

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE
"GENERAL PEDRO AGUSTIN PEREZ"
GUANTANAMO

INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCAL EN PACIENTES CON VIH

Dra. Milagros Martínez Rodríguez¹, Dr. Carlos Alberto Díaz Pérez², Dra. Mercy Virgen Blanco Caballero³, Dr. Carlos Rafael Four Castro⁴, Dra. Maira Elena Barzaga Higuera⁴, Dr. Aleido Yebil Odilio⁵, Lic. Tania Hilda Fontanet Campos.⁶

RESUMEN

Se realiza una intervención educativa sobre salud bucal en personas con VIH en el municipio Guantánamo en el período septiembre de 2005 - septiembre de 2006. El universo fue de 47 personas. Fueron incluidas en el estudio, 35, y excluidas, 12 personas. Se aplica un cuestionario para determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal que incluye: higiene bucal, factores de riesgo y manifestaciones bucales por VIH. A partir de los resultados del cuestionario se elaboró la estrategia de intervención y al final de la misma fue nuevamente aplicado para determinar los resultados de la intervención. Todas las personas estudiadas necesitaban mejorar sus conocimientos sobre salud bucal. Antes de la intervención tenían conocimientos regulares sobre higiene bucal, tenían malos conocimientos sobre los factores de riesgo y las manifestaciones bucales de la infección por VIH. Después de la intervención todas las personas con VIH mejoraron sus conocimientos sobre salud bucal.

Palabras clave: SALUD BUCAL; VIH; ESTUDIOS DE INTERVENCION; EDUCACION DEL PACIENTE.

¹ *Master en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral.*

² *Master en Salud Bucal Comunitaria. Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial.*

³ *Master en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Prótesis.*

⁴ *Especialista de I Grado en Estomatología General Integral.*

⁵ *Especialista de I Grado en Prótesis.*

⁶ *Master en Psicología de la Salud. Licenciada en Psicología. Instructor.*

INTRODUCCION

La pandemia de la infección por VIH es la de más rápido crecimiento y uno de los problemas más serios que afecta a la humanidad.^{1,2} Las personas con VIH presentan múltiples manifestaciones bucales de la enfermedad; un tercio de éstas son la primera manifestación clínica de la infección y tienen un valor pronóstico de su progresión.³

Muchos de los problemas de salud bucal que presentan las personas con VIH son los mismos que presentan las personas no infectadas, sin embargo, el déficit inmunológico agrava el cuadro clínico y entorpece el tratamiento. Las personas con VIH tienen necesidades especiales de promoción de salud bucal porque muchas de las lesiones bucales que padecen pueden producir un significativo dolor y discapacidad. Un tratamiento inadecuado de estas lesiones puede empeorar el estado de salud general y amenazar la vida.⁴

La salud bucal es parte de la salud general del individuo y de su buen vivir.⁵ Los factores de riesgo de las enfermedades bucales: dieta, tabaquismo, estrés, son los mismos de otras enfermedades generales como diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, entre otras; por lo que se debe entender la salud como un todo y actuar al mismo tiempo sobre un número determinado de factores de riesgos comunes a las enfermedades bucales y generales para evitar duplicar la intervención y lograr un alto beneficio a menor costo en un mayor número de enfermedades.⁶⁻⁹

El programa de la OMS sobre salud bucal en la infección por VIH se basa en la identificación de las principales manifestaciones bucales de esta infección; involucrar al personal de la salud bucal en la documentación sobre VIH para establecer la adecuada prevención, evolución médica y tratamiento; el entrenamiento de otros profesionales de la salud en el diagnóstico y prevención de las manifestaciones bucales de la infección por VIH; la diseminación de la información sobre la enfermedad y su prevención a través de todos los medios de información posible.²

La infección por VIH es una condición que reviste una importancia fundamental para Estomatología porque además de los riesgos a que están expuestos, profesionalmente y como individuos, los estomatólogos pueden desempeñar una función de primer orden en la promoción, diagnóstico precoz y tratamiento de la enfermedad.¹⁰⁻¹²

METODO

Se realiza una intervención educativa en personas con VIH que son atendidas de forma ambulatoria o están ingresadas en el sanatorio de la ciudad de Guantánamo, en el período comprendido desde septiembre de 2004 a septiembre de 2005, con el objetivo de incrementar sus conocimientos sobre salud bucal. El universo estuvo constituido por 47 personas enfermas residentes en el municipio de Guantánamo en el momento del estudio. De estas fueron excluidas 12: 4, por presentar deterioro general de salud y, 8, por no aceptar su participación; quedando al final un total de 35 pacientes.

Se estudiaron las variables siguientes: higiene bucal, factores de riesgo y manifestaciones bucales de la infección por VIH.

Los resultados se muestran en tablas de asociación de variables. Se emplearon las frecuencias absolutas y el porcentaje como medida de resumen para variables. Los resultados fueron valorados partiendo de las experiencias de los autores y fueron contrastados con la información a la que se accedió, ya sea de naturaleza nacional o internacional.

RESULTADOS Y DISCUSION

Del total de pacientes estudiados, el 60 % correspondió al sexo masculino con 21 pacientes. Las féminas constituyeron el 40 % (14 mujeres). Predominó el grupo de edad de 15-24 años con 14, seguido del de 25-34 años con 11, lo que representaron el 40 y 31.4 %, respectivamente (Tabla 1). Esto se corresponde con el patrón epidemiológico de nuestro país y de nuestra provincia donde la mayoría de las personas con VIH pertenecen al sexo masculino, alrededor del 80 y 59.8 % para hombres y mujeres, respectivamente, fundamentalmente en el grupo de 15 a 24 años.³

En los países con patrón epidemiológico occidental, como Cuba, desde los inicios de la epidemia los hombres están más afectados que las mujeres. En nuestro país la relación es de 4:1; en la provincia Guantánamo es de 1.5:1³, como sucede en nuestro estudio; sin embargo, el número de mujeres infectadas se ha incrementado y el principal riesgo para éstas radica en la desigualdad de géneros.¹³

A nivel mundial la epidemia del VIH/sida se concentra en la población joven, en la plenitud de la vida sexual de los seres humanos y se relaciona con la conducta sexual.¹ Para muchos países esta situación puede acarrear consecuencias desastrosas desde el punto de vista demográfico y socioeconómico al perderse generaciones completas de personas en la plenitud de sus posibilidades económicas y reproductivas.^{1,2}

Según la tendencia sexual, en este estudio predominaron los HSH (17 hombres, 48.5 %) (Tabla 2); comportamiento similar al del resto del país y de nuestra provincia.³ Desde el punto de vista estomatológico esto es un elemento epidemiológico importante, según los estudios de Arendorf y colaboradores en Sudáfrica¹⁴ y de Ranganathan, en la India¹⁵; pues los hombres heterosexuales tienen una alta prevalencia de lesiones bucales al compararlos con las mujeres heterosexuales, mientras que los HSH tienen una mayor prevalencia de infecciones bucales como: candidiasis, periodontitis y leucoplasia vellosa, en mayor escala que los hombres heterosexuales.

La Tabla 3 muestra que en las personas con VIH estudiadas predomina la enseñanza preuniversitaria (15, 43 %). Del total: 18 (51.5 %), están desocupadas y son fundamentalmente los que tienen un nivel educacional más bajo, 8 (22.9 %), nivel secundario y, 5 (14.3 %), nivel primario.

El nivel educacional de las personas es un elemento protector ante las enfermedades que permite comprender mejor los programas de promoción de salud, tener una conducta más responsable ante su salud y la salud de las demás personas. En el caso de las personas con VIH no sólo sufren el impacto físico de la infección sino también reciben un fuerte impacto psicológico que les puede alejar de su medio social, incluyendo la pérdida del empleo.

El bajo nivel educacional está relacionado con altas tasas de mortalidad; en el sexo masculino 2,5 veces mayor y en el femenino 1,6 veces mayor, en enfermedades como el SIDA.¹⁶

El empleo es un factor importante en el mantenimiento de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas como la infección VIH/sida.¹⁷ Las personas que estudian y trabajan tienen una mejor integración social y una calidad de vida superior.

En la infección VIH/sida entre las condiciones básicas para retardar la aparición de la enfermedad (sida) está el mantener una vida activa

laboralmente, ejerciendo cualquier profesión u oficio para el cual la persona con VIH se haya entrenado y donde no constituya riesgo en detrimento de su propia salud ni la de los demás.

La evaluación del conocimiento sobre la higiene bucal, factores de riesgo y las manifestaciones bucales del VIH, en personas con VIH que participaron en el estudio aparece recogida en la Tabla 4.

Antes de la intervención educativa el 48.6 % (17 enfermos) tenía conocimientos regulares sobre higiene bucal; mientras que el 51.4 (18 pacientes) y el 62.9 % (22 enfermos) mostraron malos conocimientos sobre los factores de riesgo y las manifestaciones bucales de la infección por VIH, respectivamente.

Después de la intervención educativa todas las personas mejoraron sus conocimientos sobre salud bucal. En relación con la higiene bucal, 31 (88.6 %), alcanzaron evaluación buena y sólo, 4 (11.4 %), obtuvieron una evaluación regular. En cuanto a los factores de riesgo y las manifestaciones bucales del VIH, 30 (85.7 %), obtuvieron buena evaluación y sólo, 5 (14.3 %), de regular, respectivamente.

Las personas con VIH tienen necesidades especiales de salud bucodental^{4,18}. La poca salud bucal asociada a lesiones por la infección del VIH/sida debe ser considerada una condición debilitante en las personas que viven con VIH^{18,19}, de esto se desprende la importancia de que las personas con VIH conozcan los elementos más importantes para mantener la higiene bucal: cómo es el cepillado correcto de los dientes, la frecuencia en que estos deben cepillarse, cuál es el momento del día en que es más importante cepillarse los dientes, el uso del hilo dental y la importancia del flúor para mantener sus dientes y encías sanos.

Al recibir conocimientos sobre los factores de riesgo asociados a las enfermedades bucales como tabaquismo, estrés, o malnutrición, que son los mismos para un gran número de enfermedades generales, las personas con VIH están en mejores condiciones de cambiar conductas nocivas, mejorar su autocuidado y elevar la responsabilidad con su propia salud.⁷⁻⁹

La presencia de lesiones bucales tiene un significativo impacto en la salud general de las personas con VIH y con la calidad de vida, debido a que la salud bucal se asocia con la salud física y mental. Estas lesiones alteran la apariencia facial, impiden hablar y tragar correctamente, provocan pérdida de peso,

mayor número de dientes cariados y de encías inflamadas por la xerostomía y lo más importante, aumentan el dolor.^{4,5} Hay siete lesiones cardinales: candidiasis bucal, leucoplasia vellosa, Sarcoma de Kaposi, eritema gingival lineal, gingivostomatitis ulceronecrotizante aguda (GUNA), periodontitis ulceronecrotizante y Linfoma no Hodgkin.²⁰⁻²³

Estas lesiones son por lo general claramente visibles y pueden ser diagnosticadas desde el punto de vista clínico, cursan paralelamente a una declinación de los CD4 y son un indicador independiente de la progresión de la enfermedad.²¹⁻²³

Es importante que las personas con VIH puedan identificar las lesiones bucales y saber qué conducta seguir ante su aparición para evitar contagiar a otras personas como en el caso de las lesiones herpéticas, saber que constituyen un elemento indicativo de su estado inmunológico y de la evolución de la enfermedad, un signo de alarma que les permita tomar las decisiones correctas y buscar ayuda médica o estomatológica.

CONCLUSIONES

1. Predominó el sexo masculino, los HSH, el grupo de edad de 15-24 años, la escolaridad preuniversitaria y los desocupados.
2. La mayoría de las personas con VIH tenían necesidades de mejorar sus conocimientos sobre salud bucal.
3. Antes de la intervención educativa la mayoría de las personas con VIH tenían conocimientos regulares sobre higiene bucal y malos conocimientos sobre los factores de riesgo de las enfermedades bucales y las manifestaciones bucales de la infección VIH/sida; después de la intervención todas mejoraron sus conocimientos y en la mayoría fueron evaluados de buenos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ONUSIDA/OMS. Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2004.
2. WHO. Oral health and communicable diseases. HIV/AIDS and oral health. 2004.

3. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA. Cuba. Situación actualizada. 2004.
4. Wiltshire AD, Ross MW, Brimlow DL. Empathic communication between dental professionals and persons living with HIV and AIDS. *J Dent Educ.* 2002; 66 (1): 86 - 93.
5. NIDCR. US Department of Health and Human Services. Mouth problems and HIV. March 2004.
6. CDC. Oral Health in America: Summary of the Surgeons General's Report. August 2002.
7. Sheiham AW, Geddie R. The common risk factor approach: A rational basis for promotion oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000; 28 (6): 399 - 07.
8. Wolfe SH, Huebner CE. Openwide: an innovative oral health program for non-dental health and human services provides. *J Dent Educ.* 2004; 68 (5): 513 - 21.
9. McKee SA, O'Malley S, Steward WT, Neven S, Land M, Salovey P. How toward effective messages about smoking and oral health: emphasize the benefits of quitting. *J Dent Educ.* 2004; 68 (5): 569 - 73.
10. Díaz Pérez CA, Martínez Rodríguez M. Linfoma no Hodgkin de la cavidad bucal como manifestación primaria de la infección VIH/SIDA. Informe de 7 casos. *Rev Inf Cient.* 2003; 36 (2).
11. Díaz Pérez CA, Martínez Rodríguez M. Cancrum Oris en pacientes con SIDA. Informe de 2 casos. *Rev Inf Cient.* 2003; 39 (3).
12. Lyles AM. What the dentist should know about a patient with HIV/ADIS. *J Calif Dent Assoc.* 2001; 29 (2):158-69.
13. ONUSIDA/OMS. Mujer y SIDA. Diciembre de 2004.
14. Arendorf TM, Bredekamp B, Cloete C, Word R, O'Keefe E. Intergroup comparisons of oral lesions in HIV- positive south Africans. *Oral Dis.* 1997; 3 (1): 554-7.
15. Ranganathan K, Umadevi M, Saraswathi TR, Kumarasamy N, Solomon S, Jonson N. Oral lesions and conditions associated with human immunodeficiency virus infection in 1000 south Indian patients. *Oral Dis.* 2000; 6 (3): 152-7.
16. Borrel C, Regidor E, Arias LC, Navarro P, Puigpinos R, Dominguez V, Plasencia A. Inequalities in mortality according to educational level in two large southern european cities. *Int J Epidemiol.* 1999; 28 (1): 58-63.
17. Dray-Spira R, Persoz A, Boufassa R, Gueguen A, Lert F, Allegre T, Goujard C, et al. Employment loss following HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapies. *Eur J Public Health.* 2005; 260: 1531.

18. Coogan MM, Greenspan J, Challacombe SJ. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull World Health Organ.* 2005; 83 (9): 700-706.
19. Brown JB, Rosenstein D, Mullooly J, O'Keefe Rosetti M, Robinson S, Chiodo G. Impact of intensified dental care on outcomes in human immunodeficiency virus infection. *AIDS Patient Care STDS.* 2002; 16: 479-86.
20. Pinto A, Rossi SS. Salivary gland disease in pediatric HIV patients: An update. *JDC.* 2004; 71 (1): 33-37.
21. Narani N, Epstein JB. Classifications of oral lesions in HIV infection. *J Clin Periodontol.* 2001; 28: 137-145.
22. Greenspan JS, Greenspan D. The epidemiology of the oral lesions of HIV infections in the developed world. *Oral Dis.* 2002; 8 (suppl 2): 34-9.
23. Patton LL, Mekaig R, Strauss R, Rogers D, Eron JJJ. Changing prevalence of oral manifestations of human immunodeficiency virus in the era of protease inhibitor therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol and Endod.* 2000; 89: 299-304.

TABLA 1. GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

GRUPOS DE EDAD	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 24	8	22.8	7	20	14	40
25 - 34	9	25.7	2	5.7	11	31.4
35 - 44	2	5.7	2	5.7	4	11.4
45 - 54	2	5.7	1	2.8	3	8.6
55 y más	-	-	2	5.7	3	8.6
TOTAL	21	60	14	40	35	100

TABLA 2. TENDENCIA SEXUAL Y SEXO.

TENDENCIA SEXUAL	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Heterosexual	4	11.4	14	40	18	51.4
HSH	17	48.5	-	-	17	48.6
TOTAL	21	60	14	40	35	100

TABLA 3. ESCOLARIDAD Y OCUPACIÓN.

ESCOLARIDAD	Estudiante		Trabajador		Desocupado		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	-	-	2	5.7	5	14.3	7	20
Secundaria	1	2.8	1	2.8	8	22.9	10	28.5
Preuniversitaria	5	14.3	5	14.3	5	14.3	15	42.9
Universitaria	-	-	3	8.6	-	-	3	8.6
TOTAL	6	17.1	11	31.4	18	51.5	35	100

TABLA 4. CONOCIMIENTOS SOBRE HIGIENE BUCAL, FACTORES DE RIESGO Y MANIFESTACIONES BUCALES DE LA INFECCION VIH/SIDA.

CONOCIMIENTOS	Buena		ANTES Regular		Mala		Buena		DESPUES Regular		Mala	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Higiene bucal	4	11.4	17	48.6	14	40	31	88.6	4	11.4	-	-
Factores de riesgo	6	17.2	11	31.4	18	51.4	30	85.7	5	14.3	-	-
Manifestaciones bucales del VIH	4	11.4	9	25.7	22	62.9	30	85.7	5	14.3	-	-