pacientes que sin la ayuda de ellos no hubiese podido llegar hasta esta etapa de mi vida y sobre todo muchas gracias a todas aquellas personas que ya no están a mi lado pero siguen guiando mis pasos. Gracias a ellos soy lo que soy ahora.

Gema Panchana Moreira.

DEDICATORIA.

A Dios por iluminar mi mente y guiar mi camino durante esta etapa de mi vida.
A padres Eutimio Panchana García y Luz María Moreira Andrade, por el apoyo incondicional en todo momento, por creer en mí. A mis hermanos Fabián e Iván y a mis sobrinos Jesús, Estefanía, Nicole, Iván, Fabiana e Ivanna, porque son parte de mi vida.

A mi Esposo Gabriel Zambrano por su amor y apoyo incondicional en todo momento. A mi hijo Ezequiel que es la luz de mis días y mi mayor inspiración.

A mis pacientes por la confianza depositada en mis habilidades y conocimientos odontológicos. Y a todas aquellas personas que de una u otra manera me dieron su apoyo y aliento para seguir adelante.

Gema Panchana Moreira.

RESUMEN.

El VIH/SIDA es una enfermedad crónica que como tal requiere de servicios de salud, incluida la atención odontológica. La problemática del presente trabajo investigativo fue que se desconocía el estado de la salud bucal de los niños y niñas con VIH/SIDA que pertenecen a la fundación Soga de Portoviejo.

El objetivo general tuvo como finalidad determinar el estado bucal de esta población, para esto se tomó como muestra a 41 niños con diagnóstico de VIH/SIDA. Se realizó historias clínicas odontológicas y se procedió a digitalizar para realizar las tabulaciones y concluir que en esta población se pudo evidenciar que existe un alto número de caries dental. Un alto grado de placa bacteriana, gingivitis, predomina la candidiasis como enfermedad oportunista seguida de úlceras aftosas, eritema lineal, herpes virus e hiperplasia parotídea. También se evidencia despreocupación por parte de los padres de familia en el tratamiento odontológico provocando una salud oral deficiente en estos pacientes inmunodeprimidos.

La investigación se desarrolló en dos partes: una bibliográfica, donde consta la recolección de información y la segunda parte se desarrolló la práctica, donde la investigadora efectuó historias clínicas odontológicas para lograr los objetivos planteados. A través de este trabajo investigativo pudimos conocer a fondo las principales manifestaciones orales que afectan a los niños/as con diagnóstico de VIH/SIDA, los orígenes, desarrollos y consecuencias de cada uno de ellas. También pudimos identificar el índice ceo, CPO y los indicadores de higiene oral para

determinar el estado de salud oral actual y en base a los resultados obtenidos establecer una propuesta que contenga alternativas de solución a dicho problema.

ABSTRACT.

VIH/SIDA is a chronic disease that requires services such as health care, including dental care. The problematic of this research work was the state of oral health of children with VIH/SIDA who belong to the founding Portoviejo Soga was unknown.

The general objective aimed to determine oral status of this population, for this was taken as a sample 41 children diagnosed with VIH/SIDA, dental medical records was carried out and proceeded to scan for tabs and conclude that in this population it became evident that a high number of dental care, a high degree of plaque, gingivitis, predominates candidiasis, opportunistic disease as aphthous ulcers followed by linear erythema, herpes virus and parotid hyperplasia. Also disregard evidence from parents in the dental treatment causing poor oral health in these immune compromised patients.

The research was conducted in two parts: a literature, which includes the collection of information and the second part the practice where the researcher conducted dental health records to achieve the proposed objectives were developed.

Through this research work could get to know the main oral manifestations affecting children diagnosed with VIH/SIDA, the origins, development and consequences of each. Also could be identified the ceo index, CPO and indicators of oral hygiene determining the current state of oral health and based on the results set containing a proposed alternative solution to this problem.

ÍNDICE.

Portada.	
Certificación de la directora de tesis.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de Autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	IX
Índice.....	X
Introducción.....	1
Capítulo I.	
1. Problematización.....	3
1.1. Tema de investigación.....	3
1.1.1. Antecedentes.....	3
1.2. Planteamiento del problema.....	5
1.2.1. Preguntas de la investigación.....	5
1.3. Delimitación de la investigación.....	6
1.4. Justificación.....	6
1.5. Objetivos.....	7
1.5.1. Objetivo general.....	7
1.5.2. Objetivos específicos.....	7
Capítulo II.	
2.1. VIH/SIDA.....	8

2.1.1. Manifestaciones bucales del VIH/SIDA.....	10
2.2. Enfermedades bucales oportunistas en pacientes con VIH/SIDA.....	11
Herpes virus.....	11
Eritema gingival lineal.....	11
Gingivitis.....	12
Úlceras aftosas recurrentes.....	13
Hiperplasia parotídea.	14
Candidiasis.....	14
Caries.....	15
Placa bacteriana.....	18
2.3. Formulación de hipótesis.....	20
2.3.1. Hipótesis general.....	20
2.3.2. Unidades de observación y análisis.....	20
2.3.3. Matriz de operacionalización de las variables.....	20
Capítulo III.	
3. Marco Metodológico.....	21
3.1. Modalidad de la investigación.....	21
3.2. Tipo de investigación.....	21
3.3. Método.....	21
3.3.1. Metodología y análisis.....	21
3.4. Técnicas.....	22
3.5. Instrumentos.....	22
3.6. Recursos.....	22
3.6.1. Talento humano.....	22
3.6.2. Recursos materiales.....	22

3.6.3. Recursos tecnológicos.....	23
3.6.4. Recursos económicos.....	23
3.7. Población y muestra.....	23
3.7.1. Muestra.....	23
3.7.2. Tipo de muestra.....	23
3.8. Proceso de recopilación de la información.....	24
3.8.1. Población.....	24
3.9. Proceso de la información.....	24
Capítulo IV.	
4. Análisis e interpretación de los resultados.....	25
Capítulo V.	
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	40
5.1. Conclusiones.....	40
5.2. Recomendaciones.....	40
Capítulo VI.	
6. Propuesta.....	42
6.1. Datos informativos.....	42
6.1.1. Nombre de la propuesta.....	42
6.1.2. Fecha de inicio.....	42
6.1.3. Clasificación.....	42
6.1.4. Localización geográfica.....	42
6.1.5. Descripción de los beneficiarios.....	42
6.2. Justificación.....	42
6.3. Marco institucional.....	43

6.4. Objetivos.....	43
6.4.1. Objetivo general.....	45
6.4.2. Objetivos específicos.	45
6.5. Descripción de la propuesta.....	45
6.6. Responsabilidad.....	45
6.7. Factibilidad.....	46
6.8. Sostenibilidad.....	46
6.9. Sustentabilidad.....	46
Bibliografía.....	45
Anexos.....	49

INTRODUCCIÓN.

Consultando el artículo científico de Montero y Jacob¹ (2010), puedo referir que:

La pandemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), representa una de las crisis de salud más grave que enfrenta el mundo. El virus de la inmunodeficiencia humana, es un agente infeccioso que ataca al sistema inmunológico, principalmente a los glóbulos blancos (linfocitos T), y el causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA. (pp. 9 y 20).

Al transformarse el VIH/SIDA en una enfermedad crónica ha aumentado la necesidad de estas personas de requerir servicios de salud, incluyendo entre ellos el servicio odontológico.

Según el Informe Mundial disponible en el sitio web ONUSIDA² (2012), puedo conocer que:

En 2011, se evidencio aproximadamente 330.000 niños infectados por el VIH. Esto representa un descenso del 43% respecto a 2003 (cuando se produjeron 560.000 nuevas infecciones infantiles y del 24% respecto a 2009 cuando 430.000 niños contrajeron la infección). Más del 90% de los niños que se infectaron por el VIH en 2011 vivían en África subsahariana. En esta región, el número de nuevas infecciones en este grupo de edad descendió un 24% entre 2009 y 2011. También se han producido descensos significativos en el Caribe (32%) y Oceanía y más modestos en Asia (12%). América latina (24%) y Europa oriental y Asia Central (13%). Sin embargo estas tres regiones habían conseguido reducir de forma significativa el número de nuevas infecciones en niños. (p. 42).

¹Montero, R. y Jacob, S. (2010). *Guía para la eliminación materno infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe*. Montevideo, República Oriental de Uruguay. Organización Panamericana de la Salud. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Guia_Clinica_Eliminacion_de_Transmision_del_VIH_y_SC\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Guia_Clinica_Eliminacion_de_Transmision_del_VIH_y_SC(2).pdf)

²Sidibé, M. (2012). *Informe Mundial sobre la Epidemia Mundial de SIDA*. Suiza: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. ONUSIDA. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf

Indagando la obra de Bascones³ (2010), puedo exponer que:

Las manifestaciones orales de la infección por el VIH son un componente fundamental la progresión de la enfermedad y ocurre en aproximadamente un 30-80% de los pacientes afectados. Las manifestaciones orales asociadas por VIH, se clasifica por hongos, virus y bacterias. Las lesiones comúnmente asociadas con infección pediátrica por VIH: Candidiasis oral, Virus del herpes simple, Eritema gingival lineal, tumefacción parotídea y ulceraciones aftosas recidivantes. (pp. 554 y 556).

Analizando la obra de Bordoni y colaboradores⁴ (2010), puedo transcribir que:

Las lesiones bucales son frecuentes en pacientes con infección por VIH. Las manifestaciones bucales constituyen indicadores clínicos de la infección y progresión de la enfermedad causada por VIH en niños. Desde el momento en que la cavidad bucal de un niño es accesible, estos signos representan un papel importante en el diagnóstico e intervención en la progresión de la infección por VIH. (p. 740).

³Bascones, A. (2010). *Aspectos odontoestomatológicos del VIH/SIDA y lesiones orales asociadas*. Medicina Bucal. Reino de España: Ariel S.A.

⁴Bordoni, N., Escobar, A., & Castillo, R. (2010). *Salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual*. Odontología Pediátrica. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema de la investigación.

Salud bucal en niños y niñas de 3 a 15 años de edad con diagnóstico de VIH/SIDA que pertenecen a la Fundación Soga del cantón Portoviejo.

1.1.1. Antecedentes.

Del artículo publicado por Lozano, et al.⁵ (2012), puedo exponer que: “La infección producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) constituye un problema de salud a nivel mundial de una magnitud sin precedentes, por su alto nivel destructivo en la humanidad”. (párr. 19).

Investigando el artículo web del Informe Mundial disponible en el sitio web ONISIDA⁶ (2012), puedo saber que:

En 2011, se encontraron aproximadamente 330.000 niños infectados por el VIH. Esto representa un descenso del 43% respecto a 2003 (cuando se produjeron 560.000 nuevas infecciones infantiles y del 24% respecto a 2009 cuando 430.000 niños contrajeron la infección).

Más del 90% de los niños que se infectaron por el VIH en 2011 Vivian en África subsahariana. En esta región, el número de nuevas infecciones en este grupo de edad descendió un 24% entre 2009 y 2011. También se han producido descensos significativos en el Caribe (32%) y Oceanía y más modestos en Asia (12%). América latina (24%) y Europa oriental y Asia Central (13%). Sin

⁵Lozano, J., Plasencia, C., Costa, D. y Puente, V. (2012). *Con infección por tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana: confluencia de dos epidemias*. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". Santiago de Cuba, República de Cuba. [En línea]. Consultado: [05, septiembre, 2014]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_9_12/HTM/san15912.htm

⁶Sidibé, M. (2012). *Informe Mundial sobre la Epidemia Mundial de SIDA*. Suiza: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. ONUSIDA. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en:

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf

embargo estas tres regiones habían conseguido reducir de forma significativa el número de nuevas infecciones en niños. (p. 42)

En Estudios realizados a niños/as con VIH/SIDA en la Fundación EUDES De Medellín⁷ (2014), puedo conocer que:

Fue evidente la deficiente higiene oral y un índice de caries y enfermedad gingival. En los tejidos blandos se observaron lesiones tipo úlceras de origen idiopático, lengua vellosa de color negro verdoso y atrofia de papilas. Prevalen las pigmentaciones en mucosas y la mayoría de las lesiones encontradas parecen originadas por efectos secundarios de los medicamentos. (p. 1).

Consultando el artículo publicado por Álvarez, et al.⁸ (2007), puedo saber que:

La mayoría de los niños infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana presentan, dentro de los primeros signos de la enfermedad, manifestaciones orales. Algunas de estas lesiones orales tienen valor pronóstico de cara a la evolución de la infección y la aparición de SIDA. Los resultados obtenidos muestran un índice ceo de $4,52 \pm 6,2$ para el grupo de dentición caduca, $4,42 \pm 3,35$ en el de dentición mixta. El índice CPO fue de $1,28 \pm 1,72$ en el grupo de dentición mixta y $2,8 \pm 2,4$. Un 51,8% de la población estudiada presentó algún tipo de maloclusión, mientras un 75% presentaba gingivitis. La prevalencia de candidiasis alcanzó el 16% de la población, 8% de lesiones herpéticas, 11,6% de hipertrofia parotídea, 2,4% de leucoplasia vellosa y un caso de GUNA (0,7%). (párr. 3).

⁷Marín B, Martha L., Paula A., Hurtado U., Ledy A. Santamaria T., Alexandra M. Durango, Catalina Patiño, Martha C. Toro. *Estado de salud bucal de niños con diagnóstico de VIH/SIDA en la fundación EUDES de Medellín*. Rev. Fac. Odón Univ. Ant, 2004: noviembre 9, volumen 15 N° 2. [En línea]. Consultado: [05, septiembre, 2014]. Disponible en pdf. https://www.google.es/?gws_rd=ssl#tbm=bks&q=En+Estudios+realizados+a+ni%C3%B1os%2Fas+con+VIH%2FSIDA+en+la+Fundaci%C3%B3n+EUDES+De+Medell%C3%ADn

⁸Álvarez, L., Hermida, L., Cuitiño, E. (2007). *Situación de salud oral de los niños uruguayos portadores del virus de la inmunodeficiencia humana*. Arch. Pediatra. Urug. vol.78 no.1 Montevideo mar. 2007. [En línea]. Consultado: [05, septiembre, 2014]. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492007000100005&script=sci_arttext

Investigando la obra de Estrada y Escobar⁹ (2011), puedo conocer que:

Los aspectos de salud oral del VIH/SIDA son de gran importancia en la población infantil, ya que la mayoría de los niños con infección por este virus presenta dentro de sus primeros signos de enfermedad manifestaciones orales. La cavidad oral es particularmente susceptible a infecciones y al crecimiento de numerosos microorganismos a expensas de las inmunosupresión sin importar edad del paciente. Algunas de estas infecciones se convierten en el elemento importante para el diagnóstico de la infección y la aparición del Sida. (p. 39).

1.2. Planteamiento del problema.

Actualmente se desconoce el estado de salud bucal de los niños y niñas con VIH/SIDA que pertenecen a la fundación Soga de Portoviejo. Las afecciones bucales como las caries, alteración de los tejidos blandos, gingivitis, y otros agentes como la ingesta de medicamentos, higiene oral incorrecta entre otros, afectan y contribuyen a una salud bucal inadecuada sobre todo en los niños ya que esto les afecta desde el punto de vista social y educativo.

Es indispensable tener en cuenta que las afecciones bucales son unos de los problemas más concurrentes que puede aquejar a los niños/as con diagnóstico de VIH/SIDA debido al estado de vulnerabilidad que poseen en su sistema inmunológico.

1.2.1. Preguntas de la investigación

¿Cuál es el estado de salud bucal de los niños/as con diagnóstico de VIH/SIDA de la fundación SOGA del cantón Portoviejo?

¿Qué afecciones orales de salud bucal son más frecuentes en los niños/as con enfermedad del VIH/SIDA de la fundación SOGA?

⁹Estrada, J. & Escobar, D. (2011). *Manifestaciones Orales de la infección por VIH/SIDA en niños y adolescentes. pdf: aspectos clínicos, epidemiología y pautas del tratamiento*. Bogotá, República de Colombia. [En línea]. Consultado: [05, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231218581005>

1.3. Delimitación de la investigación.

-Campo: Patología Bucal.

-Área: Odontología.

-Aspecto: Odontología Preventiva.

-Delimitación espacial: La investigación se desarrolló a los niños y niñas con diagnóstico de VIH/SIDA que asisten a la fundación Soga del cantón Portoviejo.

-Delimitación temporal: La investigación se desarrolló durante el período de marzo – agosto de 2014.

1.4. Justificación.

Las afecciones bucales de la salud oral forma parte de la problemática presente en los niños con diagnóstico de VIH/SIDA que puede presentarse desde los primeros años de vida y sus consecuencias producen efectos inoportunos de orden funcional, sistémico y estético e inadecuado comportamiento psicosocial. Entre estos se mencionan manifestaciones bucales tanto en tejidos blandos como en tejidos duros como son: caries dental, enfermedad periodontal, gingivitis, entre otros, siendo la caries dental la más común.

Este trabajo investigativo se justifica de manera que al realizar esta indagación se dará un aporte adicional en el campo de la salud bucal, sobre todo en la odontología preventiva. También se pretende especificar las manifestaciones bucales frecuentes en los niños/as con diagnóstico de VIH/SIDA, así como dar a conocer los problemas que se podría suscitar como caries dental, gingivitis, entre otros, los cuales son afecciones orales prevalentes en la sociedad actual y especialmente en dichas personas.

El tema a investigar es factible ya se cuenta con el apoyo de los padres de familia o tutores legales de los niños/as de la fundación, así como del coordinador y por el aporte científico que vamos a dar a esta investigación para encontrar alternativas de solución a este problema.

1.5. Objetivos.

1.5.1. Objetivo general.

-Determinar el estado de salud bucal de los niños y niñas con diagnóstico de VIH/SIDA que pertenecen a la fundación Soga del cantón Portoviejo.

1.5.2. Objetivos específicos.

-Especificar las principales manifestaciones bucales que aquejan a la salud bucal de los niños y niñas con diagnóstico de VIH/SIDA que pertenecen a la fundación Soga del cantón Portoviejo.

-Identificar el índice ceo, CPO y los indicadores de higiene oral.

CAPÍTULO II.

2. Marco teórico.

2.1. VIH/SIDA.

Investigando la obra de Higashida¹⁰ (2009), puedo conocer que:

El SIDA es un trastorno grave y mortal que se identificó en 1981 como un síndrome definido e independiente. La sigla significa: S, síndrome, I, inmuno, D, deficiencia, A, adquirida. El agente causal de este padecimiento es el VIH, un retrovirus del cual se han identificado dos tipos: tipo 1 (VIH-1) y tipo 2 (VIH-2). (p. 23).

Investigando la obra de Nahás¹¹ (2009), puedo saber que:

El VIH es un agente etiológico del SIDA, volviendo al huésped inmunodepresivo susceptible a infecciones oportunistas, el VIH invade el linfocito T4, proliferando ahí y eliminando después a la célula linfoide. Cerca del 70% de niños portadores de VIH muestran síntomas típicos y lesiones bucales. La Candidiasis bucofaríngea constituye la lesión con más prevalencia en los niños infectados por el VIH. Los niños infectados por VIH desarrollan lesiones de caries dentarias extensas, teniendo una alta prevalencia. (p. 599).

Consultando la información disponible en el sitio web ONUSIDA¹² (2012), puedo conocer que:

En 2011, hubo aproximadamente 330.000 niños infectados por el VIH a nivel mundial. Esto representa un descenso del 43% respecto a 2003, cuando se produjeron 560.000 nuevas infecciones infantiles y del 24% respecto a 2009 cuando 430.000 niños contrajeron la infección.

Más del 90% de los niños que se infectaron por el VIH en 2011 vivían en África subsahariana. En esta región, el número de nuevas infecciones en este grupo de edad descendió un 24% entre 2009 y 2011. También se han producido

¹⁰Higashida, B (2009). *Odontología preventiva*. (2da. ed.). Estados Unidos Mexicanos: McGraw – Hill interamericana editores, s.a. de c.v.

¹¹Nahás, M. (2009). *Odontopeatría en la primera infancia*. Odontología Pediátrica. República Federativa de Brasil: Editorial Livraria Santos.

¹²Sidibé, M. (2012). *Informe Mundial sobre la Epidemia Mundial de SIDA*. Suiza: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. ONUSIDA. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf

descensos significativos en el Caribe (32%) y Oceanía (36%), y más modestos en Asia (12%), América Latina (24%) y Europa oriental y Asia central (13%). Sin embargo estas tres regiones habían conseguido previamente reducir de forma significativa el número de nuevas infecciones en niños. (p. 42).

Examinando la obra de Escobar y Estrada¹³ (2011), puedo transcribir que:

El primer caso de infección por VIH en niños en el mundo se reportó en 1982, es decir, un año después del comienzo de la pandemia. La mayoría de niños con infección por VIH presenta dentro de sus primeros signos de enfermedad manifestaciones orales. La cavidad oral es susceptible a infecciones y al crecimiento de numerosos microorganismos a expensas de la inmunosupresión sin importar la edad del paciente. Algunas de estas infecciones se convierten en elementos importantes para el diagnóstico primario de infección por VIH con un gran valor pronóstico en la evolución de la infección y la aparición de sida, tal como la hipertrofia parotídea, que en muchos casos es el primer y único signo de infección por VIH. Los factores que predisponen la expresión de lesiones orales incluyen xerostomía e higiene oral deficiente. (p. 38)

Estudiando la obra de James, Donald, Craig y Nelson¹⁴ (2008), puedo conocer que:

La consideración principal para que los odontólogos atiendan al paciente con VIH/SIDA es reducir al mínimo la posibilidad de transmisión del VIH por parte del paciente infectado a los propios odontólogos, al personal de la consulta o a otros pacientes. Los procedimientos dentales que producen lesiones en el tejido blando facilitan que una cantidad de sangre se mezcle con la saliva. Los guantes protegen las manos de la mezcla de sangre y saliva en la boca del paciente infectado, pero las partículas de sangre y saliva pueden salpicar a los ojos, también existe posibilidad de infectar al paciente si un odontólogo infectado por VIH se corta el dedo a través del guante, a través de heridas quirúrgicas, úlceras o enfermedad periodontal activa. Este virus también se puede transmitir mediante agujas o instrumentos de corte. (p. 338).

¹³Estrada J. & Escobar D., (2011). *Manifestaciones orales de la infección por VIH/sida en niños y adolescentes: aspectos clínicos, epidemiología y pautas de tratamiento*. Bogotá, República de Colombia. [En línea]. Consultado: [05, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231218581005>

¹⁴James, W., Donald, A., Craig, S., Nelson, L., (2008). *Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico*. Madrid, Reino de España: española.

2.1.1. Manifestaciones bucales del VIH/SIDA.

Investigando la obra de Bordoni, Escobar y Castillo¹⁵ (2010), puedo conocer que:

Las manifestaciones bucales son frecuentes en pacientes con infección por HIV. Las manifestaciones bucales constituyen indicadores clínicos de la infección y progresión de la enfermedad causada por HIV en niños. Las infecciones bucofaciales asociadas comúnmente con la infección pediátrica por HIV incluyen la candidiasis bucal, la infección por el virus del herpes simple, el eritema gingival lineal, el agrandamiento parotídeo y las úlceras aftosas recurrentes. (pp. 740 y 741).

Analizando el boletín de la Organización Mundial de la Salud¹⁶ (2012), puedo conocer que:

Las manifestaciones bucodentales son uno de los indicadores más tempranos e importantes de la infección por el VIH. Se han identificado y evaluado internacionalmente siete lesiones fundamentales -candidiasis oral, leucoplasia vellosa, sarcoma de Kaposi, eritema gingival lineal, gingivitis ulcerativa necrotizante, periodontitis ulcerativa necrotizante y linfoma no hodgkiniano que aparecen estrechamente asociadas a la infección por VIH. Esas lesiones son un importante indicio de infección por VIH, y afectan a la mayoría de los afectados por el virus. La terapia antirretroviral puede alterar la prevalencia de las lesiones relacionadas con el VIH. Las lesiones bucodentales pueden tener un impacto importante en la calidad de vida relacionada con la salud. La salud bucodental está claramente asociada a la salud física y mental, y las personas infectadas por el VIH tienen más necesidades de salud bucodental, especialmente los niños, y los adultos en lo que respecta a las periodontopatías. (párr. 1).

Revisando el sitio web de Barbosa¹⁷ (2010), puedo referir que:

La mucosa oral y los tejidos blandos orales son susceptibles de presentar alteraciones y patologías de diverso origen. Pueden presentar afecciones por la invasión de microorganismos, por alteraciones inmunológicas, por alteraciones proliferativas e incluso por traumas. Las lesiones orales en niños pueden

¹⁵Bordoni, N., Escobar, A. & Castillo, R. (2010). *Salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual*. Odontología Pediátrica. República de Argentina: Médica Panamericana.

¹⁶Maeve M. Coogan, John Greenspan, & Stephen J. Challacombe (2012). Boletín de la Organización mundial de la salud. [En línea]. Consultado: [05, septiembre, 2014]. Disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/coogan0905abstract/es/>

¹⁷Barbosa, D. (2010). *Lesiones estomatológicas comunes en niños: actualización y manejo*. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: http://scholar.google.es/scholar?q=Diana+Mar%C3%ADa+Barbosa.+Lesiones+estomatol%C3%B3gicas+comunes+en+ni%C3%B1os+3A+actualizaci%C3%B3n+y+manejo.+&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

presentar manifestaciones clínicas y distribución similares, por lo que es de suma importancia la realización de un buen interrogatorio que informe sobre las características iniciales de la lesión, su progresión y tiempo de evolución. (párr. 2).

2.2. Enfermedades bucales oportunistas en pacientes con VIH/SIDA.

Herpes virus.

Revisando la obra de Bascones¹⁸ (2010), puedo conocer que:

El virus del herpes afecta entre el 5 y 10 % de los pacientes infectados por VIH. El herpes simple recurrente intra-oral también aparece como grupos de vesículas que asientan en el paladar duro y encías, tienen un curso prolongado y puede durar hasta meses. (p. 560).

Consultando la obra de Krowchuk y Mancini¹⁹ (2010), puedo conocer que:

Los virus del herpes simple 1 (VHS - 1) y herpes simple 2 (VHS - 2), pertenecen a la familia de virus *herpesviridae*. La primoinfección por el VHS 1, es generalmente una enfermedad de la infancia que afecta a la boca (gingivoestomatitis herpética), los labios y ojos, y en muchos casos es asintomática. (p. 63).

Eritema gingival lineal.

Revisando la obra de Langlais, et al.²⁰ (2011), puedo transcribir que:

El eritema gingival lineal, es una infección por *Candida* en personas inmunosuprimidas que se presenta como una banda rojiza a lo largo del margen gingival, que puede estar acompañado o no de sangrado y malestar. Está asociada frecuentemente con dientes anteriores, pero también se puede extender a sectores posteriores. (p. 182).

¹⁸Bascones, A. (2010). *Aspectos odontoestomatológicos del VIH/SIDA y lesiones orales asociadas*. Medicina Bucal. Reino de España: Ariel S.A.

¹⁹Krowchuk, D. y Mancini, A. (2010). *Dermatología pediátrica, guía de consulta rápida*. Reino de España: Lexus editores.

²⁰Langlais, R., Miller, C., Nield-Gehrig, J. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

Gingivitis.

Analizando la obra de Bascones²¹ (2010), puedo exponer que:

Es un signo temprano y frecuente de sujetos infectados por VIH. Aparece una encía con enrojecimiento e inflamación difusas, con afectación de la papila interdental y el margen gingival, llegando incluso a dejar zonas de hueso al descubierto por pérdida de tejidos, intensa sialorrea y hemorragia espontánea o con el cepillado. (p. 559).

Revisando la obra de Nahás, et al.²² (2009), puedo conocer que:

Una inflamación de las encías, caracterizada por el aumento del volumen, sangrado y color rojizo, causada por la presencia de placa bacteriana y ocurre por la falta de limpieza adecuada en los dientes, encía y lengua. Este tipo de inflamación siempre estará presente en los niños que respiran por la boca, en época de erupción de los dientes en la dentadura decidua o en la dentición mixta. (p. 117).

Analizando la obra de Guedes, Bonecker y Delgado²³ (2011), puedo conocer que:

Cuando la higiene bucal no es adecuada, la encía se vuelve inflamada y presenta las siguientes señales clínicas: sangrado al sondaje, alteraciones en la forma, textura, color y volumen la encía marginal, aumento del fluido gingival. Este cuadro es conocido como gingivitis. Esta lesión es muy común en la infancia, es reversible. Cuando el niño llega a la etapa de cambio de dentición alrededor de los 6 años de edad, con el proceso de rizólisis, los dientes deciduos presentan aumento de movilidad. Esto favorece mayor acumulo de placa, además la propia condición induce una inflamación que en la mayoría de las veces se traduce en gingivitis. (pp. 155 y 156).

Investigando la obra de Langlais, Miller & Nield-Gehring²⁴ (2009), puedo conocer que:

La gingivitis ocurre a cualquier edad y se diagnostica por la presencia de sangrado y cambios en el color, contorno y consistencia de la encía. Sus

²¹Bascones, A. (2010). *Aspectos odontoestomatológicos del VIH/SIDA y lesiones orales asociadas*. Medicina Bucal. Reino de España: Ariel S.A.

²²Nahás, M., Schmitt, R., & Kim, S. (2009). *Salud bucal del Bebe al Adolescente*. Odontología Pediátrica. Reino de España: Livraria Santos.

²³Guedes, A., Bonecker, M. y Delgado, C. (2011). *Fundamentos de odontología*. Odontopediatria. República de Brasil: Santos.

²⁴Langlais, R., Miller, C., y Nield-Gehring, J. (2009). *Atlas a Color de enfermedades bucales*. Estados Unidos Mexicanos: El Manual Moderno s.a. de c.v.

características incluyen una encía marginal hinchada roja, pérdida de puntillero, papilas interdentes bulbosas rojo-moradas, y aumento del flujo de líquido de la hendidura gingival.

La gingivitis no tiene predilección sexual o racial, y se clasifica de acuerdo a la distribución, duración, causa e intensidad. La distribución puede ser general, local, marginal o papilar. La duración puede ser aguda o crónica. El tratamiento de la gingivitis es la remoción frecuente y regular de la placa bacteriana; la gingivitis no tratada puede avanzar a periodontitis. (p. 84).

Estudiando la obra de Boj, Catalá, García, Mendoza y Planells²⁵ (2011), puedo conocer que:

Es importante destacar que en las gingivitis, la placa siempre está presente en el inicio, aunque no obligadamente en grandes cantidades, pero siempre va a ser la encargada de iniciar o exacerbar la severidad de la lesión. Factores locales o sistémicos pueden modificar la respuesta del huésped ante acúmulos pequeños, provocando una clínica más llamativa incluso que en los casos de pequeños depósitos, lo que explicara los casos en que la placa no es ni cualitativa ni cuantitativamente muy importante y sin embargo se ve una gran inflamación en la encía. (p. 473).

Indagando la obra de Higashida²⁶ (2009), puedo exponer que:

Löe y Sillness crearon el índice gingival para recoger datos de la inflamación de la encía, lo que indica la presencia de actividad inflamatoria en el periodonto y se lo determina en una escala de 0 a 3: 0= encía normal o sana, 1= inflamación leve, manifiesta ligero cambio de color y ligero edema, 2= inflamación moderada, 3= inflamación intensa, con enrojecimiento, edema, ulceración y tendencia a la hemorragia espontánea. (p. 228).

Ulceras aftosas recurrentes.

Analizando la obra de Bascones²⁷ (2010), puedo referenciar que:

Las úlceras aftosas mayores pueden ser encontradas en cualquier parte de la mucosa oral. La presencia de estas úlceras en pacientes con VIH+ es sugestiva ya de severa inmunosupresión y puede servir como un marcador para la

²⁵Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). *La evolución del niño joven*. Odontopediatría. Madrid, Reino de España: Medica Ripano.

²⁶Higashida, B (2009). *Odontología preventiva*. (2ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: McGraw – Hill interamericana editores, s.a. de c.v.

²⁷Bascones, A. (2010). *Aspectos odontoestomatológicos del VIH/SIDA y lesiones orales asociadas*. Medicina Bucal. Reino de España: Ariel S.A.

progresión de la enfermedad. Además, el dolor y la curación son más lentos, lo que provoca una disminución de la ingesta de alimentos que afecta negativamente al estado general de los pacientes. (p. 566).

Hiperplasia Parotídea.

Examinando el sitio web escrito por Barbosa²⁸ (2010), puedo conocer que “la parotiditis es la inflamación y tumefacción de la glándula salivar parótida. Su etiología puede ser viral o bacteriana. Esta puede ser parotiditis viral y parotiditis bacteriana”. (p. 4).

Candidiasis oral.

Analizando el artículo publicado por Barbosa²⁹ (2010), puedo exponer que:

La *Candida albicans* es un habitante normal de la boca. En eventos de inmunosupresión, en patologías sistémicas, luego de la ingesta de antibióticos de amplio espectro y en casos de utilización de aparatos con cubrimiento palatino, los niños pueden presentar una exacerbación de estos microorganismos y presentar candidiasis. Según su apariencia clínica, en niños, se pueden presentar básicamente tres tipos: Candidiasis pseudomembranosa, Candidiasis eritematosa, la queilitis angular. (p. 3).

Investigando la obra de Philip, Eversole y Wysocki³⁰ (2012), puedo conocer que:

Las formas agudas o crónicas persistentes y refractarias de infección de la mucosa oral por *C. albicans*, es un indicador temprano de deterioro inminente del sistema inmunitario en pacientes con VIH-positivos. La candidiasis es el prototipo clásico de una infección oportunista. Se trata de un microorganismo

²⁸Barbosa, D. (2010). *Lesiones estomatológicas comunes en niños: actualización y manejo*. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: http://scholar.google.es/scholar?q=Diana+Mar%C3%ADa+Barbosa.+Lesiones+estomatol%C3%B3gicas+comunes+en+ni%C3%B1os%3A+actualizaci%C3%B3n+y+manejo.&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

²⁹Barbosa, D. (2010). *Lesiones estomatológicas comunes en niños: actualización y manejo*. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: http://scholar.google.es/scholar?q=Diana+Mar%C3%ADa+Barbosa.+Lesiones+estomatol%C3%B3gicas+comunes+en+ni%C3%B1os%3A+actualizaci%C3%B3n+y+manejo.&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

³⁰Philip, J., Eversole, L., y Wysocki, G. (2012). *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. (2ª ed.) Reino de España. Barcelona: Elsevier España.

comensal de la cavidad oral que se convierte en patógeno cuando existen los factores predisponentes apropiados. Un gran número de factores puede predisponer al tejido oral al desarrollo de candidiasis. (pp. 230 y 241).

Indagando la obra de Higashida³¹ (2009), puedo transcribir que:

Candidiasis eritematosa: se manifiesta por manchas rojas homogéneas o de apariencia puntiforme en la mucosa bucal, principalmente en el paladar y el dorso de la lengua. La lengua puede adquirir una apariencia lisa con áreas sin papilas. La eritematosa es la candidiasis más frecuente y suele ser manifestación temprana a infección.

Candidiasis seudomembranosa: es más común cuando existe el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Se caracteriza por depósitos de aspectos color blanco-amarillento en cualquier parte de mucosa oral, que se despegan con el raspado y deja una superficie eritematosa sangrante.

Candidiasis hiperplásica: Se observa como una placa blanca que se desprende con el raspado, en pacientes seropositivos se localiza de manera bilateral en la mucosa yugal, en tanto que en los pacientes seronegativos aparece en el área retrocomisural. (p. 24).

Caries.

Analizando de obra de Nahás³² (2009), puedo referenciar que:

La caries aguda en niños pequeños, es un síndrome de naturaleza multifactorial complejo en el que el amamantamiento es uno de los factores determinantes. La forma más común de manifestación de la caries precoz en niños está asociada a hábitos de dormir mamando leche azucarada, por ausencia de higiene bucal, por el tiempo de exceso de líquidos fermentables en la boca del niño. Es un problema serio ya que niños afectados son muy pequeños y las lesiones evolucionan de forma aguda. Los niños infectados por el VIH desarrollan lesiones de caries dentarias extensas, teniendo una alta prevalencia. Este hecho se explica no solo por la alta concentración de sacarosa presente en los medicamentos de uso y por la consecuente xerostomía, sino también debido a la ingestión de una dieta cariogénica. Además de eso hay mayor predisposición para adquirir lactobacilos y *S. mutans* en estos niños. (pp. 167 y 599).

³¹Higashida, B (2009). *Odontología preventiva*. (2da. ed.). Estados Unidos Mexicanos: McGraw – Hill interamericana editores, s.a. de c.v.

³²Nahás, M. (2009). *Odontopediatra en la primera infancia*. Reino de España: Livraria Santos.

Estudiando la obra de Ross y Pawlina³³ (2007), puedo conocer que: “la caries dental es una enfermedad microbiana infecciosa de los dientes cuya consecuencia es la destrucción de los tejidos calcificados afectados, o sea el esmalte, dentina y el cemento”. (p. 540).

Consultando la información disponible de Hormigot, et al.³⁴ (2013), puedo conocer que:

La caries se considera un proceso o enfermedad destructiva crónica que se produce en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante. Su resultado es una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros. Esta aparece en la infancia y su mayor incidencia tenemos a los niños que presentan necesidades especiales de salud, los hijos de madres con caries múltiples, los portadores de caries o niños inmunodeficientes con signos de desmineralización dentaria, los que acostumbran a dormirse con mamadera, especialmente en la noche, y los niños del nivel socioeconómico bajo. (párr. 1-9).

Investigando la obra de Bordoni, Escobar y Mercado³⁵ (2010), puedo transcribir que:

Diferentes estudios han comunicado un incremento en la prevalencia de caries en niños con infección por VIH. Este fenómeno puede deberse a múltiples factores como: los cambios de flujo salival, el uso crónico de medicamentos, el compromiso inmunológico está asociado ya que incrementa el número de bacterias cariogénicas en saliva y placa o que existe mayor necesidad de ingerir carbohidratos para mantener el peso corporal. (p. 742).

Examinando la obra de Guedes, Bonecker y Delgado³⁶ (2011), puedo saber que:

La saliva es el principal sistema de defensa del individuo contra las caries dentarias, debido a sus características clínicas, mecánicas, antimicrobianas e inmunológicas. El principal factor relacionado a las caries dentarias es el flujo

³³Ross, M y Pawlina, W. (2007). *Texto y atlas a color con Biología Celular y Molecular*. (5^a ed.). República de China: Médica Panamericana S.A.

³⁴Hormigot, L., Reyes, D., González, A., y Meriño, Y. (2013). *Revista Biomedica revisada por pares*. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5674>

³⁵Bordoni, N., Escobar, A., & Castillo, R. (2010). *Salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual*. Odontología Pediátrica. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

³⁶Guedes, A., Bonecker, M., Delgado, C., (2011). *Fundamentos de odontología*. Odontopediatria. Brasil: Santos.

salival., no obstante la saliva tenga un importante papel en el lavado de los restos alimenticios de la cavidad bucal, en el tamponado de los ácidos producidos por el Biofilm bacteriano. Además la saliva posee propiedades antimicrobianas. (p. 135).

Estudiando la obra de Negroni³⁷ (2009), puedo exponer que:

La interacción de la dieta caries dental constituye un aspecto de importancia trascendental ya que los alimentos son la fuente de los nutrientes necesarios para el metabolismo de los microorganismos. No hay ninguna evidencia de producción natural de caries sin la presencia de carbohidratos en la dieta. A esto debe agregarse que la placa o Biofilm expuesto a azúcares produce un descenso del pH que es necesario para la descalcificación del esmalte. (p. 240).

Analizando la obra de Martin, et al.³⁸ (2008), puedo conocer que: “el índice de caries se puede clasificar en: índice de caries tomando como unidad de medida al individuo y índice de caries tomando como unidad de medida la pieza dentaria, se distinguen los índices de detención temporal y dentición permanente”. (p. 26).

Consultando la información disponible del sitio web de Klein y Palmer y Grubbel³⁹, puedo saber que:

Las características de la caries dental en niños estimada a través del levantamiento de los índices CPO y ceo, ofrecen información sobre el número de dientes afectados en la caries dental. Son útiles para la evaluación de las condiciones de salud bucal prevalente en un grupo poblacional. (párr. 1).

Analizando la obra de López⁴⁰ (2010), puedo exponer que:

Las características propias de la caries y de su historia natural han facilitado la elaboración de índices que permiten la medición adecuada de esta enfermedad

³⁷Negroni, M. (2009). *Microbiología Estomatológica fundamentos y guía práctica*. (2ª ed.). República de Argentina: Médica Panamericana S.A.

³⁸Martin, C. et al, (2008). *Vigilancia epidemiológica*. Reino de España: Vértice.

³⁹Klein y Palmer y de Grubbel. *Índices de Caries*. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://documents.pageflip-flap.com/4hX3MlvaedOhIAFckhh#.U2sUSVdvCS0=&p=4&z=0>

⁴⁰López, J. (2010). *Higiene oral*. República de Colombia: Zamora Ltda.

prueba de ello es el Índice CPO-D, que significa: (d) dientes, con (c) caries, (p) perdidos o ausentes y (o) obturados. Para los dientes temporales, se toma o mide índice ceo-d, usado para dentición mixta, donde se hace el recuento de los (d) dientes temporales o deciduos, (c) cariados, (e) extracción indicada por caries y (o) obturados. (pp. 172 y 173)

Continuando con la obra de López⁴¹ (2010), puedo conocer que:

La edad juega un papel muy importante ya que parece estar relacionada con la aparición de caries que percibe la población de menor edad, esta es en mayor proporción, probablemente porque su capacidad matriz y la comprensión del significado de salud oral, limita sustancialmente la práctica de higiene oral. (p. 86).

Placa bacteriana.

Estudiando la obra de Cawson y Odell⁴² (2009), puedo saber que:

La placa es un depósito muy adherente que se fija fuertemente sobre la superficie de los dientes y que consiste en una matriz orgánica con una densa concentración de bacterias. Microbiológicamente la placa es una biopelícula que consiste en una fase viscosa deshidratada formada a partir de bacterias. (p. 42).

Investigando la obra de Palma y Sánchez⁴³ (2013), puedo saber que:

La placa bacteriana, en función de la superficie dental de localización se clasifica en placa supragingival o infragingival. Esta última es la que se deposita debajo del margen gingival, sobre el surco gingival. En esta se pueden diferenciar dos estructuras: La placa adherida: es aquella que se encuentra unida al diente y que a clasificarse, formando cálculos y contribuyendo a ocasionales lesiones de caries radiculares. Y placa no adherida es aquella placa que no llega a unirse al diente y que avanza en dirección apical y contribuyendo a la periodontitis y está constituida principalmente por bacterias móviles de cepas Gram negativas. (p. 350).

⁴¹López, J. (2010). *Higiene oral*. República de Colombia: Zamora Ltda.

⁴²Cawson, R. y Odell, E., (2009). *Fundamentos de Medicina y Patología Oral*. (8ª ed.). Reino de España: Copyright Editorial Elsevier s.a.

⁴³Palma, A y Sánchez, F (2013). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. (2ª ed.). Reino de España: Copyright Ediciones paraninfo s.a.

Analizando la obra de Iglesias y Gutiérrez⁴⁴ (2009), puedo conocer que:

La formación de la placa bacteriana se realiza en tres fases:

Estadio de película adquirida: Cuando el diente está limpio se forma una película adherida compuesta de glucoproteínas de saliva. Esta capa protege al esmalte pero colonizan bacterias sobre ella.

Estadio de colonización bacteriana: a las 24 o 48 horas las bacterias que viven en la boca comienza a depositarse sobre la película adquirida. Y esto da paso a una tercera fase.

Al tercer o cuarto día las bacterianas se han multiplicado y comienzan aparecer la matriz antibacteriana formada por sustancias orgánicas como las proteínas salivales, polisacáridos extracelulares de síntesis bacterianas y minerales como el calcio, fosfato. La acidez de la placa es neutralizada por la acción de la saliva, y puede comenzar a formarse ácidos en cuestión de horas y ocasionar una gingivitis al cabo de dos días. La acumulación de placa es muy intensa en las zonas cervicales de los dientes y en las zonas interproximales. (p. 204).

Investigando la obra de Higashida⁴⁵ (2009), puedo exponer que:

Sillness y Löe desarrollaron el índice de placa el cual se mide en base a su grosor y el puntaje es el siguiente, 0 = no hay placa en la zona gingival, 1 = placa no visible en el margen gingival libre, que se reconoce al pasar el explorador, 2 = placa visible pero moderada, 3 = placa abundante. (p. 228).

Analizando la obra de Herazo⁴⁶ (2012), puedo transcribir que:

Podemos detectar la presencia de placa bacteriana dental mediante examen clínico, por exploración visual con o sin tinción. Se puede observar por medio de exploradores dental o sustancias reveladoras.

Si se hace por medio de examen visual se detectan masas o grupos adheridos al diente, si se hace con el explorador, al pasar este por la superficie dental se observa como se desprende dichas más o grupos, si es con sustancia reveladora esta se tiñe intensamente las zonas donde se encuentran. (pp. 200 y 201).

⁴⁴Iglesias, P y Gutiérrez, P (2009). *Técnicas de ayuda odontológica/ estomatológica*. Reino de España: Editorial Editex s.a.

⁴⁵Higashida, B (2009). *Odontología preventiva*. (2ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: McGraw – Hill interamericana editores, s.a. de c.v.

⁴⁶Herazo, B. (2012). *Clínica del Sano en Odontología*. (4ª ed.). Bogotá, Republica de Colombia: Ecoe Ediciones.

2.3. Formulación de hipótesis.

2.3.1. Hipótesis general.

En los niños con diagnóstico de VIH/SIDA es frecuente la caries y enfermedad gingival.

2.3.2. Unidades de observación y análisis.

Los niños/as con diagnóstico de VIH/SIDA que se incluyó en la investigación son de 3 a 15 años que pertenecen a la fundación Soga de Portoviejo.

2.3.3. Matriz de operacionalización de las variables.

Anexo 1, p. 52.

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Investigación de campo.

3.2. Tipo de investigación.

Descriptivo de corte transversal en el área de salud.

3.3. Método.

Observación, se realizó examen clínico odontológico a cada niño/a que pertenece a la fundación Soga y fueron atendidos en el área de Odontología del hospital Provincial Verdi Cevallos Balda, debido a que este presenta las adecuaciones necesarias para este tipo de investigación. Se ejecutó la identificación de 41 pacientes que conformaron la muestra, atendiendo criterios de inclusión y exclusión del estudio. Se realizó medidas preventivas, restauraciones y exodoncias. Sondaje para medir el índice gingival, examen visual a la cavidad oral para ver si existían manifestaciones bucales prioritarias del VIH/SIDA, aplicado a todos los casos para alcanzar los objetivos de la investigación.

3.3.1. Metodología y análisis.

Los datos recogidos se organizaron en una base de datos de Microsoft Excel que fue el instrumento empleado para su procedimiento. Con el propósito de evaluar el comportamiento de las manifestaciones bucales se empleó como estadígrafo

descriptivo el porcentaje que es una medida de tendencia central que aporta elementos para describir la frecuencia de aparición de determinados rasgos o caracteres objeto de evaluación.

3.4. Técnica.

Examen clínico odontológico a los niños y niñas con diagnóstico VIH/SIDA.

3.5. Instrumentos.

Para la investigación se utilizó el instrumento de historia clínica odontológica y planilla de consentimiento. Ver anexo 2, p.53 y anexo 3, p. 54.

3.6. Recursos.

3.6.1. Talento Humano.

-Investigadora Panchana Moreira Gema Mercedes.

-Tutora Dra. Amarilis Martín Moya.

3.6.2. Recursos materiales.

-Materiales de oficina.

-Textos o libros.

-Copias.

-Instrumentos de diagnóstico.

-Fotografías.

-Tinta.

-Encuadernación.

-Guantes.

-Mascarillas.

3.6.3. Recursos tecnológicos.

- Computador.
- Internet.
- Flash memori.
- Equipo de impresión.
- Scanner.
- Cámara fotográfica.

3.6.4. Recursos Económicos.

- Anexo 4, p. 55.

3.7. Población y muestra.

3.7.1. Muestra.

Se trabajó con el universo de los niños/as de 3 a 15 años de edad con diagnóstico VIH/SIDA que pertenecen a la Fundación Soga del cantón Portoviejo periodo marzo – agosto de 2014.

3.7.2. Tipo de muestra.

El tipo de muestra que se utilizó fue no probabilística, por convivencia pues la investigación se realizó con los niños y niñas de 3 a 15 años de edad diagnosticados como pacientes con VIH/SIDA. Este dato estaba recogido en la base de datos de la fundación Soga.

- Criterio de inclusión.

Niños/niñas que pertenezcan a la fundación Soga.

Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA determinado mediante examen sanguíneo y que estuvieron dispuestos a colaborar con la investigación.

-Criterios de exclusión.

Pacientes sin diagnóstico VIH/SIDA.

Pacientes con enfermedades sistémicas.

3.8. Proceso de recopilación de la información.

La información se obtuvo mediante las historias clínicas que se realizó al momento que los pacientes iban llegando a la consulta.

3.8.1. Población.

La población la constituye 41 niños/as de 3 a 15 años de edad con diagnóstico VIH/SIDA que pertenecen a la fundación Soga del cantón Portoviejo legales de los niños con diagnóstico de VIH/SIDA incluidos en la investigación, se les ofreció información precisa sobre los objetivos de la misma. Y Se contó con el consentimiento oral y escrito, para lo cual se confeccionó una planilla. Anexo 3, p. 54.

3.9. Procesamiento de la información.

La información estadística se digitalizó en una base de datos de un software unitario Microsoft Office 2010 – Microsoft Excel 2010. El cronograma de trabajo se lo digitalizó con un software de un paquete unitario Microsoft office 2010- Microsoft Excel 2010.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de Resultados.

Cuadro 1.
Distribución de niños/as según la edad y sexo.

Distribución de la población según la edad y sexo.				
Edad.	Sexo.		Frecuencias relativas (porcentaje).	
	Frecuencia absoluta.			
	Sexo femenino.	Sexo masculino.	Sexo femenino.	Sexo masculino.
3	2		5%	
4		3		7%
5	4	2	10%	5%
6		2		5%
7	3		7%	
8	2	2	5%	5%
9	2	1	5%	2%
10	2	1	5%	2%
11	1	2	2%	5%
12	2	1	5%	2%
13	3	1	7%	2%
14		2		5%
15	2	1	5%	2%

Nota: Distribución de niños/as según la edad y el sexo.
Elaborado por: autora de esta tesis. Anexo 2, p. 53.

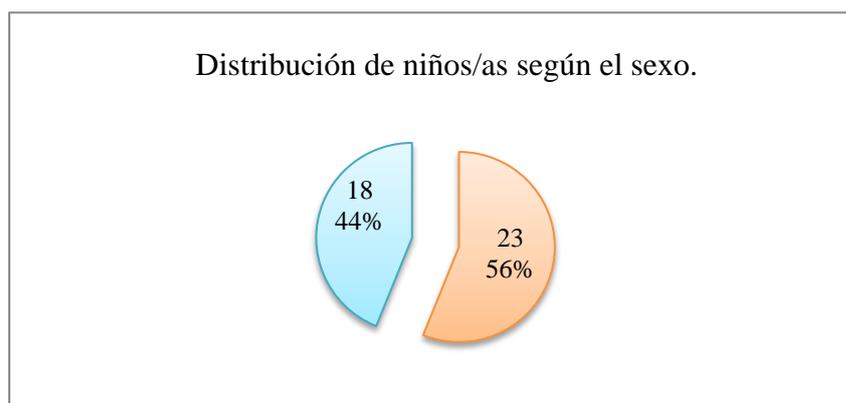


Grafico No. 1. Datos obtenidos del cuadro 1.
Elaborado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 25.

Análisis.

Durante el proceso de investigación de campo se tomó como muestra 41 niños y niñas de 3 a 15 años de edad con diagnóstico de VIH/SIDA, luego de la tabulación de las historias clínicas podemos verificar que el sexo que más predomina es el femenino.

Comparando con la investigación realizada en el Hospital Nacional de Mpilo⁴⁷ (2009), puedo conocer que: “el grupo más afectado era el de sexo femenino. Cabe resaltar que todos los niños fueron infectados por transmisión vertical”. (párr. 1).

⁴⁷Sosa, M., Amarán, J., Pérez, M., Berenguer, C. y García, J. (2009). *Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en niños institucionalizados en el Hospital Nacional de Mpilo (Zimbabwe)*. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192009000200003&script=sci_arttext

Cuadro 2.
Distribución de niños/a según el número de piezas temporales cariadas.

Distribución de niños/as según el número de piezas temporales cariadas.		
No. de caries.	Frecuencia Absoluta.	Frecuencias relativas (porcentaje).
1	2	10%
2	1	5%
3	1	5%
4	2	10%
5	1	5%
6	3	15%
7	1	5%
8	2	10%
9	3	15%
10	0	0%
11	2	10%
12	1	5%
13	1	5%

Nota: Distribución de niños/as según el número de piezas temporales cariadas.
 Elaborado por: autora de esta tesis. Anexo 2, p. 53.

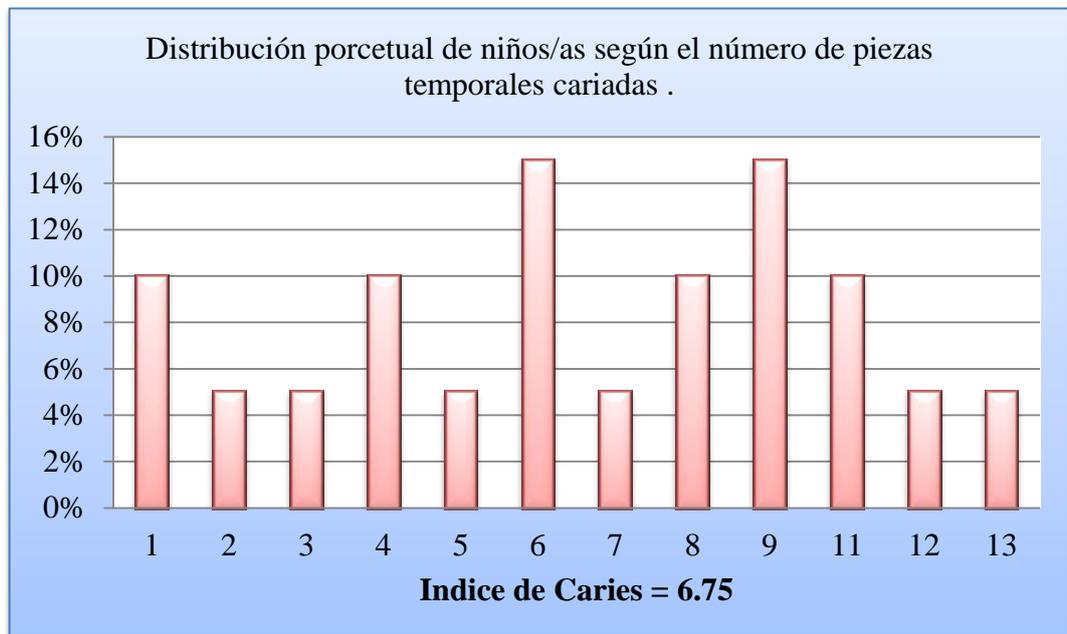


Grafico No. 2. Datos obtenidos del cuadro 2.
 Elaborado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 27.

Cuadro 3.
Distribución de niños/as según el número de dentición mixta cariada.

Distribución de niños/as según el número de dentición mixta cariada.		
No. de caries.	Frecuencia Absoluta.	Frecuencias relativas (porcentaje).
1	1	5%
2	3	14%
3	2	10%
4	1	5%
5	1	5%
6	2	10%
7	2	10%
8	2	10%
9	3	14%
10	1	5%
11	2	10%
12	1	5%
13	0	0%

Nota: Distribución de niños/as según el número de dentición mixta cariada.

Elaborado por: autora de esta tesis. Anexo 2, p. 53.

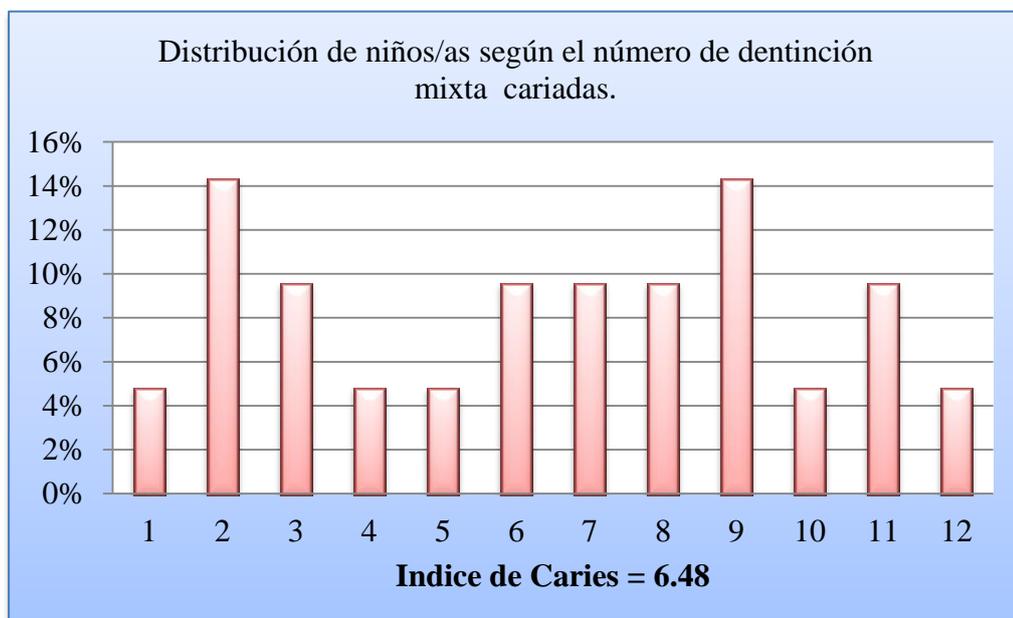


Grafico No. 3. Datos obtenidos del cuadro 3.
 Elaborado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 28.

Análisis.

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación, podemos indicar que se observaron pacientes con distribución homogénea tanto para la baja como alta frecuencia y es así como se concluye que hay una elevada frecuencia de caries con un índice de ± 6.75 para la dentición caduca y un ± 6.48 para la dentición mixta.

Comparando los resultados de esta investigación con lo escrito por Nahas⁴⁸(2009), puedo conocer que:

Los niños infectados por el VIH desarrollan lesiones de caries dentarias extensas, teniendo una alta prevalencia. Esto se debe por la alta concentración de sacarosa presente en los medicamentos de uso y por la consecuente xerostomía, también debido a la ingestión de una dieta cariogénica. Además de eso hay mayor predisposición para adquirir lactobacilos y *S. mutans*. (p. 599).

⁴⁸Nahás, M. (2009). Odontopediatría: *Odontopediatra en la primera infancia*. Reino de España: Livraria Santos.

Cuadro 4.
Distribución de niños/as según el número de piezas obturadas.

Distribución de niños/as según el número de piezas obturadas.		
No. de obturaciones.	Frecuencia Absoluta.	Frecuencias relativas (porcentaje).
0	20	49%
1	10	24%
2	6	15%
3	3	7%
4	2	5%

Nota: Distribución de niños/as según el número de piezas obturadas.
 Elaborado por: autora de esta tesis. Anexo 2, p. 53.

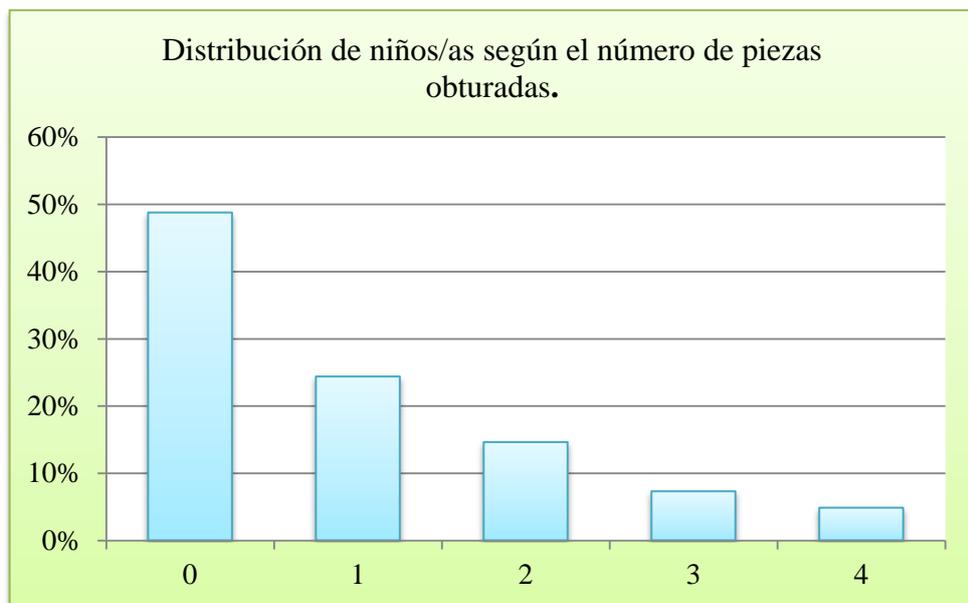


Grafico No. 4. Datos obtenidos del cuadro 4.
 Elaborado por: autora de esta tesis. Cap. IV. p. 30.

Análisis.

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación, podemos indicar que existe un alto índice de piezas obturadas en los niños y niñas con diagnóstico de VIH/SIDA, que representa el 51%. Y comparando con los resultados de dientes cariados podemos decir que esto se debe al deterioro inmunológico que presentan los niños/as y más aún cuando existe sintomatología severa. También podemos concluir que existe la falta de interés por parte de los padres de familia o tutores ya que esta población no tiene una asistencia odontológica ni tratamiento adecuado como se aprecia en los resultados.

Cuadro 5.
Distribución de niños/as según el número de piezas perdidas.

Distribución de niños/as según el número de piezas perdidas.		
No. de piezas perdidas.	Frecuencia Absoluta.	Frecuencias relativas (porcentaje).
0	27	66%
1	6	15%
2	8	20%

Nota: Distribución de niños/as según el número de piezas pérdida.
 Elaborado por: autora de esta tesis. Anexo 2, p. 53.

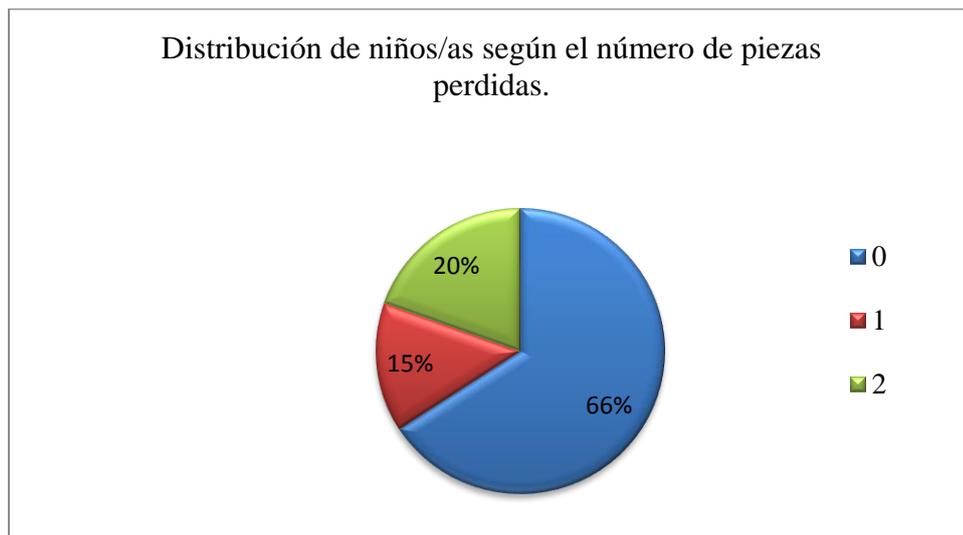


Grafico No. 5. Datos obtenidos del cuadro 5.
 Elaborado por: autora de esta tesis. Cap. IV. p. 32.

Análisis.

De acuerdo a los datos del concentrado de indicadores epidemiológicos en salud bucal, representados en el cuadro y en el grafico nos indica que hay: 27 niños que representa el 66% no presentaron piezas pérdidas, 6 niños que representa el 15% presentaron 1 de pieza pérdida, 8 niños que equivale al 20% presentaron 2 de piezas perdidas.

Cuadro 6.
Placa bacteriana en los niños/as con VIH/SIDA de la fundación Soga.

Placa bacteriana.		
Grado de placa bacteriana.	Frecuencia Absoluta.	Frecuencias relativas (porcentaje).
0	0	0%
1	23	56%
2	18	44%
3	0	0%

Nota: índice de placa bacteriana.
Elaborado por: autora de esta tesis. Anexo 2, p. 53.

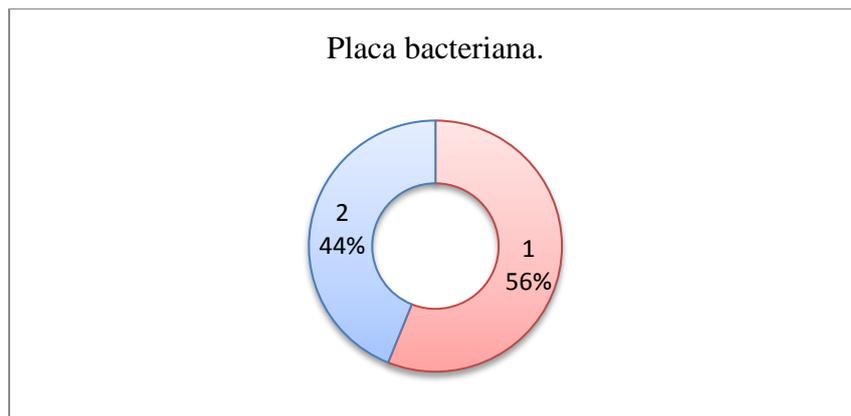


Grafico No. 6. Datos obtenidos del cuadro 6.
Elaborado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 34.

Análisis.

De acuerdo a los datos del concentrado de Indicadores Epidemiológicos en salud bucal, representados en el cuadro y en el grafico nos indica que hay: 23 niños que representa el 56% presentaron placa bacteriana índice 1, 9 niños que representa el 44% presentaron placa bacteriana índice 2, y finalmente ningún niño presento placa bacteriana índice 3.

Investigando la obra de Barrancos y Barranco⁴⁹ (2006), puedo conocer que:

La biopelícula o placa dental baña las superficies dentarias según Marcantoni, corresponde a una entidad bacteriana proliferante con actividad enzimática que se adhiere firmemente a las superficies dentarias y que por su activada bioquímica y metabólica ha sido propuesta como el agente etiológico principal de la caries. (p. 300).

El alto índice de placa bacteriana debido a una inadecuada higiene oral, se evidencio en esta investigación lo que constituye un factor predisponente para que exista la caries dental.

⁴⁹Barrancos, M. y Barrancos, P. (2006). *Operatoria dental integración clínica*. (4^a ed.). República de Argentina. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.

Cuadro 7.
Distribución de niños/as según el grado de Gingivitis.

Gingivitis.		
Grado de gingivitis.	Frecuencia Absoluta.	Frecuencias relativas (porcentaje).
0	32	78%
1	9	22%

Nota: grado de gingivitis en la población.
Elaborado por: autora de esta tesis. Anexo 2, p. 53.

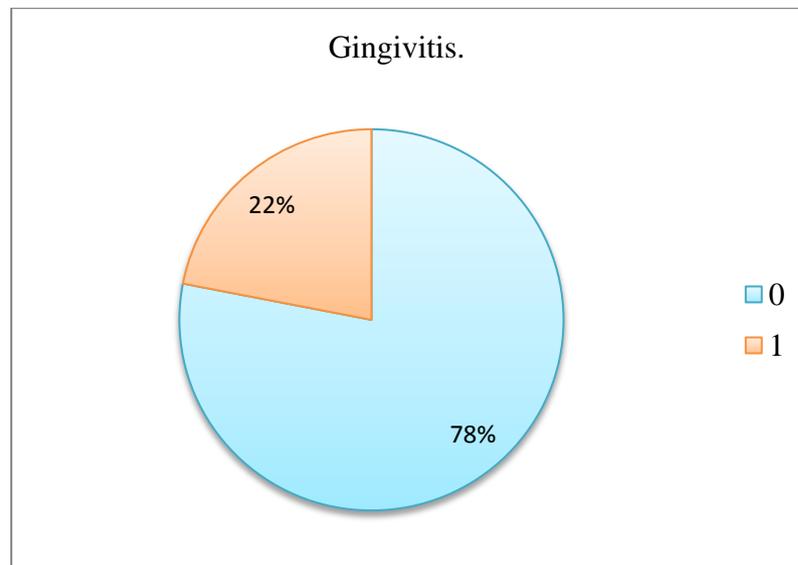


Grafico No. 7. Datos obtenidos del cuadro 7.
Elaborado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 36.

Análisis.

De acuerdo a los datos del concentrado de Indicadores Epidemiológicos en salud bucal, representados en el cuadro y en el grafico nos indica que hay: 32 niños que representa el 78% no presentaron gingivitis y 9 niños que representa el 22% presentaron gingivitis grado 1.

Por lo que podemos inferir en esta investigación que casi la cuarta parte de la población presenta gingivitis aun cuando en niños no es tan común pero es una complicación del VIH/SIDA.

Investigando la obra de J. Boj, M Catalá, C. García, A. Mendoza, P. Planells⁵⁰ (2011), puedo conocer que: “la gingivitis y la placa siempre está presente en el inicio, aunque no obligadamente en grandes cantidades, pero siempre va a ser la encargada de iniciar o exacerbar la severidad de la lesión”. (p. 212).

⁵⁰Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., Planells, P. (2011). *La evolución del niño joven*. Odontopediatria. Reino de España: Medica Ripano.

Cuadro 8.
Manifestaciones bucales más frecuentes en niños/as con VIH/SIDA.

Manifestaciones bucales más frecuentes en niños/as con VIH/SIDA.		
Enfermedades más frecuentes.	Frecuencia Absoluta.	Frecuencias relativas (porcentaje).
Candidiasis.	37	90%
Infección por virus herpes.	2	5%
Eritema gingival lineal.	2	5%
Hiperplasia parotídea.	1	2%
Ulceraciones aftosas.	11	27%

Nota: enfermedades bucales más frecuentes en la población.

Elaborado por: autora de esta tesis. Anexo 2, p. 53.

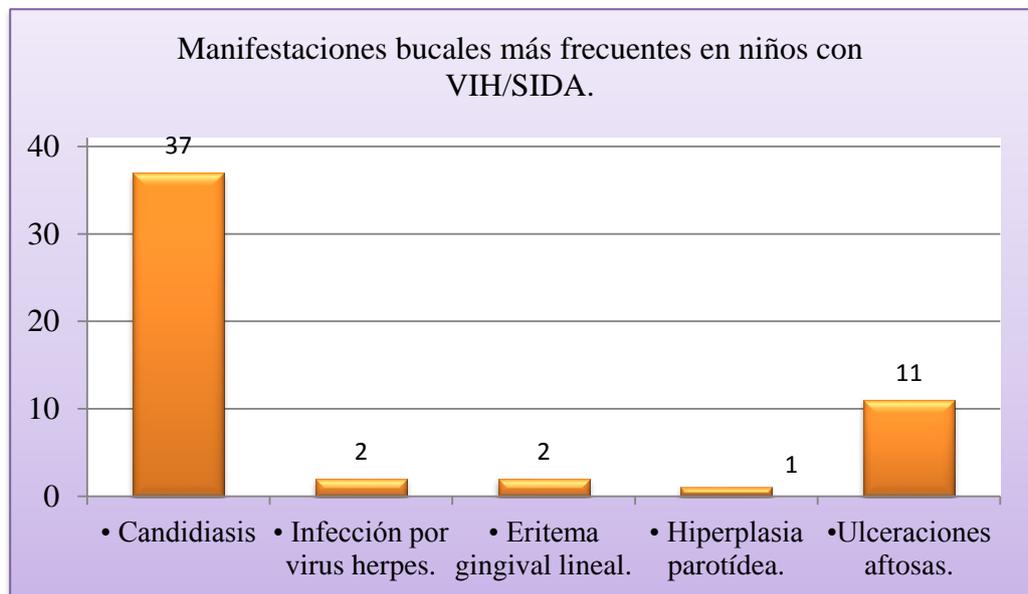


Grafico No. 8. Datos obtenidos del cuadro 8.
 Elaborado por: autora de esta tesis. Cap. IV, p. 38.

Análisis.

De acuerdo con los datos obtenidos en esta investigación sobre las manifestaciones bucales más frecuentes en los niños y niñas con VIH/SIDA, podemos indicar que existe mayor predominio de la Candidiasis debido a que es un huésped normal en la boca y oportunista ante pacientes con inmunosupresión. Seguida de las úlceras aftosas, infección por herpes virus, eritema gingival e hiperplasia parotídea.

Comparando los resultados de la investigación con la obra de Muñoz, et al⁵¹ (2002), puedo referir que:

Las lesiones orales que con mayor frecuencia que podemos encontrar en niños con (VIH+) son: candidiasis oral, eritema lineal gingival, gingivitis, úlceras aftosas, herpes simple y afectación de las glándulas salivales. Esta disparidad puede ser debido tanto al grado de inmunosupresión que presentan los pacientes en distintas muestras como a las diferencias socio-geográficas propias de cada estudio. (p. 171).

⁵¹Muñoz, L., Marín, I., Aznar, T. y Domínguez, A. (2002). *Necesidad de los tratamientos odontológicos y su control en niños con VIH (+)*. Relación odontólogo-pediatra. Medicina oral. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv7_i3_p171.pdf

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Del análisis de interpretación de los resultados obtenidos en la investigación de campo realizada en la Fundación Soga del Cantón Portoviejo, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Podemos concluir que en la mayoría de los niños con VIH/SIDA existe un alto riesgo de caries dental. Un alto grado de placa bacteriana y gingivitis. También se evidencia despreocupación en los padres de familia o tutores en el tratamiento odontológico provocando una salud oral deficiente en esta población.

En los niños/as con diagnóstico de VIH/SIDA podemos concluir que predomina la Candidiasis como infección oportunista en pacientes inmunodeprimidos, seguida de las úlceras aftosas y con menor medida tenemos el eritema gingival, herpes simple e hiperplasia parotídea.

5.2. Recomendaciones.

Por las conclusiones obtenidas a partir de los resultados de las encuestas aplicadas a los padres de familia o tutores y las observaciones clínicas realizadas a los niños y niñas con diagnóstico de VIH/SIDA se dan las siguientes recomendaciones:

Es esencial desarrollar programas y trabajos educativos para que los padres de familia o tutores y niños/as con diagnóstico de VIH/SIDA de la fundación Soga aprendan a conservar y mantener una correcta salud oral.

Realizar controles trimestrales para así prevenir enfermedades bucales que pueden presentarse en niños y niñas seropositivos.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta Alternativa.

6.1. Datos informativos.

6.1.1. Nombre de la propuesta: Programa de seguimiento que muestran dos opciones: educativa (salud oral) y control bucal de los niños/as con diagnóstico de VIH/SIDA.

6.1.2. Fecha de inicio.

Mayo 2014.

6.1.3. Clasificación.

Intervención Social.

6.1.4. Localización geográfica.

En la ciudad de Portoviejo, parroquia 12 de marzo, hospital provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

6.1.5. Descripción de los beneficiarios.

La propuesta consta con dos tipos de beneficiarios los directos y los indirectos.

Los beneficiarios directos están constituidos por los niños/as con diagnóstico de VIH/SIDA.

Los beneficiarios indirectos lo conforman los padres de familia o tutores.

6.2. Justificación.

La propuesta pretende alcanzar el interés de los padres de familia para que los hijos tengan buena salud bucal. Se justifica de manera que al realizar la propuesta los beneficiarios directos sean los niños y niñas con diagnóstico de VIH/SIDA de la fundación Soga.

Mediante esta propuesta también podemos prevenir prematuramente enfermedades bucales oportunistas frecuentes que afectan a los niños y niñas con diagnóstico de VIH/SIDA y promover hábitos de higiene oral.

6.3. Marco institucional.

Según el Coordinador de la Fundación Soga Vinces⁵², puedo conocer que:

La fundación Soga se encuentra ubicada en la provincia de Manabí del cantón Portoviejo, esta fue creada con el acuerdo ministerial 2187. La organización se encuentra constituida mediante derecho ejecutivo 1450 y fue fundada el 7 de febrero de 1994. El director ejecutivo de esta fundación es el Sr. Jairo Cristóbal Vinces, el cual fue el fundador de dicha fundación.

Al momento no cuenta con una dirección específica ni un lugar asentado debido a que no tiene ningún terreno para poder ser construida y cumplir satisfactoriamente con todos los objetivos. Pero esto no impide que cumplan su labor de ayudar a esta población, en el cual cita cada fin de mes a los padres de familia o tutores legales de los niños con diagnóstico VIH/SIDA para proveerlos de alimentos, suplementos alimenticios, vitaminas, leche especial para estos niños y tratamiento antirretrovirales. Actualmente esta fundación cuenta con 48 niños con VIH/SIDA, y con niños huérfanos de madres o padres seropositivos.

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo general.

-Prevenir enfermedades bucales en los niños/as con diagnóstico de VIH/SIDA de la fundación Soga de Portoviejo.

6.4.2. Objetivos específicos.

-Promover hábitos de salud oral a los niños/as con diagnóstico de VIH/SIDA de fundación Soga que acuden al hospital provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

-Diagnosticar prematuramente las manifestaciones bucales en los niños/as con diagnóstico de VIH/SIDA.

⁵²Vinces, C. (comunicación personal, 07 de julio de 2014).

6.5. Descripción de la propuesta.

El control bucal de los niños/as con diagnóstico de VIH/SIDA, consiste en que el Odontólogo del hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, realice consultas trimestrales a estos pacientes que pertenecen a la fundación Soga, seguimiento de su estado bucal y enseñar una buena higiene oral para evitar posibles afecciones bucales.

6.6. Responsable.

Odontólogo del hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

6.7. Factibilidad.

Es factible ya que los pacientes que pertenecen a la fundación y los profesionales de esta casa de salud se encuentran preparados con conocimientos y habilidades necesarias para realizar el trabajo.

6.8. Sostenibilidad.

Es sostenible ya que el área de odontología del hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, cuenta con los recursos necesarios para realizar dicho tratamiento.

6.9. Sustentabilidad.

Es sustentable porque no se requiere inversión económica adicional.

BIBLIOGRAFÍA.

Libros.

- 1-Barrancos, M. y Barrancos, P. (2006). *Operatoria dental integración clínica*. (4^a ed.). Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana s.a.
- 2-Bascones, A. (2010). *Aspectos odontoestomatológicos del VIH/SIDA y lesiones orales asociadas*. Medicina Bucal. Reino de España: Ariel s.a.
- 3-Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., y Planells, P. (2011). *La evolución del niño joven*. Odontopediatria. Madrid, Reino de España: Medica Ripano.
- 4-Bordoni, N., Escobar, A., & Castillo, R. (2010). *Salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual*. Odontología Pediátrica. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.
- 5-Cawson, R. y Odell, E., (2009). *Fundamentos de Medicina y Patología Oral*. (8^a ed.). Reino de España: Copyright Editorial Elsevier s.a.
- 6-Guedes, A., Bonecker, M. y Delgado, C. (2011). *Fundamentos de odontología*. Odontopediatria. República de Brasil: Santos.
- 7-Herazo, B. (2012). *Clínica del Sano en Odontología*. (4^a ed.). Bogotá, Republica de Colombia: Ecoe Ediciones.
- 8-Higashida, B. (2009). *Odontología preventiva*. (2^a ed.). Estados Unidos Mexicanos: McGraw – Hill interamericana editores, s.a. de c.v.
- 9-Iglesias, P. y Gutiérrez, P. (2009). *Técnicas de ayuda odontológica/ estomatológica*. Reino de España: Editorial Editex s.a.
- 10-James, W., Donald, A., Craig, S., Nelson, L., (2008). *Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico*. Madrid, Reino de España: española.

- 11-Krowchuk, D. y Mancini, A. (2010). *Dermatología pediátrica, guía de consulta rápida*. Reino de España: Lexus editores.
- 12-Langlais, R., Miller, C., Nield-Gehrig, J. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.
- 13-López, J. (2010). *Higiene oral*. República de Colombia: Zamora Ltda.
- 14-Martin, C. et al. (2008). *Vigilancia epidemiológica*. Reino de España: Vértice.
- 15-Nahas, M. (2009). *Odontopeatría en la primera infancia*. Odontología Pediátrica. República Federativa de Brasil: Editorial Livraria Santos.
- 16-Negroni, M (2009). *Microbiología Estomatológica fundamentos y guía práctica*. (2ª ed.). República de Argentina: Médica Panamericana s.a.
- 17-Palma, A y Sánchez, F (2013). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. (2ª ed.). Reino de España: Copyright Ediciones paraninfo s.a.
- 18-Philip, A., Eversole, L., Wysocki, P. (2012). *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. (2ª ed.). Barcelona, Reino de España: Elsevier España.
- 19-Ross, M y Pawlina, W. (2007). *Texto y atlas a color con Biología Celular y Molecular*. (5ª ed.). República de China: Médica Panamericana s.a.

Sitos web.

- 21-Barbosa, D. (2010). *Lesiones estomatológicas comunes en niños: actualización y manejo*. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: http://scholar.google.es/scholar?q=Diana+Mar%C3%ADa+Barbosa.+Lesiones+estomatol%C3%B3gicas+comunes+en+ni%C3%B1os%3A+actualizaci%C3%B3n+y+manejo.&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
- 22-Estrada J. & Escobar D., (2011). *Manifestaciones orales de la infección por VIH/sida en niños y adolescentes: aspectos clínicos, epidemiología y pautas de*

- tratamiento*. Bogotá, República de Colombia. [En línea]. Consultado: [05, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231218581005>
- 23-Hormigot, L., Reyes, D., González, A., y Meriño, Y. (2013). *Revista Biomedica revisada por pares*. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5674>
- 24-Klein y Palmer y de Grubbel. *Índices de Caries*. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://documents.pageflip-flap.com/4hX3MlvaedOhIAFckhh#.U2sUSVdvCSO=&p=4&z=0>
- 25-Licet Álvarez Loureiro, Laura Hermida, Lic. Eduardo Cuitiño, (2007). *Situación de salud oral de los niños uruguayos portadores del virus de la inmunodeficiencia humana*. Arch. Pediatra. Urug. vol.78 no.1 Montevideo mar. 2007. [En línea]. Consultado: [05, septiembre, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492007000100005&script=sci_arttext
- 26-Lozano, J., Plasencia, C., Costa, D. y Puente, V. (2012). *Con infección por tuberculosis y virus de la inmunodeficiencia humana: confluencia de dos epidemias*. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, República de Cuba. [En línea]. Consultado: [05, septiembre, 2014]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_9_12/HTM/san15912.htm
- 27-Coogan, M., Greenspan, J., & Challacombe, S. (2012). Boletín de la Organización mundial de la salud. [En línea]. Consultado: [05, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/coogan0905abstract/es/>
- 28-Marín, M., Hurtado, P., Santamaria, L., Durango, L., Patiño, E., Toro, M. (2004). *Estado de salud bucal de niños con diagnóstico de VIH/SIDA en la fundación EUDES de Medellín*. Rev. Fac. Odón Univ. Ant, 2004: noviembre 9, volumen 15 N° 2. [En

línea]. Consultado: [05, septiembre, 2014]. Disponible en:
https://www.google.es/?gws_rd=ssl#tbm=bks&q=En+Estudios+realizados+a+ni%C3%B1os%2Fas+con+VIH%2FSIDA+en+la+Fundaci%C3%B3n+EUDES+De+Medell%C3%ADn

29- Montero, R. y Jacob, S. (2010). *Guía para la eliminación materno infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe*. Montevideo, República Oriental de Uruguay. Organización Panamericana de la Salud. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en:
[http://www.unicef.org/lac/Guia_Clinica_Eliminacion_de_Transmision_del_VIH_y_S_C\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Guia_Clinica_Eliminacion_de_Transmision_del_VIH_y_S_C(2).pdf)

30-Muñoz, L., Marín, I., Aznar, T. y Domínguez, A. (2002). *Necesidad de los tratamientos odontológicos y su control en niños con VIH (+)*. Relación odontólogo-pediatra. Medicina oral. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv7_i3_p171.pdf

31-Sosa, M., Amarán, J., Pérez, M., Berenguer, C. y García, J. (2009). *Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en niños institucionalizados en el Hospital Nacional de Mpilo (Zimbabwe)*. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192009000200003&script=sci_arttext

32-Sidibé, M. (2012). *Informe Mundial sobre la Epidemia Mundial de SIDA*. Suiza: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. ONUSIDA. [En línea]. Consultado: [07, septiembre, 2014]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf

Anexos.

Anexo 1.

Cuadro 9.

Matriz de operacionalización de las variables.

VARIABLES.	Tipo.	Escala.	Descripción.	Indicadores.
Enfermedades dentales más frecuentes en el VIH /SIDA.	Cuantitativa discreta.	Candidiasis. -C. Seudomembranosa. -C. Eritematosa. -C. Queilitis angular.	Manifestaciones bucales del VIH/SIDA.	Frecuencia absoluta y relativa.
		Infección por virus herpes.		
		Eritema gingival lineal.		
		Hiperplasia parotídea.		
		Ulceraciones aftosas.		
		Gingivitis.		
Edad.	Cuantitativa discreta.	De 3 a 15 años.	Los años que hayan cumplido hasta el momento de interrogarlos.	Media, mediana y estándar.
Sexo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Masculino O Femenino.	Simple inspección de género.	Número absoluto y porcentaje.
Caries dental.	Cualitativa ordinal politómica.	0 - 1.1: Muy bajo.	Según índice CPO-ceo.	Número absoluto y porcentaje.
		1.2 – 2.6: Bajo.		
		2.7 – 4.4: Moderado.		
		4.5 – 6.5: Alto.		
6.6 y Más: Muy alto.				
Gingivitis.	Cualitativa nominal dicotómica.	0 – 1.	Según ministerio de salud pública.	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Higiene Bucal.	Cualitativa nominal dicotómica.	Índice CPO-ceo.	Según ministerio de salud pública.	Frecuencia absoluta.
Placa bacteriana.	Cualitativa nominal dicotómica.	Indicadores de salud oral.	Según ministerio de salud pública.	Frecuencia absoluta y porcentaje.

Nota: matriz de operacionalización de las variables.

Elaborado por: autora de esta tesis. Anexo 1, p. 49.

Anexo 3.

Planilla de consentimiento informado.

Yo, el abajo firmante,

Acepto que mi representado pase a tomar parte en este estudio titulado: “La salud bucal en niños y niñas de 3 a 15 años de edad con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo” La Sra. Gema Mercedes Panchana Moreira, estudiante de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas acerca de todos los aspectos del estudio. Independientemente de esto me han entregado una copia del documento de información para la participación en el estudio.

Después de consultarlo, accedo a que mi representado coopere con la estudiante y de ser necesario con los miembros de su equipo. En caso de notar algo inusual durante la investigación, se lo haré saber inmediatamente.

Me consta que si así lo deseo, puedo interrumpir mi participación en cualquier momento y que esto no afectará mi atención médica en adelante.

La identidad de mi representado no será revelada en ningún momento, ni los datos personales ni médicos de mi representado y la información relacionada con el será utilizada con la mayor discreción. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Gema Mercedes Panchana Moreira Egresada De La Carrera De Odontología	Tutor o Representante Legal Firma
---	--------------------------------------

Firma del Testigo

Grafico No. 10. Planilla de consentimiento.
Elaborado por: autora de esta tesis. Anexo 3, p. 51.

Anexo 4.

Cuadro 10.
Presupuesto.

Rubros.	Cantidad.	Unidad de medida.	Costo unitario.	Costo total.	Fuente de financiamiento.
					Autogestión.
Fotocopias.	300	Unidad.	0,02	6,00	6,00
Papel.	3	Resma.	4,50	13,50	13,50
Tinta negro/color.	4	Unidad.	20,00	80,00	80,00
Materiales de oficina.		Dólares.	20,00	20,00	20,00
Viáticos.		Dólar.		100,00	100,00
Guantes.	3	Caja.	9,50	28,50	28,50
Mascarillas.	1	Caja.	4,00	4,00	4,00
Espejos desechables.	50	Unidades.	1,50	75,00	75,00
Campos estériles desechables.	100	Unidades.	1	10,00	10,00
Anillados.	3	Unidad.	1	3,00	3,00
Empastados.	4	Unidad.	5	20,00	20,00
Subtotal.				360,00	360,00
Imprevistos 10%		Dólar.		36,00	36,00
Total.				396,00	396,00

Nota: Presupuesto de la tesis.

Elaborado por: autora de esta tesis. Anexos 4, p. 52.

Anexo 5.

Cuadro 11.
Cronograma.

Actividad.	Horas.	Fecha.
Taller de titulación.	120 horas.	10 de junio – 16 de septiembre de 2013.
Trabajo con los especialistas del área de competencia del proyecto.	80 horas.	25 de octubre de 2013. (30 días).
Entrega de proyectos.	-----	05 – 20 de diciembre de 2013.
Revisión de proyectos por lectores.	2 horas.	02 – 10 de enero de 2014. (15 días).
Sustentación de proyecto.	1 hora.	13 – 14 de enero de 2014.
Correcciones.	10 horas.	14 de enero – 28 de febrero de 2014. (30 días).
Discrepancia miembros dirime director carrera. (Aprobación)	-----	03 – 05 marzo de 2014. (72 horas).
Entrega proyecto final.	-----	05 – 06 de marzo del 2014.
Oficios aprobación proyectos.	-----	24 – 25 – 26 de febrero de 2014.
Designación tutor.	-----	(1 día) 06 – 07 de marzo de 2014.
Acompañamiento al desarrollo de tesis.	50 horas. (10 horas semanales, 2 presenciales y 8 autónomas).	Lunes, 10 de marzo – viernes, 06 de junio de 2014.
Entrega de borradores de tesis.	-----	Lunes, 09 de junio de 2014.
Designación de lectores.	-----	Miércoles, 11 de junio de 2014.
Entrega de oficios y tesis a los lectores.	-----	Viernes, 13 de junio de 2014.

Revisión de tesis por parte de lectores.	2 horas.	Lunes, 16 de junio – viernes 18 de julio de 2014.
Entrega de informe de lectores.	-----	Lunes, 21 de julio de 2014.
Predefensa de tesis.	1 hora.	Martes, 22 de julio – viernes 01 de agosto de 2014.
Entrega de borradores de tesis corregidas.	-----	Miércoles, 23 de julio – miércoles 06 de agosto de 2014.
Revisión gramatical y control anti – plagio.	10 horas.	Lunes, 11 de agosto – viernes, 22 de agosto de 2014.
Entrega de carpetas con documentación.	-----	Lunes, 18 de agosto – viernes, 22 de agosto de 2014.
Sustentación de tesis.	1 hora.	Lunes, 25 de agosto – viernes, 05 de septiembre de 2014.
Incorporación.	-----	Sábado, 13 de septiembre de 2014.

Nota: Cronograma de esta tesis. Realizado por la autora de esta tesis. . Es a continuación del cuadro 11, p. 56.

Elaborado por: autora de esta tesis. Anexos 5, p. 54.

Anexo 6.
Observación clínica a los niños y niñas con diagnóstico de VIH/SIDA de la fundación Soga.



Gráfico No. 11. Inspección de paciente con alta actividad de caries.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo 6, p. 55.



Gráfico No. 12. Inspección de paciente con alta actividad de caries dental.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo 6, p. 55.



Gráfico No. 13. Inspección de paciente con alta actividad de caries.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo 6, p. 56.



Gráfico No. 14. Inspección de paciente con alta actividad de caries.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo 6, p. 56.



Gráfico No. 15. Inspección de gingivitis grado 1.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo 6, p. 57.



Gráfico No. 16. Inspección de gingivitis grado 1.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo 6, p. 57.



Gráfico No. 17. Inspección de cavidad bucal.
Elaboración: Autor de esta tesis. Anexo 6, p. 58.

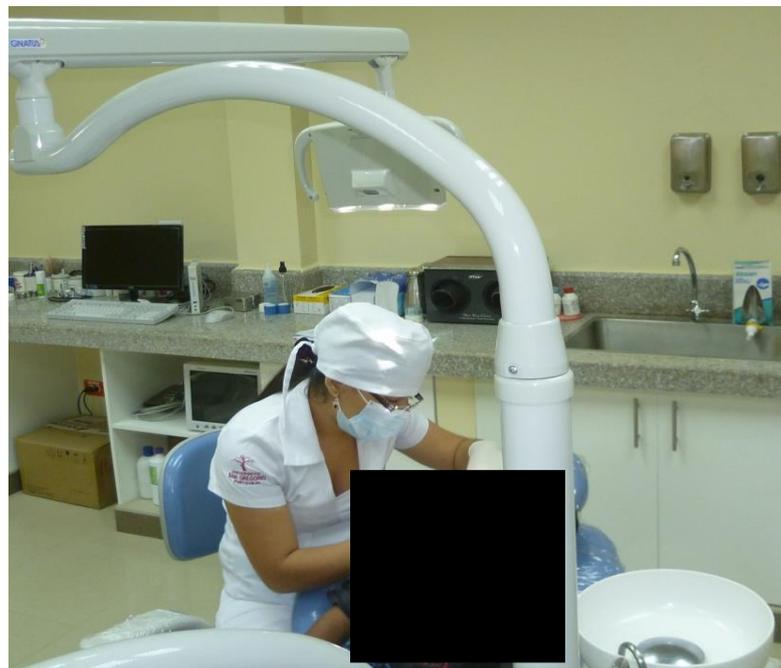


Gráfico No. 18. Inspección de gingivitis grado 1.
Elaboración: Autora de esta tesis. Anexo 6, p. 58.