Universidad Católica de Santa María

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología

Prevalencia de patologías orales en pacientes adultos VIH positivo según edad y género atendidos en el servicio de Odontoestomatología del Hospital III Goyeneche. Arequipa 2024

Tesis presentada por:

Bustamante Fernandez, Valeria Angela

ORCID: 0009-0009-6008-2750

para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Asesor (a):

Dr. Calle Zambrano, Marco Antonio

ORCID: 0009-0003-9847-9207

Arequipa – Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ODONTOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 01 de Abril del 2026

Dictamen: 015066-C-EPO-2026

Visto el borrador del expediente 015066, presentado por:

2018220912 - BUSTAMANTE FERNANDEZ VALERIA ANGELA

Titulado:

PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS ORALES EN PACIENTES ADULTOS VIH POSITIVO SEGÚN EDAD Y GÉNERO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHE. AREQUIPA 2024

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

CIRUJANO DENTISTA

29225558 - ARENAS VELEZ LUIS MANUEL
DICTAMINADOR



29716878 - PORTILLA MIRANDA SEREY DORIS
DICTAMINADOR



29649041 - ZEVALLOS CHAVEZ MARCO ANTONIO
DICTAMINADOR



Prevalencia de patologías orales en pacientes adultos VIH positivo según edad y género atendidos en el servicio de Odontoestomatología del Hospital III Goyeneche. Arequipa 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%	11%	2%	8%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	scientiarvm.org Fuente de Internet	3%
3	www.revestomatologia.sld.cu Fuente de Internet	2%
4	revistas.ujat.mx Fuente de Internet	1%
5	qdoc.tips Fuente de Internet	1%
6	repositoriobibliotecas.uv.cl Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%

DEDICATORIA

Dedico esta investigación, en primer lugar a Dios quien es pilar de mi vida y de mis decisiones.

A mi madre Evelyn, mi ejemplo de vida. Todo lo que soy hoy es por su apoyo, confianza y amor incondicional.

A mi padre José por todo su apoyo y consejos durante mi formación.

A mis hermanas Alejandra y Aylen, que son el motor que me impulsa para salir adelante.

A mis abuelos, Nelly y Godofredo, por su amor incondicional y apoyo en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por siempre acompañarme en cada paso que doy, por cuidarme y darme sabiduría y calma para tomar decisiones. Gracias a su inmensa gracia y misericordia pude lograr esta meta.

A la Universidad Católica de Santa María, por abrirme las puertas de tan prestigiosa institución y permitirme crecer de manera personal y profesional.

A mis docentes, en especial al doctor Ivo Palomino quien con su amplia experiencia, inteligencia, paciencia y dedicación me enseñó a amar la Odontología.

A mi madre Evelyn, mi mayor ejemplo de vida. Gracias por dedicar tu vida entera a enseñarnos a ser perseverantes, valientes, exitosas y mejores personas. Este logro es de las dos.

A mi papá José por aconsejarme, apoyarme y acompañarme con su amor incondicional en todo momento.

A mis hermanas, Alejandra y Aylen, que a pesar de sus ajetreadas rutinas están conmigo en todo momento apoyándome o sacándome una sonrisa, son mi ejemplo y mi más grande amor.

A mis abuelos Godofredo y Nelly, por confiar en mi potencial desde el día uno, nunca dejarme sola y siempre acompañarme en cada paso de mi vida.

A mis tíos Leonel y Luz, por confiar en mí y siempre impulsarme a ser mejor.

A mis hermanos, Jeanfred y André, por acompañarme, confiar en mí y ser un ejemplo de responsabilidad y perseverancia.

Por último a Brandy, gracias por acompañarme y esperarme siempre feliz después de largas rutinas.

EPÍGRAFE

"Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque el Señor tu Dios estará contigo dondequiera que vayas"

Josué 1:9

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de patologías orales en pacientes adultos VIH positivo según edad y género atendidos en el servicio de Odontoestomatología del Hospital III Goyeneche. Arequipa 2024

El trabajo de investigación es un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal con enfoque cuantitativo.

La población en estudio estuvo conformada por 56 pacientes con VIH positivo según edad y género atendidos en el servicio de Odontoestomatología del hospital III Goyeneche que cumplieron con los criterios de selección.

Para la recolección de datos se utilizó como método la técnica de observación documental, y como instrumento la ficha de recolección de datos. Para la estadística inferencial se aplicó la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

Se identificó la prevalencia de las patologías orales en la población en estudio de los pacientes VIH positivo siendo un 44.6% de Periodontitis, 41.1% Herpes oral, 26.8% Candidiasis Oral, 16.1% Eritema Gingival, 12.5% Periodontitis Necrotizante, 3.6% de Liquen Plano al igual que Gingivitis Necrotizante.

En relación a la prevalencia de patologías orales según género en pacientes VIH positivo de la población en estudio se encontró que un 31.3% que tienen Candidiasis Oral, 4.2% Gingivitis Necrotizante y 14.6% Periodontitis Necrotizante son de sexo Masculino, mientras el 50.0% que presentan Herpes oral, el 12.5% presentan Liquen Plano, un 37.5% Eritema Gingival, un 75.0% Periodontitis son de sexo femenino.

Se determinó la prevalencia de patologías orales según edad en pacientes VIH positivo de la población en estudio encontrándose que, 35.3% con Candidiasis oral, 35.3% de Periodontitis Necrotizante se encuentran entre los 46 a 60 años, 68.8% con Herpes Oral se encuentran en la población de 18 a 30 años, 6.3% con Liquen Plano y un 12.5% presentan Gingivitis Necrotizante se encuentran entre las edades de 31 a 45 años, un 28.6% presentan Eritema Gingival y un 85.7% presenta Periodontitis son de más de 60 años.

Palabras Clave: Servicio de Odontoestomatología, patologías orales, pacientes VIH positivo.

SUMMARY

This research aims to determine the prevalence of oral pathologies in adult HIV-positive patients, categorized by age and gender, treated at the Dentistry Service of Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2024.

The research is a descriptive, observational, cross-sectional study with a quantitative approach.

The study population consisted of 56 HIV-positive patients, categorized by age and gender, treated at the Dentistry Service of Hospital III Goyeneche who met the selection criteria.

Data was collected using documentary observation, with a data collection form as the instrument. The Chi-square test was used for inferential statistics, with a significance level of 5%. The prevalence of oral pathologies in the HIV-positive patient population was identified as follows: 44.6% periodontitis, 41.1% oral herpes, 26.8% oral candidiasis, 16.1% gingival erythema, 12.5% necrotizing periodontitis, and 3.6% lichen planus and necrotizing gingivitis.

Regarding the prevalence of oral pathologies by gender in the HIV-positive patient population, it was found that 31.3% of those with oral candidiasis, 4.2% with necrotizing gingivitis, and 14.6% with necrotizing periodontitis were male, while 50.0% of those with oral herpes, 12.5% with lichen planus, 37.5% with gingival erythema, and 75.0% with periodontitis were female. The prevalence of oral pathologies was determined by age in HIV-positive patients in the study population. It was found that 35.3% with oral candidiasis and 35.3% with necrotizing periodontitis were between 46 and 60 years old; 68.8% with oral herpes were between 18 and 30 years old; 6.3% with lichen planus and 12.5% with necrotizing gingivitis were between 31 and 45 years old; 28.6% with gingival erythema and 85.7% with periodontitis were over 60 years old.

Keywords: Dental Service, oral pathologies, HIV-positive patients.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

EPÍGRAFE

RESUMEN

SUMMARY

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I 3

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 4

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 4

Área del conocimiento 4

3. JUSTIFICACIÓN 4

3.1. Relevancia científica y clínica 4

3.2. Originalidad y aporte del estudio 5

3.3. Viabilidad del estudio 5

3.4. Justificación personal y académica 5

4. OBJETIVOS 6

4.1. General 6

4.2. Específicos 6

5. MARCO TEÓRICO 7

5.1. VIRUS DE INSUFICIENCIA HUMANA 7

5.2. PATOLOGÍAS ORALES EN PACIENTES CON VIH 12

5.3. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN PACIENTES VIH 26

5.4. SALUD ORAL Y HOSPITALIZACIÓN 27

5.5. BASES LEGALES 28

5.6. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS 29

5.6.1. Internacionales: 29
5.6.2. Nacionales: 30
5.6.3. Locales: 33
6. HIPÓTESIS 35
CAPÍTULO II 36
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL 36
1. DISEÑO METODOLÓGICO 37
2. POBLACIÓN Y MUESTRA 37
3. TABLA DE VARIABLES 38
4. INSTRUMENTOS 39
5. PLAN DE ANÁLISIS 40
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS 40
7. RECURSOS 41
8. CAMPO DE VERIFICACIÓN 42
CAPÍTULO III 44
RESULTADOS 44
DISCUSIÓN 64
CONCLUSIONES 68
RECOMENDACIONES 69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 70
REGISTRO FOTOGRÁFICO 80
DICTÁMEN COMITÉ DE ÉTICA 81

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 Diagnóstico 11
TABLA 2 Periodontitis 22
TABLA 3 Enfermedad Periodontal Necrotizante 25
TABLA 4 Variables 37
TABLA 5 Variable principal 38
TABLA 6 Variable Género y Edad 39
TABLA 7: Instrumento documental 39
TABLA 8 Análisis Estadístico 40
TABLA 9 Edad, sexo y tiempo de enfermedad 45
TABLA 10 Prevalencia de patologías orales 47
TABLA 11 Prevalencia de candidiasis oral 50
TABLA 12 Prevalencia de herpes oral 52
TABLA 13 Prevalencia de liquen plano 54
TABLA 14 Prevalencia de eritema gingival 56
TABLA 15 Prevalencia de periodontitis 58
TABLA 16 Prevalencia de gingivitis necrotizante 60
TABLA 17 Prevalencia de periodontitis necrotizante 62

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Edad, sexo y tiempo de enfermedad 46
FIGURA 2 Prevalencia de patologías orales 49
FIGURA 3 Prevalencia de candidiasis oral 51
FIGURA 4 Prevalencia de herpes oral 53
FIGURA 5 Prevalencia de liquen plano 55
FIGURA 6 Prevalencia de eritema gingival 57
FIGURA 7 Prevalencia de periodontitis 59
FIGURA 8 Prevalencia de gingivitis necrotizante 61
FIGURA 9 Prevalencia de periodontitis necrotizante 63
FIGURA 10 Recolección de datos 80
FIGURA 11 Recolección de datos 80

ANEXOS

ANEXO 1 Ficha de Recolección de datos 76
ANEXO 2 Validación del instrumento de investigación 77

INTRODUCCIÓN

Al tener contacto con la práctica clínica odontológica durante mis estudios en la facultad, comencé a notar que algunos pacientes presentaban diversas lesiones en la cavidad bucal. Esto despertó mi interés por entender qué condiciones podían estar provocándolos o influyendo en su aparición. Con el tiempo, al revisar literatura, observé que los pacientes con VIH presentaban con frecuencia manifestaciones orales particulares, muchas de ellas relacionadas con su estado inmunológico. Esta situación me llevó a preguntarme sobre la frecuencia de estas patologías y si factores como la edad y el género podrían estar influyendo en su aparición. Además, al buscar información, encontré que en nuestro contexto local existe poca evidencia actualizada sobre este tema.

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa siendo un importante problema de salud pública debido a su impacto multisistémico y a su estrecha relación con la inmunosupresión progresiva. La disminución de los linfocitos CD4+ —células esenciales en la respuesta inmunitaria adaptativa— no solo compromete la capacidad del organismo para defenderse de patógenos oportunistas, sino que también favorece la aparición de alteraciones en la cavidad bucal que pueden constituir algunos de los primeros signos clínicos de infección o de progresión hacia SIDA (1) (2). Estas manifestaciones orales incluyen lesiones infecciosas, inflamatorias y neoplásicas de etiología fúngica, viral o bacteriana, entre las que destacan la candidiasis oral, el eritema gingival lineal, la leucoplasia vellosa, el sarcoma de Kaposi oral y las enfermedades periodontales necrosantes (3) (4).

A pesar de los avances en las terapias antirretrovirales de gran actividad (TAR), que han permitido mejorar el control virológico y disminuir la mortalidad asociada, las patologías orales continúan registrándose con frecuencia en pacientes adultos que viven con VIH. Estudios recientes en Brasil y otros países latinoamericanos han mostrado que entre el 30 % y 60 % de las personas en tratamiento presentan alguna manifestación oral, siendo las más comunes la enfermedad periodontal, la xerostomía, la candidiasis y alteraciones en tejidos blandos o glándulas salivales. La presencia de estas lesiones puede reflejar fallas terapéuticas, coinfecciones, hábitos de riesgo, o condiciones sistémicas que afectan directamente la calidad de vida del paciente (5) (6).

En el ámbito odontológico, la identificación temprana de estas lesiones constituye una herramienta diagnóstica relevante, ya que permite reconocer signos de inmunosupresión,

complicaciones sistémicas asociadas y riesgo de deterioro clínico. Además, las patologías orales pueden generar dolor, sangrado, halitosis, alteraciones en la alimentación y dificultad para la comunicación, lo que afecta el bienestar integral del paciente y su adherencia al tratamiento. Por ello, el rol del cirujano dentista es esencial no solo en el diagnóstico clínico, sino también en la derivación oportuna y el trabajo multidisciplinario con especialistas en infectología, medicina interna y salud pública (7).

En Perú, la información reciente sobre la prevalencia de manifestaciones orales en personas con VIH es limitada, particularmente en regiones del sur del país, donde existen diferencias epidemiológicas y de acceso a servicios de salud. El Hospital III Goyeneche, en Arequipa, es un centro de referencia que atiende a una población diversa de pacientes viviendo con VIH, lo que permite analizar la distribución de las patologías orales según edad y género y aportar evidencia actualizada al contexto nacional.

Considerando este escenario, resulta necesario generar información local que permita comprender la frecuencia y características de estas lesiones en pacientes VIH positivos atendidos en el servicio de Odontoestomatología. Tal información contribuirá a fortalecer las estrategias de diagnóstico temprano, optimizar el manejo clínico y mejorar la calidad de vida de esta población.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la prevalencia de patologías orales en pacientes adultos VIH positivo según edad y género atendidos en el servicio de Odontoestomatología del Hospital III Goyeneche?

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Área del conocimiento

- Área General: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Odontología
- Especialidad: Medicina y patología estomatológica
- Línea: Patología oral en pacientes VIH.

3. JUSTIFICACIÓN

3.1. Relevancia científica y clínica

El presente trabajo de investigación aporta datos importantes para el conocimiento y manejo de la enfermedad (VIH) por personal de salud del área odontológica, así como para los pacientes que padecen de VIH en relación con las enfermedades orales. Asimismo, considero que esta información puede servir como base para futuras investigaciones, permitiendo ampliar el conocimiento existente.

En la actualidad es importante tener un conocimiento de las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes con VIH atendidos por el cirujano Dentista, como una manera de prevención y a su vez el buen uso de protocolos que impidan el contagio al momento de la atención. De esta manera, no solo se fortalece la práctica clínica, sino que también se promueve una atención más segura tanto para el profesional como para el paciente, mejorando la calidad del servicio odontológico.

3.2. Originalidad y aporte del estudio

Si bien es cierto existen trabajos de investigación relacionadas a las distintas enfermedades orales y la prevalencia que tienen en esta los pacientes con VIH, nuestro trabajo de investigación tiene un enfoque distinto por cuanto evaluamos las patologías más frecuentes en el área odontológica del Hospital III Goyeneche y permitirá al Cirujano dentista diagnosticar y proceder adecuadamente en el manejo y tratamiento de los pacientes que acuden a la consulta odontológica y poder referirlos para que tengan un manejo multidisciplinario con el personal profesional de salud. Además, considero que el enfoque según edad y género aporta una visión más específica de la problemática, lo cual puede ayudar a comprender mejor el comportamiento de estas patologías en distintos grupos de pacientes.

3.3. Viabilidad del estudio

La presente investigación está cubierta en todos los puntos, tanto económicos como de realización, recolección, ordenamiento de datos y publicación, por lo tanto, no presenta impedimentos para llevarla a cabo. Asimismo, cuento con los recursos necesarios y el acceso a la población de estudio, lo que garantiza que el desarrollo del trabajo se realizará de manera adecuada y dentro de los tiempos establecidos.

3.4. Justificación personal y académica

Finalmente, en lo personal, se realiza con el propósito de obtener mi título profesional de Cirujana Dentista, además que el tema elegido va de acuerdo con las líneas de investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María. Del mismo modo, este trabajo representa una oportunidad para fortalecer mi formación académica, lo cual considero fundamental para mi ejercicio profesional futuro.

4. OBJETIVOS

4.1. General

- Establecer la prevalencia de patologías orales en pacientes VIH positivo-atendidos en el servicio de Odontoestomatología del Hospital III Goyeneche.

4.2. Específicos

- Definir la prevalencia de patologías orales según género en pacientes VIH positivo-atendidos en el servicio de Odontoestomatología del Hospital III Goyeneche.
- Determinar la prevalencia de patologías orales según edad en pacientes VIH positivo-atendidos en el servicio de Odontoestomatología del Hospital III Goyeneche.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

5.1.1 Conceptos básicos

a. Definición y Naturaleza del Virus

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un retrovirus perteneciente a la familia Retroviridae y al género Lentivirus. Su característica principal es que posee una enzima llamada transcriptasa inversa, que le permite convertir su ácido ribonucleico (ARN) en ácido desoxirribonucleico (ADN) para integrarse en el genoma de las células del huésped (8) (9). Este virus ataca y destruye de forma progresiva las células del sistema inmunitario, debilitando la capacidad del organismo para defenderse ante infecciones y ciertos tipos de cáncer (10).

b. Células Diana y Ciclo Replicativo

El VIH tiene una afinidad específica por las células que presentan el receptor CD4 en su superficie, principalmente los linfocitos T cooperadores (T-CD4), pero también afecta a macrófagos y células dendríticas (11). Una vez que el virus se une a la célula, vacía su material genético, se replica y destruye la célula huésped al salir de ella. Esta destrucción masiva de linfocitos T-CD4 es la causa directa del estado de inmunodeficiencia clínica que observarás en tus pacientes del Servicio de Odontoestomatología (12).

c. Diferencia entre VIH y SIDA

Es un error común utilizarlos como sinónimos. El VIH se refiere a la presencia del virus en el organismo, independientemente de si hay síntomas o no. El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es la etapa más avanzada de la infección, definida por un recuento de linfocitos T-CD4 inferior a 200 células/mm³ o por la aparición de una o más "enfermedades definitorias de SIDA", como el Sarcoma de Kaposi o la Candidiasis esofágica (13).

d. Carga Viral e Indetectabilidad

La carga viral mide la cantidad de copias de ARN del VIH en la sangre. Gracias al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), muchos pacientes logran una carga viral "indetectable". En términos de salud pública, esto ha dado lugar al concepto I = I (Indetectable es igual a Intransmisible), lo que significa que una persona con carga viral indetectable por más de seis meses no transmite el virus por vía sexual, mejorando drásticamente su calidad de vida y reduciendo el estigma (10) (11).

e. Patogénesis del Virus

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un proceso mediante el cual el virus infecta y daña el sistema inmunológico, este ataca principalmente a las células CD4+, que son un tipo de linfocitos T, los cuales son importantes para la respuesta inmunitaria, una vez el virus dentro de estas células, se replica y destruye las células CD4, ocasionando la debilidad del sistema inmunológico. Con la disminución del número de células CD4 por debajo de 200 células por milímetro cúbico de sangre, el cuerpo es más vulnerable a infecciones y enfermedades, lo que puede llevar a desarrollar el SIDA, etapa avanzada de la infección por VIH (14).

f. Epidemiología de la Infección por el VIH

En el año 2024 en el Perú se reportaron alrededor de 8053 casos nuevos de VIH, la epidemia está concentrada en jóvenes de 15 a 29 años, de los cuales el 76,7% son hombres y 23,4% son mujeres, siendo la vía de transmisión en un 97% de los casos la sexual, un 2% vertical de madre a hijo y un 1% en contaminación sanguínea, las regiones con más casos son Lima y Callao con 46%, Loreto con un 9%, Lambayeque, La Libertad y Arequipa con 6% cada uno.

En la región Arequipa se estima que 12000 personas viven con el VIH, de las cuales solo un 37% (4500 personas) están diagnosticadas y registradas en el sistema público, aproximadamente 3600 personas reciben tratamiento

antirretroviral, y la mortalidad entre los pacientes que reciben tratamiento es del 10% al 12% al año. El grupo más afectado son los jóvenes entre 18 a 35 años, de los cuales el 80% son hombres y el 20% mujeres, de los cuales el rango más amplio de infección esta entre los 20 a 24 años (15).

g. Mecanismos de transmisión del VIH

El VIH se transmite por ciertos fluidos corporales que contienen alta concentración del virus, así tenemos la sangre, el semen, líquido preseminal, secreciones vaginales, leche materna.

- **Transmisión sexual:**
  Vía más común a nivel mundial, se da al tener relaciones sexuales sin protección (vaginal, anal, oral) con una persona infectada con VIH.

- **Transmisión por sangre:**
  Cuando se comparte material punzocortante contaminado, especialmente en personas que consumen drogas inyectables, también puede ser a partir de equipos biomédicos no esterilizados y transfusiones de sangre contaminada.

- **Transmisión vertical (madrea hijo)**
  Puede ocurrir durante el embarazo, parto o lactancia materna. (16)

- **Exposición ocupacional:**
  Es poco frecuente, afecta principalmente a trabajadores de la salud por contacto accidental con sangre contaminada (pinchazo con agujas o punzocortantes) el riesgo es muy bajo si se aplican las medidas de bioseguridad (16).

h. Clasificación del VIH según sus fases

Se encuentra basada en la progresión clínica por la infección del VIH, desde que un paciente adquiere el virus hasta que desarrolla el síndrome. Estas fases reflejan el deterioro progresivo del sistema inmunológico:

- **Fase 1: Infección aguda.** Denominada primoinfección, va de 2 a 6 semanas después de la exposición al virus, los síntomas que presenta el paciente son similares a una gripe (fiebre, ganglios inflamados, fatiga, erupción, dolor de garganta) la carga viral es muy alta, las células CD4+ disminuyen y luego se recuperan parcialmente, es de un diagnóstico difícil por la ventana inmunológica.

- **Fase 2: Infección crónica asintomática.** Denominada latencia clínica, tiene una duración de 5 a 10 años sin tratamiento, los síntomas generalmente están ausentes y muy leves, la carga viral es baja pero persistente, las células CD4+ disminuyen progresivamente, los pacientes pueden transmitir el virus.

- **Fase 3: Infección Sintomática.** Denominada pre-SIDA, presenta síntomas como fiebre persistente, pérdida de peso, diarrea crónica, infecciones fúngicas (candidiasis oral, herpes zoster, etc.) Las células CD4+ son <500 células/mm3. El sistema inmunológico presenta síntomas de debilitamiento.

- **Fase 4: SIDA.** Denominada fase avanzada, el diagnóstico se confirma cuando el paciente tiene las células CD4+ < 200 células/mm3 y se pueden presentar enfermedades oportunistas como neumonía por Pneumoccystis, tuberculosis, sarcoma de Kaposi, etc. El sistema inmunológico se encuentra severamente dañado por lo que si el paciente se encuentra sin tratamiento es potencialmente mortal (17).

i. Diagnóstico

Se realiza a través de pruebas de laboratorio que detectan la presencia del virus o la respuesta del sistema inmunológico frente a él:

TABLA 1 Diagnóstico

TIPO DE PRUEBA	DETECTA	TIEMPO DESDE LA INFECCION	USO PRINCIPAL
Prueba rápida (anticuerpos)	Anticuerpos	3-12 semanas	Tamizaje inicial
ELISA (3ra generación)	Anticuerpos	3-12 semanas	Diagnóstico inicial
ELISA (4ta generación)	Antígenos + anticuerpos	15 días-6 semanas	Diagnóstico temprano
PCR (carga viral)	ARN viral	7-14 días	Infección aguda, monitoreo de tratamiento
Prueba confirmatoria (Geenius)	Proteínas especificas	Tras prueba positiva inicial	Confirmación y diferenciación VIH

Fuente (17).

j. Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)

El TARGA combina al menos tres medicamentos antirretrovirales dados al paciente, lo que impide que el VIH se reproduzca y mute fácilmente. El esquema recomendado por la OMS y establecido en las guías nacionales, el mismo que debe ser administrado inmediatamente después del diagnóstico, el esquema más utilizado actualmente es:

Esquema de base: Tenofovir (TDF o TAF) + Lamivudina (3TC) o Entricitamina (FTC) + Doglutegravir (DTG) (18).

5.2. PATOLOGÍAS ORALES EN PACIENTES CON VIH

5.2.1 Candidiasis oral

a. Definición

Infección fúngica superficial de la cavidad oral causada por el hongo *Candida albicans,* algunos casos muy poco frecuentes por el *Candida glabrata* o *Candida tropicalis.*

Es una infección oportunista en personas inmunodeprimidos como pacientes con VIH/SIDA, diabéticos, ancianos, etc. (19).

La candidiasis oral se define como una infección fúngica oportunista de la mucosa bucal causada principalmente por especies del género Candida, en particular Candida albicans, caracterizada por la formación de placas blanquecinas pseudomembranosas removibles, eritema o lesiones eritematosas, que surge por el sobrecrecimiento de este hongo saprofito en condiciones de alteración de la flora microbiana local o inmunosupresión (20).

b. Diagnóstico

El diagnóstico clínico se basa en la observación directa de lesiones típicas en la boca (placas blancas o amarillentas en la lengua), el diagnostico microbiológico es a través de un frotis oral y tinción con azul de metileno, evidenciándose levaduras y pseudohifas.

c. Signos y Síntomas

Los signos clínicos son según el tipo de cándida:

- Candidiasis Pseudomembranosa (Muguet): Se evidencian placas blancas sobre la lengua, paladar, encías o mejillas, cuando estas se caen dejan una superficie enrojecida y/o sangrante. Frecuente en pacientes con VIH avanzado.

- Candidiasis Eritematosa (atrófica): Existe enrojecimiento doloroso de la mucosa oral, especialmente en el dorso de la lengua y del paladar, en algunos pacientes existe sensación de quemazón.
- Candidiasis hiperplásica (Leucoplasia candidiásica): Existen placas blancas adheridas a la mucosa oral y no se desprenden al raspado, relacionada con lesiones pre-cancerosas.
- Queilitis angular (Boqueras): Son fisuras dolorosas y enrojecidas en la comisura labial, asociada a deficiencias nutricionales y uso de prótesis (19).

d. Tratamiento

El tratamiento es tópico y sistémico. En pacientes con VIH pueden requerir tratamientos prolongados o profilaxis secundarias si hay recaídas frecuentes, el paciente con VIH debe mantener la terapia antirretroviral. El tratamiento de elección de la Cándida oral es:

- Nistatina en suspensión oral.
- Miconazol en gel.
- Clotrimazol vía oral.
- Fluconazol vía oral.

5.2.2 Criptococosis

a. Definición.

Es una infección por *Cryptococcus neoformans* en pacientes inmunodeprimidos, especialmente en pacientes VIH/SIDA en fase avanzada (CD4+ < 100 células/mm3), afecta la mucosa oral y puede coexistir con meningitis criptocócica o infección pulmonar (21).

b. Diagnóstico.

Se realiza mediante combinación de hallazgos clínicos y pruebas de laboratorio. En el examen clínico se evidencian lesiones en cavidad oral, historia clínica de

inmunosupresión severa. En el examen microbiológico de laboratorio se puede realizar biopsia pudiendo encontrarse el hongo encapsulado, si se sospecha de diseminación de la enfermedad se puede realizar una punción lumbar para descartar meningitis criptococica

c. Signos y síntomas.

Se puede observar lesiones nodulares, ulceradas o granulomatosas en la lengua, paladar, encías o mucosa oral que pueden ser dolorosas o indoloras, pueden tener sensación de ardor o molestia al comer, pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna.

d. Tratamiento.

- Fluconazol oral 400-800mg/día.
- Anfotericina B (21).

5.2.3 Leucoplasia vellosa

a. Definición.

Es una lesión blanca no desprendible que se ubica principalmente en la lengua, asociada a la infección del virus de Eptein-Barr (VEB), es una lesión benigna, pero marcador clínico de inmunosupresión, especialmente en personas con VIH/SIDA (22).

b. Diagnóstico.

Al diagnóstico clínico se evidencia una lesión blanca verrugosa o vellosa, la cual no se desprende al raspado, localizada en los bordes laterales de la lengua, generalmente es bilateral y en pacientes con antecedentes de inmunosupresión (VIH, trasplantes). El diagnostico por laboratorio se realiza con tinción con H&E, PCR o Hibridación in situ.

c. Signos y síntomas.

Se observan placas rugosas, blancas y vellosas en la cara lateral de la lengua, superficie corrugada o con pliegues que parecen pelos, generalmente indolora y no removible al raspado, es generalmente asintomática, se puede reportar como sensación de lengua áspera.

d. Tratamiento.

Si es paciente con VIH no dejar la terapia antirretroviral, y adicionar Aciclovir de 800mg y terapias tópicas (22).

5.2.4 Herpes oral

a. Definición.

Es una infección viral causada por el virus del Herpes simple tipo 1, caracterizada por la aparición de vesículas dolorosas en la mucosa oral labios o encías que al romperse forman ulceras (23).

b. Diagnóstico.

En el diagnóstico clínico se observa vesículas dolorosas agrupadas en labios, encías o mucosa oral. Pueden ver factores desencadenantes como la fiebre, menstruación, etc.

En el diagnostico de laboratorio se realiza con el PCR, tinción de Tzanck cultivo oral, serología IgM/IgG.

c. Signos y síntomas.

En la primoinfección que es la más común en niños o jóvenes puede existir, fiebre alta, malestar general, adenopatías submandibulares, dolor y ardor en boca, acompañado de gingivoestomatitis herpética aguda que son las encías

muy inflamadas sangrantes, múltiples vesículas que se ulceran en lengua, paladar, mucosa y labios, teniendo el paciente dificultad para comer y hablar.

En la infección recurrente (Herpes labial) el paciente tiene ardor, picazón u hormigueo, apareciendo vesículas agrupadas sobre una base eritematosa en el borde del labio, que evoluciona a costras en 7 a 10 días.

d. Tratamiento.

- Valaciclovir 1000 mg vía oral.
- Analgésicos tópicos.
- Evitar tener contacto cercano durante brotes y usar protector solar labial (23).

5.2.5 Sarcoma de Kaposi oral

a. Definición.

Es un tipo de cáncer que está ubicado en el revestimiento de los vasos sanguíneos y linfáticos, afecta la cavidad bucal especialmente el paladar duro, encías, lengua y mucosa yugal (mejillas). Es muy común en personas con VIH/SIDA avanzado, puede estar asociado con el herpes virus humano tipo 8.

b. Diagnóstico.

Al examen clínico se observan lesiones pigmentadas rojizas que pueden ser planas o nodulares, las mismas que pueden sangrar fácilmente o ulcerarse, con una biopsia de la lesión se confirma el diagnostico.

Entre las pruebas complementarias que se pueden realizar al paciente son serología, carga viral para VIH, recuentro de linfocitos CD4+.

c. Signos y síntomas.

Se encuentran lesiones violáceas, rojizas o azuladas en encías, paladar, lengua o mucosa de las mejillas, las mismas que pueden tener aumento de volumen

por lo que puede estar interferido el habla, la masticación y la deglución, el dolor o sensibilidad no siempre está presente, el sangrado puede ser espontaneo y la ulceración de las lesiones se encuentra en etapas avanzadas. En ciertos casos puede ser la primera manifestación clínica del VIH/SIDA.

d. Tratamiento.

- Terapia antirretroviral.
- En caso de que las lesiones sean dolorosas se recomienda radioterapia localizada, cirugía o inyecciones intralesionales.
- En caso de presentar múltiples lesiones orales se recomienda quimioterapia sistémica.
- Higiene bucal.
- Analgésicos tópicos (24).

5.2.6 Linfoma No-Hodgkin

El Linfoma No-Hodgkin de la cavidad oral es una proliferación neoplásica clonal de células linfoides (principalmente células B) que se origina en sitios extranodales (25). En pacientes VIH positivos, representa una de las enfermedades definitorias de SIDA, caracterizándose por un comportamiento agresivo y una progresión rápida (26).

a. Signos y Síntomas Clínicamente

El LNH suele manifestarse como un aumento de volumen o masa de consistencia firme y elástica, localizada frecuentemente en el paladar duro o la encía (27).

Presencia de ulceraciones de bordes irregulares que no cicatrizan, movilidad dental sin causa aparente y linfoadenopatías cervicales palpables.

El paciente puede reportar dolor local, aunque en etapas iniciales puede ser asintomático. En casos avanzados, se presenta parestesia o anestesia debido a la compresión de troncos nerviosos (28).

b. Diagnóstico

El diagnóstico definitivo requiere un abordaje multidisciplinario:
Examen clínico e imagenológico: La tomografía computarizada muestra áreas de destrucción ósea con bordes mal definidos (27).

c. Tratamiento

El manejo se basa principalmente en la quimioterapia sistémica (esquemas como CHOP). En pacientes del Hospital Goyeneche, la terapia antirretroviral (TARGA) es un componente crítico, ya que la restauración del sistema inmune mejora significativamente el pronóstico de la enfermedad. En casos específicos, se utiliza la radioterapia para el control local de la masa tumoral (29).

5.2.7 Liquen plano

a. Definición.

Es una enfermedad inflamatoria autoinmune, afecta la mucosa oral, se presenta como lesiones blancas reticuladas erosivas o atróficas (30).
El liquen plano oral (LPO) es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida, considerada una mucodermatosis T-cell mediada, que afecta principalmente las mucosas de la cavidad oral, aunque puede presentarse de forma aislada o asociada a lesiones cutáneas. Se caracteriza por la aparición de exantemas mucocutáneos con lesiones reticulares, papulares, en placas, atrófico-eritematosas, erosivo-ulcerosas o ampollosas, siendo la forma reticular la más frecuente, con líneas blancas en forma de encaje o telaraña en las mejillas, lengua, encías y paladar, generalmente asintomática o con leve

aspereza. Las formas erosivas y ulcerosas provocan dolor intenso, ardor y sensibilidad a alimentos ácidos o picantes, afectando la calidad de vida del paciente (31).

b. Diagnóstico.

En la evaluación clínica se ubican lesiones en la mucosa oral con patrón reticulado blanco (estrías de Wickham), bilateral y simétrica, para confirmar el diagnostico se realiza una biopsia de la mucosa oral, en los estudios complementarios se realizan los estudios serológicos para descargar la hepatitis C con la que generalmente se encuentra asociado y para descartar displasia o carcinoma se realizan exámenes de histopatología.

c. Signos y síntomas.

- Reticular: estrías blancas finas (estrías de Wickham), indoloras ubicadas en la mucosa yugal, lengua o encías.
- Erosiva: Mucosas enrojecidas con erosiones o ulceras dolorosas dolor al comer hablar o cepillarse.
- Atrófica: La mucosa es delgada, enrojecida y sensible.
- Placa: Aspecto blanquecino similar a una leucoplasia.
- Bullosa: La mucosa oral presenta ampollas que se rompen rápidamente.

En todos los casos clínicos anteriormente mencionados, puede existir ardor, dolor bucal en especial al consumir alimentos ácidos, calientes o picantes, sensación de boca seca o áspera y en casos severos puede existir dificultad para hablar o comer.

d. Tratamiento.

Es sintomático y no hay cura definitiva, se recomienda:

- Evitar consumir alimentos o productos irritantes.
- Buena higiene bucal.
- Control del estrés.

- Corticoides tópicos (30).

5.2.8 Eritema gingival lineal

a. Definición.

Enfermedad periodontal asociada al VIH caracterizada por una banda roja intensa a lo largo del margen gingival, la cual no desaparece con higiene bucal y puede estar presente aun en ausencia de placa bacteriana significativa.
Es considerada una manifestación temprana y especifica del VIH ya que indica inmunosupresión progresiva (32).

b. Diagnóstico.

A la evaluación clínica se observa una línea rojiza eritematosa de dos a tres milímetros de ancho en el margen gingival en especial es los dientes anteriores, puede acompañarse de sangrado espontaneo o inflamación leve y a pesar de la eliminación de la placa bacteriana persiste el eritema.
Para evaluar el estado inmunológico se solicita recuentro de linfocitos CD4+, carga viral y se investiga sobre la historia de infección por VIH y/o uso de terapia antirretroviral.

c. Signos y síntomas.

Dentro de los signos encontramos:

- Banda rojiza eritematosa definido en el margen gingival, bilateral y más notorio en la región anterior.
- Encías inflamadas sin perdida ósea.
- Sangrado espontaneo o mínimo al contacto.
- Presente en encías con poco o nada de placa bacteriana.

En los síntomas encontramos:

- Molestias leves o dolor, aunque en la mayoría de los casos es asintomático.

- Sensibilidad al cepillado o al comer, en algunos casos el paciente solo nota sangrado al cepillarse.

d. Tratamiento.

- Tratamiento retroviral (TAR)
- Tratamiento periodontal: profilaxis, eliminación mecánica de placa y enjuagues con antisépticos.
- Tratamiento sintomático: analgésicos (32).

5.2.9 Periodontitis

a. Definición.

Enfermedad inflamatorio-crónica y destructiva de los tejidos que sostienen los dientes, ocurre con mayor frecuencia, severidad y progresión rápida a personas con inmunosupresión por VIH.

En estos pacientes pueden presentarse formas atípicas y agresivas como:

- Gingivitis lineal eritematosa (GLE)
- Periodontitis necrotizante
- Estomatitis necrotizante.

Todas ellas están relacionadas con el estado inmunológico del paciente, es especial con un conteo bajo de linfocitos CD4+ (33).

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial asociada a biopelículas de placa bacteriana disbiótica, caracterizada por la destrucción progresiva de los tejidos de soporte del diente, incluyendo el ligamento periodontal y el hueso alveolar, lo que conduce a la formación de bolsas periodontales, pérdida de inserción clínica y, en estadios avanzados, movilidad y pérdida dentaria. Esta respuesta inflamatoria se desencadena por la interacción entre el biofilm subgingival y el sistema inmunitario del huésped, modulada por factores de riesgo sistémicos y conductuales como el tabaquismo, la diabetes mellitus y la susceptibilidad genética, que condicionan la severidad y la velocidad de progresión de la enfermedad (34).

b. Diagnóstico.

Historia clínica en la que se confirma el diagnostico de VIH y estado inmunológico (CD4+), evaluar adherencia a TAR.

En el examen periodontal, presencia de bolsas mayores a 4mm al realizar sondaje periodontal, perdida de inserción clínica y movilidad dental, se evidencia sangrado espontaneo o al sondaje.

En las radiografías dentales existe evidencia de perdida ósea rápida vertical o generalizada.

c. Signos y síntomas.

Las formas atípicas y agresivas de periodontitis en pacientes VIH presentan los siguientes signos y síntomas característicos:

TABLA 2 Periodontitis

Tipo de lesión	Signos	Síntomas
Gingivitis necrotizante.	Eritema marginal rojo intenso, sin presencia evidente de placa.	Ardor, sangrado leve
Periodontitis necrotizante	Necrosis de papilas, sangrado abundante, halitosis fétida, perdida ósea rápida.	Dolor intenso, movilidad dental.
Estomatitis necrotizante	Necrosis extensa de encías, paladar, hueso expuesto.	Dolor severo, fiebre y malestar general.

Fuente (34).

d. Etapas.

Basado en la complejidad y severidad.

- Estadío I: Periodontitis inicial.
- Estadío II: Periodontitis moderada.
- Estadío III: Periodontitis severa potencial por perdida de dientes.
- Estadío IV: Periodontitis Servera potencial por perdida total de dientes.

e. Grados:

- Grado A. Progresión lenta.
- Grado B: Progresión Moderada.
- Grado C: Progresión rápida.

f. Tratamiento.

- Terapia antirretroviral.
- Tratamiento periodontal específico.
- Tratamiento sintomático de soporte.
- Educación y seguimiento (35).

5.2.10 Enfermedad Periodontal Necrotizante

a. Definición.

Forma aguda y dolorosa de gingivitis caracterizada por necrosis en las papilas interdentales, ulceraciones, sangrado espontaneo, halitosis fétida, causada por una infección bacteriana, favorecida por factores locales y sistémicos como el estrés, mala higiene oral, tabaquismo, inmunosupresión como el VIH, deficiencias nutricionales (36).

Es una enfermedad periodontal aguda de origen infeccioso, caracterizada por un proceso inflamatorio doloroso de la encía marginal e interdental, con necrosis del tejido gingival, ulceración de las papilas interproximales, sangrado espontáneo o provocado, halitosis intensa y, en ocasiones, compromiso

sistémico con fiebre y malestar general. Se considera una forma necrosante de enfermedad periodontal asociada a una proliferación bacteriana oportunista sobre un huésped con factores predisponentes como inmunosupresión, estrés, desnutrición, mala higiene oral y tabaquismo, y puede progresar a periodontitis necrotizante si no se trata de forma oportuna (37).

b. Diagnóstico.

El diagnóstico clínico basado en los signos visibles característicos, se puede hacer un cultivo o frotis bacteriano en casos persistentes o recurrentes.

Los factores de riesgo que predisponen al paciente pueden ser:

- Estrés emocional.
- Higiene oral deficiente.
- Tabaquismo.
- Inmunodeficiencias.
- Falta de sueño o fatiga extrema.

c. Signos y síntomas.

La aparición de signos y síntomas de la gingivitis necrotizante se explica de la siguiente manera:

TABLA 3 Enfermedad Periodontal Necrotizante

SIGNOS	SINTOMAS
Necrosis y ulceración de las papilas interdentales	Dolor gingival intenso y espontaneo.
Encías muy rojas y sangrado espontaneo.	Halitosis muy fuerte (olor metálico)
Pseudomembranas grisáceas sobre la encía ulcerada	Sensibilidad al comer y/o cepillarse
Inflamación gingival localizada	Sabor desagradable persistente.
En casos muy graves, fiebre, malestar general, adenopatías submandibulares.	Fatiga o sensación de enfermedad sistémica.

Fuente (37).

d. Tratamiento.

Fase aguda:

- Desbridamiento suave: limpieza cuidadosa con solución antiséptica (clorhexidina)
- Antibióticos sistémicos (metronidazol de 250mg - 500mg)
- Enjuagues bucales con clorhexidina al 0.12%
- Analgésicos: paracetamol o ibuprofeno.

Fase de mantenimiento:

- Profilaxis profesional completa.
- Educación en higiene bucal.
- Reducción de factores de riesgo.
- Control de enfermedades subyacentes como el VIH o desnutrición (36).

5.3. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN PACIENTES VIH

5.3.1 Influencia de la edad en la prevalencia de patologías orales

La edad es una variable determinante en la manifestación de enfermedades bucales en pacientes VIH positivos. Con el advenimiento del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), se ha observado un fenómeno de "envejecimiento de la cohorte VIH", lo que implica que los pacientes viven más tiempo pero están expuestos a procesos inflamatorios crónicos (38). En adultos jóvenes, las lesiones más frecuentes suelen ser de origen infeccioso agudo (como candidiasis o eritema gingival lineal). Por el contrario, en adultos mayores de 50 años, la prevalencia se desplaza hacia patologías crónicas como la xerostomía severa, enfermedades periodontales destructivas y una mayor incidencia de lesiones premalignas o cáncer oral, debido a la inmunocenescencia y al tiempo de exposición al virus (39).

5.3.2 Diferencias epidemiológicas según el género

El género introduce variaciones significativas en la presentación de las patologías. Los estudios epidemiológicos indican que los hombres presentan una mayor frecuencia de Sarcoma de Kaposi y leucoplasia vellosa, hallazgos que suelen asociarse a recuentos de linfocitos CD4 más bajos en el momento del diagnóstico (40). En las mujeres, se ha reportado una mayor prevalencia de candidiasis oral y úlceras aftosas recurrentes, lo cual podría estar influenciado por variaciones hormonales y una respuesta inmunitaria mucosa distinta. Asimismo, el género suele estar vinculado a factores psicosociales que afectan la adherencia al tratamiento y, por ende, la salud oral (41).

5.3.3 Estado nutricional y hábitos de higiene oral en el paciente hospitalizado

El estado nutricional es un factor bidireccional: la desnutrición debilita la respuesta inmune favoreciendo infecciones orales, mientras que las lesiones

dolorosas en la boca impiden una correcta ingesta de alimentos, agravando el cuadro sistémico del paciente VIH (42). En el paciente hospitalizado, se observa frecuentemente un deterioro de los hábitos de higiene oral debido a la postración, la depresión o el enfoque exclusivo del personal médico en la patología de base, lo que genera un incremento de la placa bacteriana y la aparición de gingivitis agresivas en tiempos cortos de estancia hospitalaria (43).

5.4. SALUD ORAL Y HOSPITALIZACIÓN

5.4.1 Importancia del Servicio de Odontoestomatología en pacientes con enfermedades sistémicas

El odontólogo hospitalario juega un rol crítico en el equipo multidisciplinario. La cavidad oral es a menudo el "espejo" de la salud sistémica del paciente con VIH; el diagnóstico temprano de una candidiasis o una leucoplasia vellosa puede ser el primer indicador de una falla terapéutica en el TARGA o de un descenso crítico de los CD4 (44). La intervención estomatológica previene complicaciones graves como neumonías por aspiración (causadas por patógenos orales) y focos sépticos que podrían diseminarse en un paciente inmunocomprometido (45).

5.4.2 El rol del Hospital III Goyeneche en la atención de pacientes con VIH en Arequipa

El Hospital III Goyeneche es una institución emblemática en el sur del Perú y constituye un centro de referencia regional para el manejo de pacientes con VIH a través de su programa PROSARE. El Servicio de Odontoestomatología de este hospital no solo realiza tratamientos recuperativos, sino que actúa como un filtro epidemiológico vital en Arequipa. Dada la población diversa que atiende (urbana y rural), el hospital se convierte en el escenario ideal para determinar el perfil epidemiológico actual de las manifestaciones orales en la

región, permitiendo ajustar los protocolos de atención local a la realidad demográfica del paciente en la ciudad de Arequipa (46).

5.5. BASES LEGALES

5.5.1 Norma Técnica de Salud para la atención integral del paciente con VIH en Perú

La investigación se sustenta en la Norma Técnica de Salud N° 169-MINSA/2020/DGIESP, la cual establece que la atención del paciente VIH debe ser integral, continua y sin discriminación. Esta norma subraya que el examen odontológico es obligatorio dentro del protocolo de evaluación clínica anual del paciente, reconociendo que la salud bucal es inseparable de la estabilidad del paciente con VIH/SIDA en el sistema de salud peruano (47).

5.5.2 Consideraciones éticas y confidencialidad en el registro de historias clínicas

De acuerdo con la Ley General de Salud N° 26842 y la Ley de Protección de Datos Personales (Ley N° 29733), el manejo de la información en pacientes VIH en el Hospital Goyeneche debe ser estrictamente confidencial. El uso de la historia clínica para fines de investigación requiere del anonimato de los datos (uso de códigos en lugar de nombres) para proteger la identidad del paciente y evitar el estigma social. Todo estudio debe contar con la aprobación del Comité de Ética del hospital, garantizando que el beneficio científico no vulnere la dignidad del individuo (48).

5.6. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

5.6.1. Internacionales:

- **"Manifestaciones orales asociadas con el VIH en pacientes del sudeste brasileño en terapia antirretroviral". Brasil. 2023.**
  Autores: DE SOUZA BK y cols**.**

  94/161 pacientes (58.39%) presentaron manifestaciones orales asociadas. Las más frecuentes fueron enfermedad periodontal (48.45% con movilidad dental, ~49% sin movilidad), seguida por hiperpigmentación de la mucosa oral (14.29%), eritema gingival lineal (9.32%), candidiasis pseudomembranosa (8.70%), y leucoplasia vellosa oral (1.86%). Llegando a la conclusión que las lesiones orales siguen siendo comunes entre pacientes con VIH bajo tratamiento antirretroviral; la enfermedad periodontal predominó. No se encontró asociación significativa con recuento de CD4, carga viral o tipo de TAR, pero sí con edad, duración del tratamiento y hábitos como tabaquismo para algunas manifestaciones (49).

- **"Manifestaciones orofaciales en personas brasileñas que viven con VIH bajo cita de larga duración". Brasil 2023**
  Autor: Bartholo MF.

  Las manifestaciones orales más frecuentes fueron lipoatrofia facial (33%), xerostomía (30%) y agrandamiento de glándulas salivales (12%). También se encontró leucoplasia vellosa en pacientes con carga viral detectable. En conclusión, aunque la TAR de larga duración mejora el control sistémico, persisten manifestaciones orales que pueden afectar la calidad de vida, especialmente xerostomía y cambios en tejidos blandos (glándulas salivales, tejido adiposo facial). Estas condiciones deben ser vigiladas por odontología (50).

- **“Manifestaciones orales en tejidos blandos de pacientes infectados con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que han contraído SIDA, revisión de la literatura”. Ecuador 2024.**
  Autor: Daniel Alejandro Quinatoa Herrera y cols.

  Entre las lesiones orales más recurrentes en pacientes con VIH/SIDA se destacan: candidiasis oral, leucoplasia vellosa, sarcoma de Kaposi, linfomas no Hodgkin (LNH), enfermedad periodontal asociada, glositis, queilitis angular. Se concluye que, a pesar del avance en terapias antirretrovirales, las manifestaciones bucales continúan siendo frecuentes y representan un indicador clínico importante de inmunosupresión o progresión de la infección. El control odontológico integral sigue siendo necesario (51).

5.6.2. Nacionales:

- **“Asociación entre los niveles de linfocitos T CD4 y lesiones bucales de portadores del VIH/sida”. Lima. 2021.**
  Autor: Cristhian Turriate Vivar y cols

  Introducción: Las enfermedades de la cavidad bucal en los pacientes con VIH/sida pueden verse agravadas dependiendo de la respuesta inmunitaria del paciente y los niveles de linfocitos. Objetivo: Relacionar los niveles de linfocitos T CD4 y las principales lesiones bucales en pacientes con el VIH/sida del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Lima, Perú), durante el 2018. Métodos: Se realizó un estudio analítico y de corte transversal, entre julio y octubre del 2018, en 65 pacientes hospitalizados, a los cuales se realizó un examen clínico de la cavidad bucal. Se evaluó la presencia de manifestaciones bucales asociadas al VIH/sida; también se clasificó el nivel de linfocitos T CD4 en tres categorías (> 500 cel/mm3, entre 200-500 cel/mm3 y < 200 cel/mm3). Resultados: Un 70,8 % de los pacientes no se encontraba con tratamiento antirretroviral al momento del examen. El nivel promedio de linfocitos T CD4 fue 237,65 cel/mm3, con mayor prevalencia en mujeres. El 56,9 % de los pacientes presentaron lesiones bucales, el sexo masculino fue el más afectado (91 %). La lesión más frecuente

fue la candidiasis bucal (44,6 %) y la categoría que presentó mayor frecuencia de lesiones bucales fue la < 200 cel/mm3 (38,5 %; p < 0,05). Conclusiones: El sexo masculino presentó la mayor cantidad de lesiones bucales asociadas a bajos niveles de linfocitos T CD4. La mayor parte de lesiones bucales se presentaron en un nivel de linfocitos T CD4 < 200 cel/mm3. La candidiasis bucal fue la lesión que más se evidenció al momento de realizar el examen clínico (52).

- **"Manifestaciones bucales en pacientes con SIDA bajo terapia antirretroviral en un hospital en Perú". Chiclayo. 2022.**
  Autor: Katherine Liset Ramos Tejada y cols

  Objetivo: Determinar la prevalencia de las manifestaciones bucales, en pacientes con SIDA bajo terapia antirretroviral en un Hospital Referencial en Perú.

  Materiales y métodos: Estudio prospectivo, no experimental, transversal y cuantitativo. Se contó con una población de 380 y una muestra de 191 pacientes, que cumplieron los criterios de selección. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos adaptada, que consta de dos partes, en una los datos personales y en otra las manifestaciones bucales más frecuentes.

  Resultados: La prevalencia de las manifestaciones bucales en pacientes con SIDA bajo terapia antirretroviral en un 59.50%, siendo la candidiasis oral la más frecuente con un 35.5%; El predominio de estas manifestaciones bucales es mayor en el género masculino con un 67% y en el rango de edades entre 18-25 años en un 57%.

  Conclusiones: Existe alta prevalencia de manifestaciones bucales en pacientes con SIDA bajo terapia antirretroviral, siendo la más frecuente la candidiasis oral, en el género masculino y en menores de 25 años (53).

- **“Manifestaciones bucales en pacientes con VIH, del consultorio de odontología del Hospital Referencial de Ferreñafe”. Chiclayo. 2018.**
  Autor: Coronel Farro Wilton Jhon Lenin

  El presente trabajo titulado Manifestaciones Bucales En Pacientes Con VIH/SIDA, Del Consultorio De Odontología Del Hospital Referencial De Ferreñafe, 2018; realizada para identificar y evidenciar las manifestaciones bucales frecuentes en pacientes con VIH/SIDA.

  El objetivo principal de este estudio es identificar las manifestaciones bucales que existen en pacientes con VIH del consultorio odontológico del Hospital Referencial Ferreñafe agosto – setiembre 2018, teniendo como prioridad aportar una guía en la asistencia estomatológica en pacientes con VIH/SIDA.

  Se realizó un estudio no experimental, transversal, descriptivo, la muestra consistió por todos los pacientes diagnosticados con VIH los cuales son 240 según el servicio de Targa y acuden periódicamente al consultorio dental como parte del tratamiento retroviral que mantienen dentro del programa Targa, a los cuales se realizó un examen clínico oral y una ficha de recolección de datos, tomando en cuenta las principales manifestaciones estomatológicas fúngicas, bacterianas, virales, según el género y edad.

  Encontrándose como resultado que la mayor manifestación bucal en los pacientes es; queilitis angular 43%, gingivitis ulcero necrotizante 14%, herpes virus simple 13%, cándida pseudomembranosa 9%, cándida eritematosa 8%, eritema lingual 3%, y que no presentan manifestaciones bucales 10% de los pacientes.

  Según su sexo, las manifestaciones más frecuentes son: cándida pseudomembranosa 9% (6 % del sexo masculino y el 3% del sexo femenino); cándida eritematosa 8% (4% del sexo masculino y el 4% del sexo femenino); queilitis angular 43% (24% del sexo masculino y el 19% del sexo femenino); eritema lingual 3% (2% del sexo masculino y el 1% del sexo femenino); gingivitis ulcero necrotizante 14% (13% del sexo masculino y el 1% del sexo femenino); herpes de virus simple 13% (10% del sexo masculino y el 3% del

sexo femenino) y no presentan lesiones 9% el sexo masculino y 1% del sexo femenino.

Se concluyó que las manifestaciones bucales se presentan con mayor frecuencia en pacientes masculino y son las de mayor frecuencia las manifestaciones fúngicas (54).

5.6.3. Locales:

- **"Asociación entre el tratamiento antirretroviral de gran actividad y la patología bucal en pacientes con VIH-SIDA del Hospital Regional Honorio Delgado". Arequipa. 2025.**
  Autor: Gabriela Alejandra Lazo Meneses

  El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre el tratamiento antirretroviral de gran actividad y la patología bucal en pacientes con VIH-SIDA adherentes a la terapia TARGA. Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y de corte longitudinal. En cuanto al universo, fueron evaluadas 71 historias clínicas de pacientes con VIH-SIDA adherentes a la terapia TARGA del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 36 (50.70%) correspondieron a varones y 35 (49.30%) a mujeres. Se dividieron en 4 grupos según el período de adherencia: un primer grupo formado por las historias clínicas de los pacientes adherentes a la terapia TARGA entre el periodo 2005-2009 (5 años), un segundo grupo entre el período 2006-2009 (4 años), un tercer grupo entre el período 2007-2009 (3 años) y un cuarto grupo entre el período 2008-2009 (2 años). Se efectuó un análisis bivariado, de naturaleza cuantitativa utilizando como técnica de estadística descriptiva, la distribución de frecuencias absolutas y relativas y como técnica de estadística inferencial, la prueba de chi cuadrado de independencia para precisar la relación entre las variables. Conclusiones: En cuanto a la asociación entre el tratamiento antirretroviral de gran actividad y la patología bucal en pacientes con VIH-SIDA adherentes a la terapia TARGA, sólo en dos grupos hubo una disminución del número de pacientes con lesiones orales: en el grupo

de pacientes que recibieron la terapia TARGA entre el período del 2005-2009 (5 años) observándose que al iniciar la terapia un 22.54% presentaba lesiones bucales y al quinto año de tratamiento disminuyó a 16.90%. Del mismo modo, en el grupo de pacientes adherentes a la terapia TARGA entre el período 2007-2009 (3 años), se observó que al iniciar la terapia un 21.13% presentaba lesiones bucales y al tercer año de tratamiento disminuyó a 19.72%. Las patologías bucales más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas, siendo las de tipo micóticas (candidiasis) y las bacterianas (caries dental) las más predominantes; sólo se presentó un caso de sarcoma de Kaposi. Sin embargo, al aplicar la prueba estadística de chi cuadrado en los 4 grupos no se observaron diferencias estadísticamente significativas (p0.05) entre el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y la Patología Bucal presente en los pacientes con VIH-SIDA adherentes a la terapia TARGA (55).

6. HIPÓTESIS

Debido al diseño no experimental de nivel descriptivo de la presente investigación, la cual se orienta a la prevalencia de patologías orales en pacientes con VIH, no se requiere la formulación formal de una hipótesis de trabajo.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. DISEÑO METODOLÓGICO

1.1. Técnica de investigación

El método que se utilizó en esta investigación es conocido como Observación Documental.

1.2. Esquematización

TABLA 4 Variables

VARIABLE	TECNICA	INSTRUMENTO
Patologías orales	Observación documental	Ficha de Recolección de datos
Pacientes VIH positivo		

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.1. Descripción de la técnica

Después de la aprobación del proyecto de investigación ante el comité de ética de la Universidad Católica de Santa María y una vez obtenida la aprobación del director del Hospital III Goyeneche, para acceder a los archivos de historias clínicas, se procederá con la recopilación de la información.

Los datos de cada historia clínica serán plasmados en una ficha de recolección.

Este instrumento contendrá la siguiente información:

a. Numero de unidad de estudio.
b. Edad del paciente.
c. Genero.
d. Diagnóstico de patologías orales.

3. TABLA DE VARIABLES

TABLA 5 Variable principal

VARIABLE	INDICADORES	EJES	SUBINDICADORES (Prevalencia)	SUB EJES
Patologías orales	Candidiasis oral	**1**	Presenta No presenta	**1.1**
	Criptococosis	**2**	Presenta No presenta	**2.1**
	Leucoplasia vellosa	**3**	Presenta No presenta	**3.1**
	Herpes oral	**4**	Presenta No presenta	**4.1**
	Sarcoma de Kaposi oral	**5**	Presenta No presenta	**5.1**
	Liquen plano	**6**	Presenta No presenta	**6.1**
	Eritema gingival lineal	**7**	Presenta No presenta	**7.1**
	Periodontitis	**8**	Presenta No presenta	**8.1**
	Gingivitis necrotizante (GN)	**9**	Presenta No presenta	**9.1**
	Periodontitis necrotizante (PN)	**10**	Presenta No presenta	**10.1**
	Estomatitis necrotizante (EN)	**11**	Presenta No presenta	**11.1**

TABLA 6 Variable Género y Edad

VARIABLE	INDICADORES	EJES	SUBINDICADORES	SUB EJES
Pacientes VIH positivo	Género	**1**	Masculino Femenino	**1.1**
	Edad	**2**	18-28 29-39 40-49 50-59 60 a más	**2.1**

4. INSTRUMENTOS

4.1. Instrumentos

a) Ficha de observación y recolección de datos

TABLA 7: Instrumento documental

TÉCNICA	INSTRUMENTO DOCUMENTAL
Observación Documental	Recolección de datos

5. PLAN DE ANÁLISIS

TABLA 8 Análisis Estadístico

VARIABLES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	MEDIDAS ESTADÍSTICAS	PRUEBAS ESTADÍSTICAS
Patologías Orales	Cuantitativo	Ordinal	Frecuencias relativas y absolutas	Chi Cuadrado
Pacientes VIH positivos				

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se rigió por los principios éticos fundamentales de la bioética clínica y la normativa vigente en el Perú, asegurando la protección de los derechos, la dignidad y el bienestar de los pacientes evaluados en el Servicio de Odontoestomatología del Hospital III Goyeneche.

6.1. Respeto a la Dignidad y Autonomía

La investigación se desarrolló bajo los lineamientos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, la cual establece que el interés del ser humano debe prevalecer sobre los intereses de la ciencia. Al ser un estudio de observación documental basado en fuentes secundarias (fichas y registros clínicos), se garantizó que la recolección de datos no interfiriera con el tratamiento clínico ni causara daño físico o moral a los pacientes.

6.2. Confidencialidad y Anonimato

Dada la sensibilidad de la condición serológica de la población en estudio, se aplicó un protocolo estricto de confidencialidad en cumplimiento con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley N° 29733) y la Ley General de Salud (Ley N° 26842).

- **Anonimato:** No se registraron nombres, apellidos, números de DNI ni cualquier dato que permitiera la identificación directa de los pacientes. En su lugar, se utilizó un sistema de codificación alfanumérica para el procesamiento estadístico.
- **Custodia de la información:** Los instrumentos de recolección de datos (fichas) fueron custodiados exclusivamente por la encargada de la investigación, garantizando que la información no fuera accesible a terceras personas ajenas al estudio.

6.3. Consentimiento y Aprobación Institucional

La ejecución de la investigación contó con la autorización de la Dirección del Hospital III Goyeneche y se someterá al Comité de Ética en Investigación correspondiente. Al tratarse de un estudio de carácter descriptivo con análisis de registros clínicos ya existentes, se solicitó la exoneración del consentimiento informado individual, asegurando en todo momento que el manejo de las historias clínicas se realizara dentro de los márgenes legales y éticos del hospital.

7. RECURSOS

7.1. Organización

Antes de la aplicación formal de los instrumentos será necesario que se efectúe lo siguiente:

- Autorización del director del Hospital III Goyeneche.
- Coordinación con el jefe de departamento del servicio de Odontoestomatología
- Acceso a las historias clínicas del servicio de Odontoestomatología

7.2. Recursos Humanos

- Investigador: Valeria Angela Bustamante Fernandez
- Asesor: Mg. Marco Antonio Calle Zambrano

7.3. Recursos Físicos

- Laptop
- Lapicero
- Hojas Bond

7.4. Recursos económicos

Recursos autofinanciados por la autora del proyecto.

7.5. Recursos institucionales

Hospital III Goyeneche.

8. CAMPO DE VERIFICACIÓN

8.1 Ubicación espacial.

a. Ámbito general.

Arequipa, Cercado

b. Ámbito específico.

Servicio de Odontoestomatología del Hospital III Goyeneche

8.2 Ubicación temporal.

La investigación será realizada en el año 2025

8.3 Unidades de estudio.

La investigación se realizará con un universo total de 56 Historias Clínicas pertenecientes a pacientes adultos VIH positivos que acudieron al servicio de Odontoestomatología del Hospital III Goyeneche, en el año 2024.

a. Unidades de análisis.

Historias clínicas de pacientes adultos VIH positivo que acudieron al servicio de Odontoestomatología

b. Alternativa.

Fuentes poblacionales.

c. Población cualitativa.

- **Criterios de inclusión.**
  - Historias clínicas con correcto diagnóstico del servicio de Odontoestomatología de pacientes que acudieron en el año 2024.
  - Pacientes adultos entre 18 a 60 años, y pacientes mayores de 60 años.
  - Pacientes de ambos géneros.

- **Criterios de exclusión.**
  - Historias clínicas incompletas o mal realizadas.
  - Historias clínicas dañadas o no legibles.

d. Población cuantitativa.

Se utilizará un muestreo censal que involucrara el 100% de pacientes adultos VIH positivo que acudieron al servicio de Odontoestomatología en el año 2024.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

TABLA 9 Edad, sexo y tiempo de enfermedad

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N°	%
EDAD		
De 18 a 30 años	16	28,6
De 31 a 45 años	16	28,6
De 46 a 60 años	17	30,4
Más de 60 años	7	12,5
SEXO		
Masculino	48	85,7
Femenino	8	14,3
TIEMPO DE ENFERMEDAD		
De 1 a 5 años	25	44,6
De 6 a 10 años	24	42,9
Más de 10 años	7	12,5
Total	56	100.0

* Matriz de Datos

En cuanto a la caracterización sociodemográfica de nuestra muestra, se determinó que el 30.4% de los pacientes con diagnóstico de VIH positivo se encuentra en el rango de 46 a 60 años. Asimismo, se observó un marcado predominio epidemiológico del sexo masculino, el cual representa el 85.7% de la población en estudio. Finalmente, respecto a la evolución de la patología, el 44.6% de los sujetos evaluados presenta un tiempo de enfermedad establecido entre 1 y 5 años desde el diagnóstico inicial.

FIGURA 1 Edad, sexo y tiempo de enfermedad

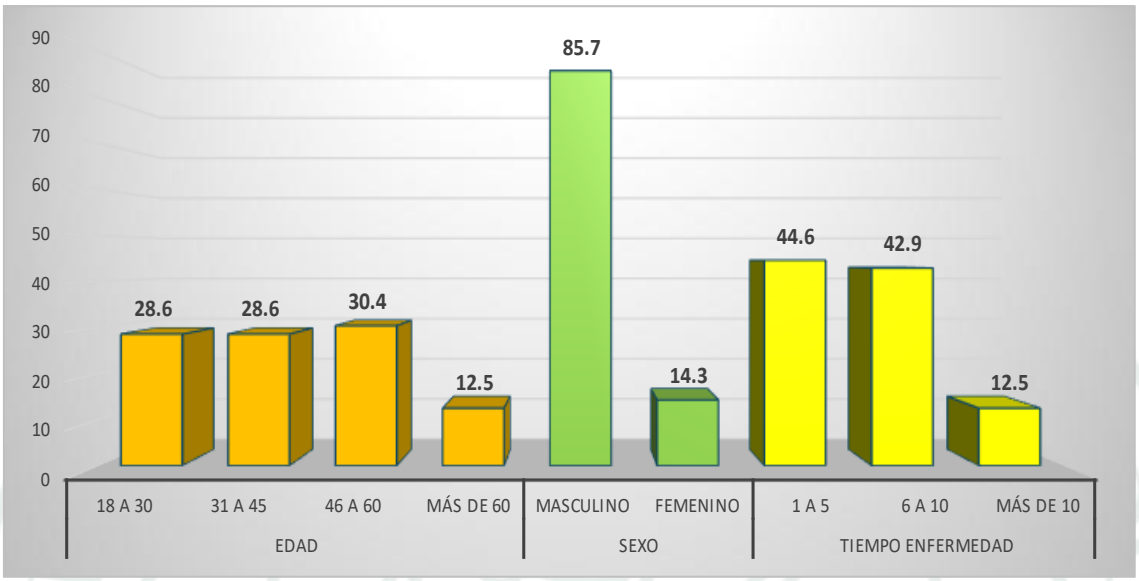


TABLA 10 Prevalencia de patologías orales

PATOLOGÍAS ORALES PREVALENCIA	N°	%
CANDIDIASIS ORAL		
No presenta	41	73,2
Presenta	15	26,8
CRIPTOCOCOSIS		
No presenta	56	100,0
Presenta	0	0,0
LEUCOPLASIA VELLOSA		
No presenta	56	100,0
Presenta	0	0,0
HERPES ORAL		
No presenta	33	58,9
Presenta	23	41,1
SARCOMA DE KAPOSI		
No presenta	56	100,0
Presenta	0	0,0
LIQUEN PLANO		
No presenta	54	96,4
Presenta	2	3,6
ERITEMA GINGIVAL		
No presenta	47	83,9
Presenta	9	16,1
PERIODONTITIS		
No presenta	31	55,4
Presenta	25	44,6
GINGIVITIS NECROTIZANTE		
No presenta	54	96,4

Presenta	2	3,6
PERIODONTITIS NECROTIZANTE		
No presenta	49	87,5
Presenta	7	12,5
ESTOMATITIS NECROTIZANTE		
No presenta	56	100,0
Presenta	0	0,0
Total	56	100.0

* Matriz de Datos

En relación al perfil epidemiológico de las manifestaciones orales, se determinó que la Periodontitis es la patología más prevalente en nuestro estudio con un 44.6%, seguida por el Herpes oral con un 41.1%. Otras afecciones identificadas incluyeron la Candidiasis oral (26.8%), el Eritema gingival (16.1%) y la Periodontitis Necrotizante (12.5%), mientras que el Liquen plano y la Gingivitis Necrotizante mostraron una incidencia menor del 3.6% cada una. Es relevante señalar la ausencia clínica de cuadros de Criptococosis, Leucoplasia vellosa, Sarcoma de Kaposi y Estomatitis Necrotizante entre los sujetos evaluados.

FIGURA 2 Prevalencia de patologías orales

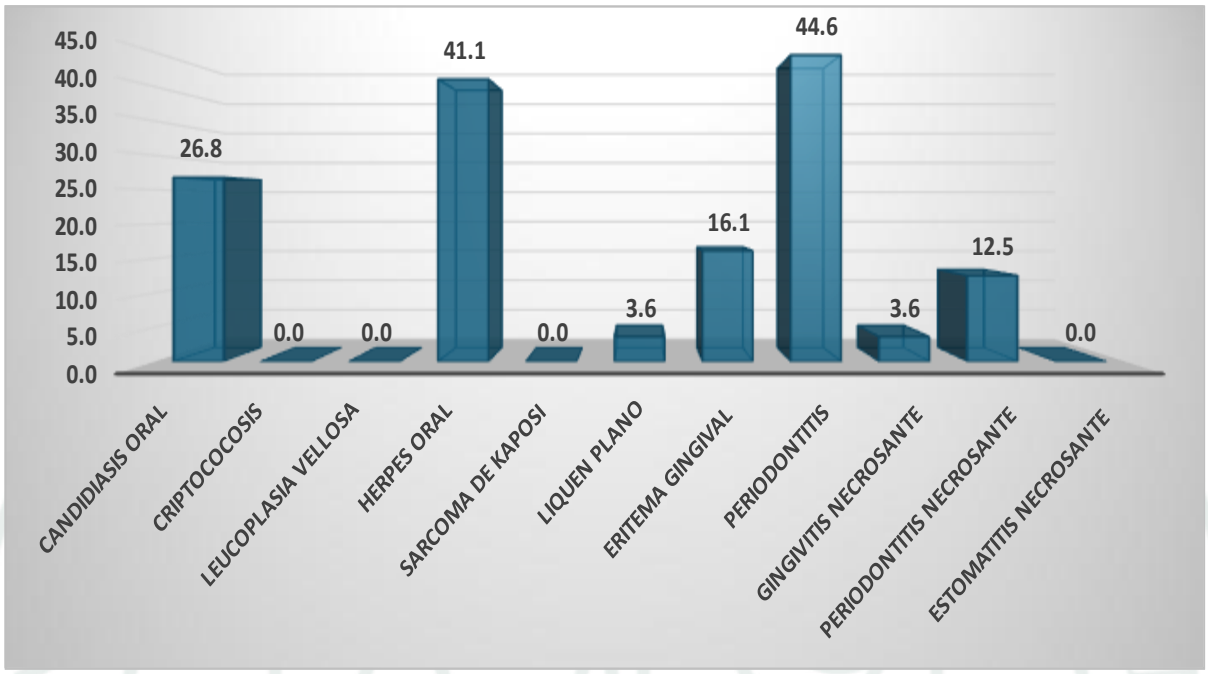


TABLA 11 Prevalencia de candidiasis oral

Característica	Candidiasis Oral				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD						
De 18 a 30 años	12	75,0	4	25,0	16	100,0
De 31 a 45 años	12	75,0	4	25,0	16	100,0
De 46 a 60 años	11	64,7	6	35,3	17	100,0
Más de 60 años	6	85,7	1	14,3	7	100,0
P	0,744 (P ≥ 0,05) N.S.					
SEXO						
Masculino	33	68,8	15	31,3	48	100,0
Femenino	8	100,0	0	0,0	8	100,0
P	**0,028 (P < 0,05) S.S.**					
Total	41	73,2	15	26,8	56	100,0

* Matriz de Datos

En cuanto a la Candidiasis oral según los grupos etarios, se observó que los pacientes de 18 a 30 años y de 31 a 45 años presentaron una prevalencia idéntica del 25.0%; mientras que el grupo de 46 a 60 años registró la mayor frecuencia con un 35.3%, descendiendo al 14.3% en los adultos mayores de 60 años. Tras la prueba estadística Chi cuadrado, se determinó que no existe una relación significativa entre la edad y la prevalencia de esta afección. Por el contrario, al evaluar la variable género, se halló un marcado contraste: el sexo masculino presentó una prevalencia del 31.3% frente a una ausencia total de casos (0.0%) en el sexo femenino. De acuerdo con la prueba, se confirmó una relación estadística entre el género y la Candidiasis oral, estableciéndose al sexo masculino como el grupo predominantemente afectado.

FIGURA 3 Prevalencia de candidiasis oral

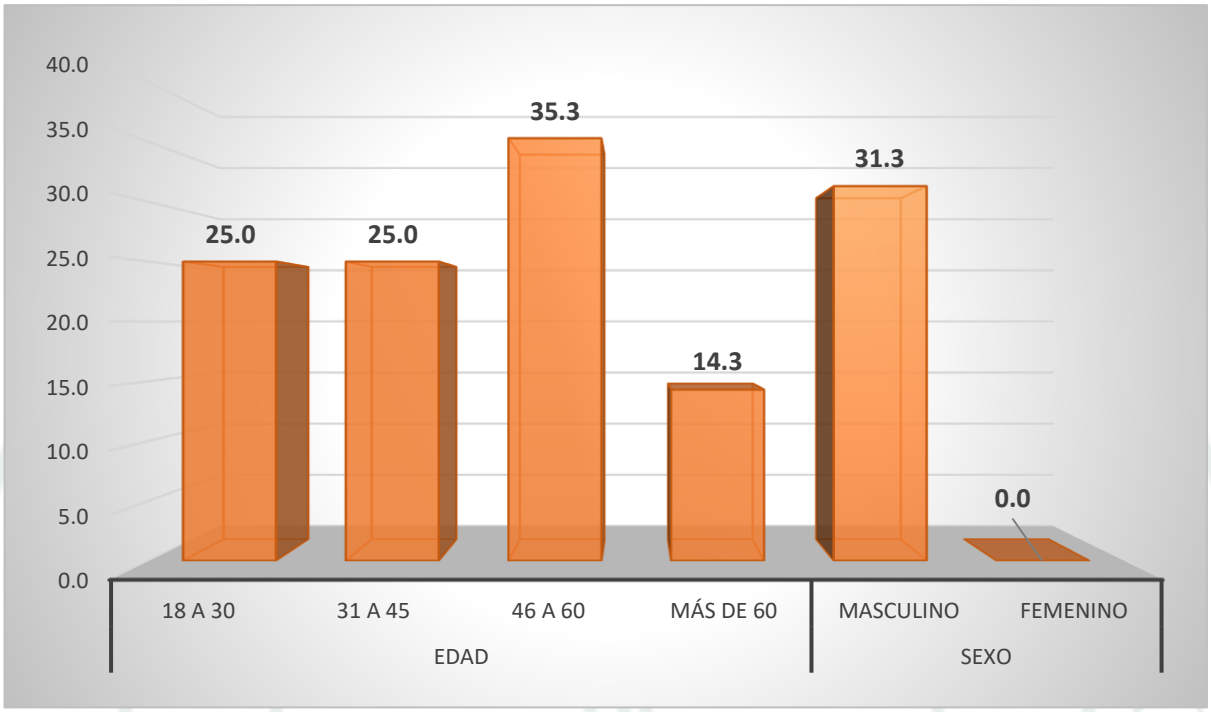


TABLA 12 Prevalencia de herpes oral

Característica	Herpes Oral				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD						
De 18 a 30 años	5	31,3	11	68,8	16	100,0
De 31 a 45 años	10	62,5	6	37,5	16	100,0
De 46 a 60 años	13	76,5	4	23,5	17	100,0
Más de 60 años	5	71,4	2	28,6	7	100,0
P	**0,039 (P < 0,05) S.S.**					
SEXO						
Masculino	29	60,4	19	39,6	48	100,0
Femenino	4	50,0	4	50,0	8	100,0
P	**0,043 (P < 0,05) S.S.**					
Total	33	58,9	23	41,1	56	100,0

* Matriz de Datos

Respecto a la distribución epidemiológica del Herpes oral, el grupo de 18 a 30 años registró la mayor prevalencia con un 68.8%, seguido por el segmento de 31 a 45 años con un 37.5%, mientras que los grupos de 46 a 60 años y mayores de 60 años presentaron frecuencias menores del 23.5% y 28.6%, respectivamente. El análisis estadístico confirmó una relación significativa entre ambas variables, estableciendo que a menor edad existe una mayor prevalencia de esta patología. En cuanto al género, el sexo femenino presentó una afectación del 50.0% frente al 39.6% registrado en el sexo masculino. De acuerdo con la prueba Chi Cuadrado, se halló una asociación estadística entre el sexo y la presencia de Herpes oral, concluyendo que el sexo femenino es el grupo más afectado por esta patología.

FIGURA 4 Prevalencia de herpes oral

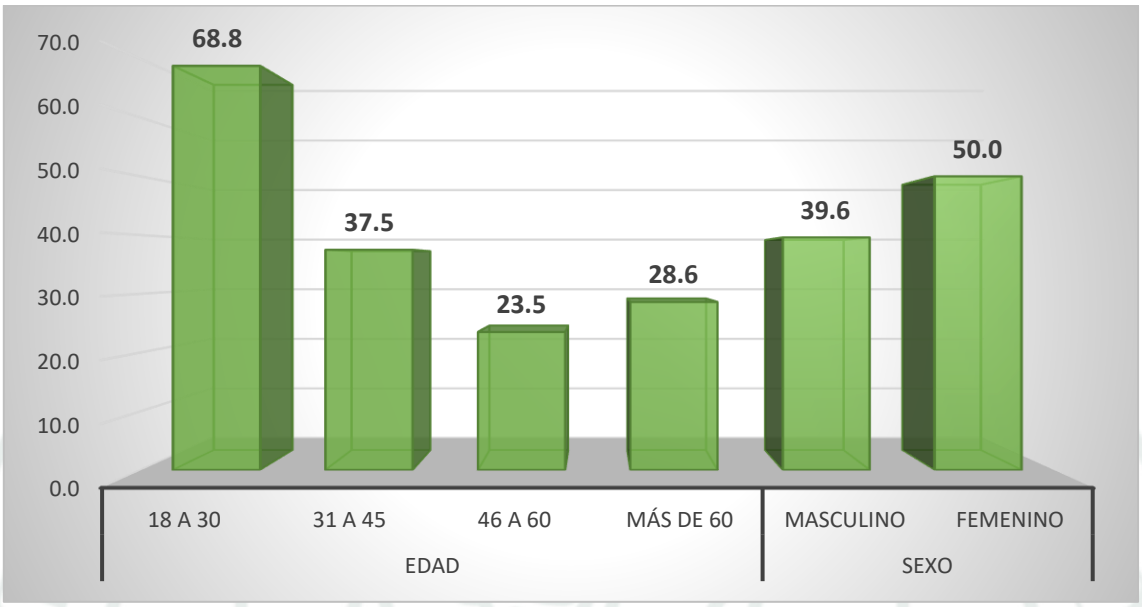


TABLA 13 Prevalencia de liquen plano

Característica	Liquen Plano				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD						
De 18 a 30 años	16	100,0	0	0,0	16	100,0
De 31 a 45 años	15	93,8	1	6,3	16	100,0
De 46 a 60 años	16	94,1	1	5,9	17	100,0
Más de 60 años	7	100,0	0	0,0	7	100,0
P	0,694 (P ≥ 0,05) N.S.					
SEXO						
Masculino	47	97,9	1	2,1	48	100,0
Femenino	7	87,5	1	12,5	8	100,0
P	**0,046 (P < 0,05) S.S.**					
Total	54	96,4	2	3,6	56	100,0

* Matriz de Datos

En lo referente al Liquen plano, se observó una incidencia sumamente baja y focalizada en los grupos etarios intermedios; los pacientes de 31 a 45 años y de 46 a 60 años presentaron prevalencias del 6.3% y 5.9% respectivamente, mientras que en los extremos de la muestra (18-30 años y mayores de 60 años) no se registraron casos (0.0%). Tras la aplicación de las pruebas estadísticas, se determinó que no existe una relación entre la edad y la presencia de esta patología. No obstante, al analizar la variable género, se identificó lo siguiente: el sexo femenino exhibió una prevalencia del 12.5% frente a un escaso 2.1% en el sexo masculino. Los resultados estadísticos confirmaron una significancia entre el género y el Liquen plano, estableciendo que el sexo femenino constituye el grupo con mayor vulnerabilidad.

FIGURA 5 Prevalencia de liquen plano

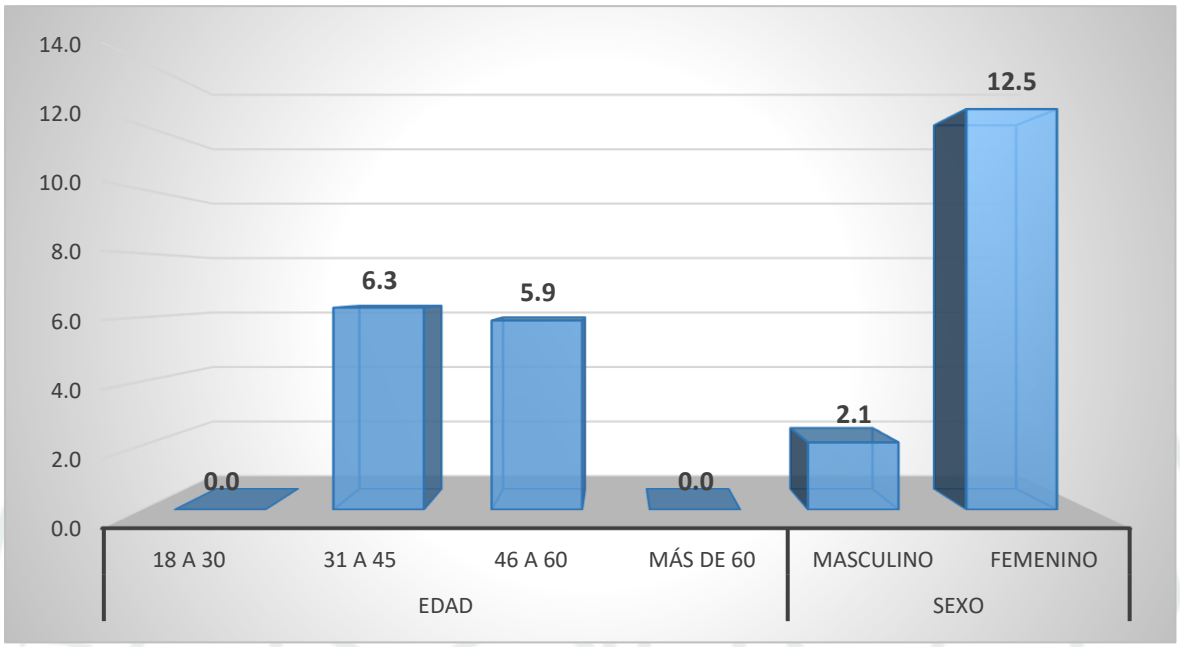


TABLA 14 Prevalencia de eritema gingival

Característica	Eritema Gingival				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD						
De 18 a 30 años	16	100,0	0	0,0	16	100,0
De 31 a 45 años	13	81,3	3	18,8	16	100,0
De 46 a 60 años	13	76,5	4	23,5	17	100,0
Más de 60 años	5	71,4	2	28,6	7	100,0
P	**0,047 (P < 0,05) S.S.**					
SEXO						
Masculino	42	87,5	6	12,5	48	100,0
Femenino	5	62,5	3	37,5	8	100,0
P	**0,011 (P < 0,05) S.S.**					
Total	47	83,9	9	16,1	56	100,0

* Matriz de Datos

La distribución del Eritema gingival según la edad, se observó un incremento progresivo; mientras que en el grupo de 18 a 30 años hubo una ausencia total de casos (0.0%), la prevalencia ascendió al 18.8% en el segmento de 31 a 45 años, al 23.5% en el de 46 a 60 años y alcanzó su punto máximo en los adultos mayores de 60 años con un 28.6%. El análisis estadístico ratificó una relación significativa, indicando que a mayor edad se incrementa la prevalencia de esta patología. Al evaluar el género, se halló que el sexo femenino presentó una afectación del 37.5%, cifra significativamente superior al 12.5% registrado en el sexo masculino. De acuerdo con la prueba Chi Cuadrado, se estableció al sexo femenino como el grupo poblacional más afectado por el eritema gingival en la muestra estudiada.

FIGURA 6 Prevalencia de eritema gingival

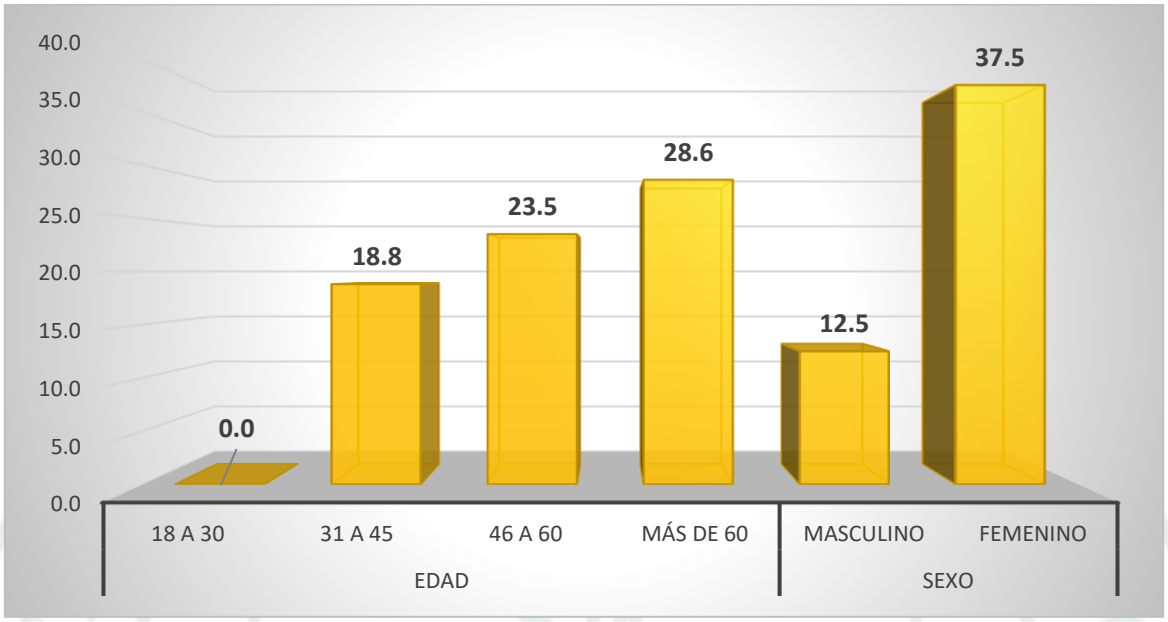


TABLA 15 Prevalencia de periodontitis

Característica	Periodontitis				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD						
De 18 a 30 años	8	50,0	8	50,0	16	100,0
De 31 a 45 años	10	62,5	6	37,5	16	100,0
De 46 a 60 años	12	70,6	5	29,4	17	100,0
Más de 60 años	1	14,3	6	85,7	7	100,0
P	**0,048 (P < 0,05) S.S.**					
SEXO						
Masculino	29	60,4	19	39,6	48	100,0
Femenino	2	25,0	6	75,0	8	100,0
P	**0,007 (P < 0,05) S.S.**					
Total	31	55,4	25	44,6	56	100,0

* Matriz de Datos

En relación a la Periodontitis según el rango etario; el grupo de 18 a 30 años presentó una prevalencia inicial del 50.0%, la cual mostró un descenso en los segmentos de 31 a 45 años (37.5%) y 46 a 60 años (29.4%), para finalmente alcanzar un pico crítico del 85.7% en los adultos mayores de 60 años. El análisis estadístico confirmó una relación significativa entre los resultados, ratificando que el incremento de la edad se asocia directamente con una mayor prevalencia de la enfermedad periodontal. Al considerar la variable género, se identificó una afectación predominante en el sexo femenino con un 75.0%, frente al 39.6% observado en el sexo masculino. De acuerdo con la prueba estadística, se concluye que el sexo femenino constituye el grupo más vulnerable a esta patología en la muestra del Hospital III Goyeneche.

FIGURA 7 Prevalencia de periodontitis

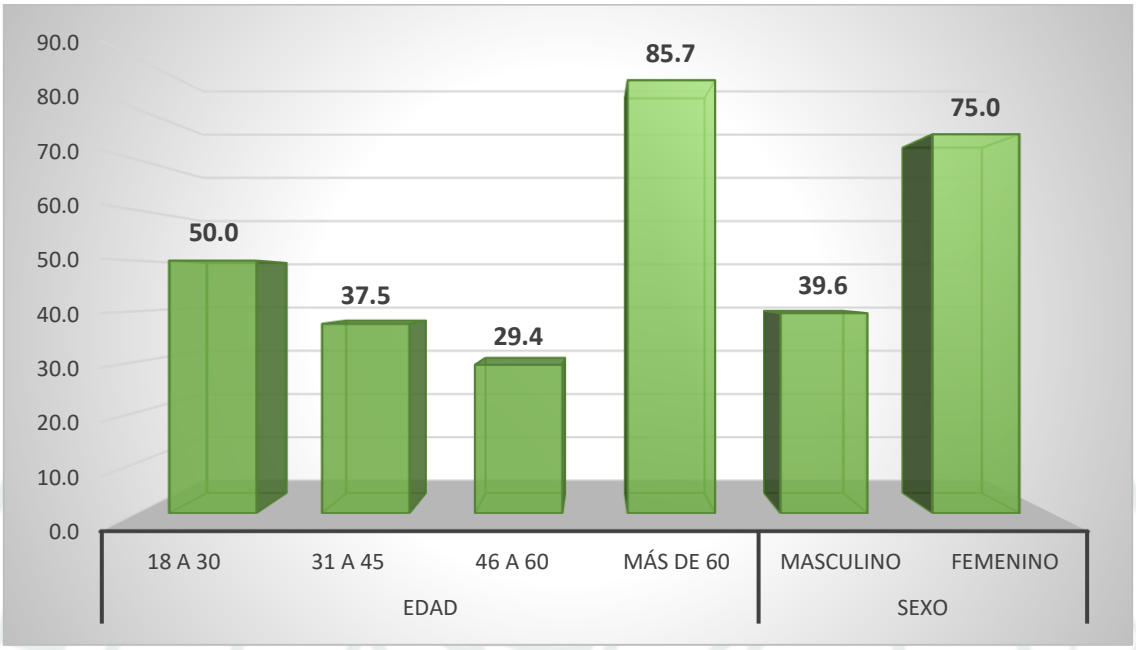


TABLA 16 Prevalencia de gingivitis necrotizante

Característica	Gingivitis Necrotizante				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD						
De 18 a 30 años	16	100,0	0	0,0	16	100,0
De 31 a 45 años	14	87,5	2	12,5	16	100,0
De 46 a 60 años	17	100,0	0	0,0	17	100,0
Más de 60 años	7	100,0	0	0,0	7	100,0
P	0,159 (P ≥ 0,05) N.S.					
SEXO						
Masculino	46	95,8	2	4,2	48	100,0
Femenino	8	100,0	0	0,0	8	100,0
P	0,557 (P ≥ 0,05) N.S.					
Total	54	96,4	2	3,6	56	100,0

* Matriz de Datos

Respecto a la Gingivitis Necrotizante, se determinó una ausencia total de la patología en los grupos etarios de 18 a 30 años, 46 a 60 años y en mayores de 60 años. La presencia de esta condición se encontró exclusivamente en el segmento de 31 a 45 años, con una prevalencia del 12.5%. Tras la prueba estadística se confirmó que no existe una relación significativa entre la edad y la manifestación de esta enfermedad periodontal. En cuanto a la variable género, se observó una incidencia marginal del 4.2% en el sexo masculino, mientras que en el sexo femenino no se registraron casos (0.0%). De acuerdo con los resultados de la prueba estadística, se concluyó que no existe relación entre el sexo y la prevalencia de Gingivitis Necrotizante.

FIGURA 8 Prevalencia de gingivitis necrotizante

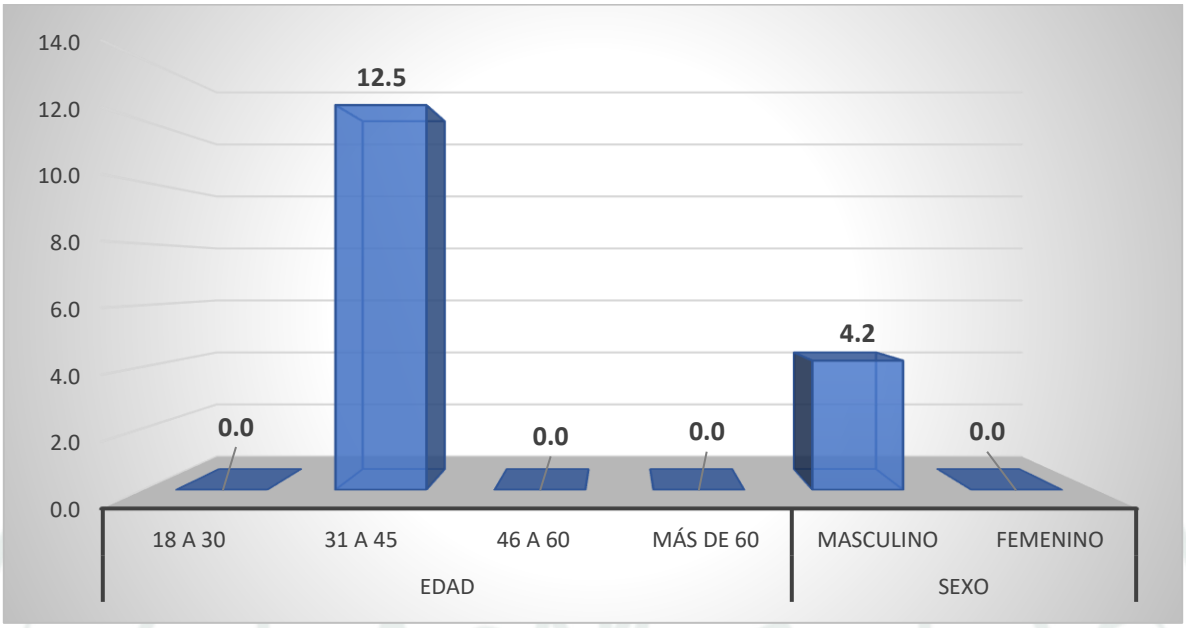


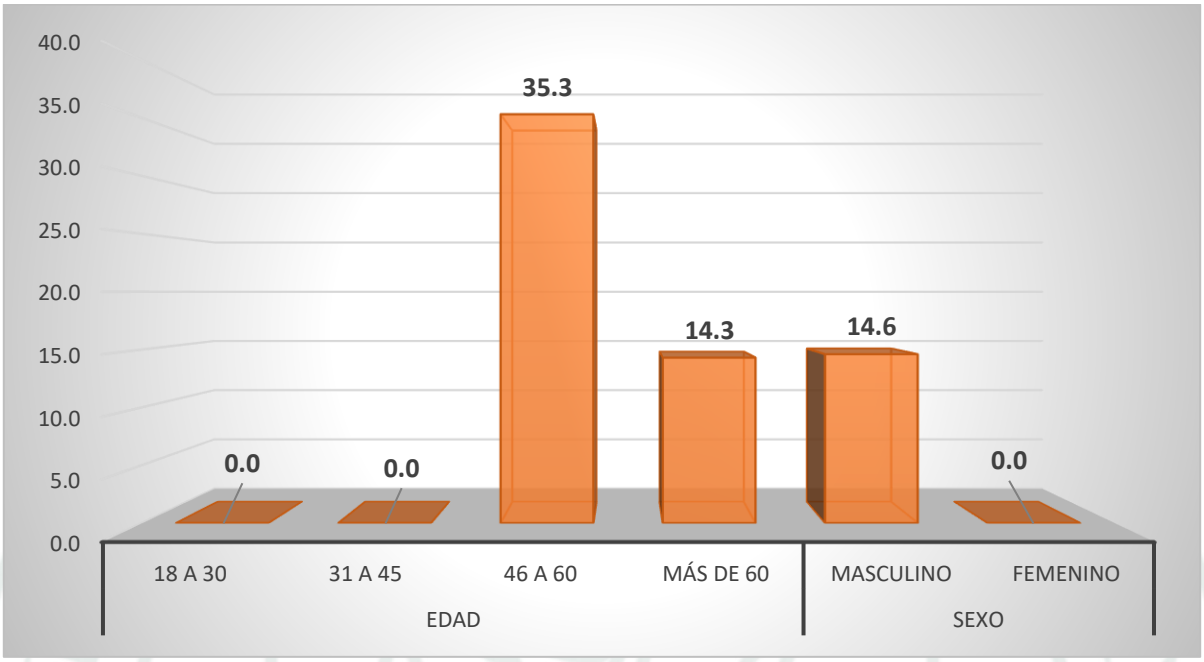
TABLA 17 Prevalencia de periodontitis necrotizante

Característica	Periodontitis Necrotizante				Total	
	No presenta		Presenta			
	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD						
De 18 a 30 años	16	100,0	0	0,0	16	100,0
De 31 a 45 años	16	100,0	0	0,0	16	100,0
De 46 a 60 años	11	64,7	6	35,3	17	100,0
Más de 60 años	6	85,7	1	14,3	7	100,0
P	**0,009 (P < 0,05) S.S.**					
SEXO						
Masculino	41	85,4	7	14,6	48	100,0
Femenino	8	100,0	0	0,0	8	100,0
P	**0,041 (P < 0,05) S.S.**					
Total	49	87,5	7	12,5	56	100,0

* Matriz de Datos

Finalmente, en la Periodontitis Necrotizante, se registró una ausencia clínica de la patología en los rangos etarios de 18 a 30 años y de 31 a 45 años. No obstante, la afección se manifestó de forma significativa en el grupo de 46 a 60 años con una prevalencia del 35.3%, y en los adultos mayores de 60 años con un 14.3%. Tras el análisis estadístico, se confirmó una relación significativa, estableciendo que el avance de la edad influye en el incremento de esta enfermedad. Asimismo, se observó que el sexo masculino presentó una prevalencia del 14.6%, mientras que en el sexo femenino no se evidenciaron casos. Los resultados de la prueba Chi Cuadrado ratificaron la existencia de una relación entre el género y la Periodontitis Necrotizante, siendo el sexo masculino el único grupo afectado en nuestra recolección.

FIGURA 9 Prevalencia de periodontitis necrotizante



DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia de patologías orales en pacientes adultos VIH positivo según edad y género atendidos en el servicio de Odontoestomatología del Hospital III Goyeneche. Arequipa 2024, investigación que será una contribución académica y servirá de fundamento para el desarrollo de estudios posteriores.

Al contrastar nuestros hallazgos en el Hospital III Goyeneche con lo reportado en el sudeste brasileño (2023), destaca una coincidencia fundamental en la alta prevalencia de enfermedad periodontal, la cual fue la manifestación predominante en ambas investigaciones (44.6% en nuestra muestra frente al 49% en Brasil). No obstante, nuestra población en Arequipa presentó una carga significativamente mayor de infecciones oportunistas, con un 26.8% de Candidiasis y un 41.1% de Herpes oral, cifras que superan ampliamente el 8.7% y 1.8% (leucoplasia) reportados en el estudio brasileño; asimismo, ambos trabajos ratifican la edad como un factor crítico, evidenciado en nuestro estudio por una presencia de Periodontitis del 85.7% en mayores de 60 años, lo que refuerza la necesidad de un monitoreo especializado conforme avanza la edad del paciente bajo terapia antirretroviral (49).

Al comparar nuestros resultados en el Hospital III Goyeneche con el estudio de pacientes brasileños bajo tratamiento de larga duración (2023), se evidencia un cambio de perfil epidemiológico notable entre ambas poblaciones; mientras que en la muestra brasileña predominaron alteraciones crónicas como la lipoatrofia facial (33%) y la xerostomía (30%), en nuestra investigación la mayor carga se concentró en procesos infecciosos e inflamatorios agudos, destacando la Periodontitis (44.6%) y el Herpes oral (41.1%). Esta discrepancia sugiere que, a diferencia de los pacientes en Brasil —quienes manifiestan secuelas propias de la cronicidad del tratamiento y el desgaste de tejidos blandos—, nuestros pacientes en Arequipa aún presentan una alta vulnerabilidad a patologías virales y bacterianas, coincidiendo ambos estudios en que, independientemente del control sistémico logrado por la terapia de larga duración, la vigilancia odontológica constante es importante para proporcionar bienestar y calidad de salud entre los pacientes. La diferencia principal con el estudio brasileño es el tipo de afección en la que se mide las prevalencias (50).

Al contrastar nuestro estudio en el Hospital III Goyeneche con la revisión de literatura realizada en Ecuador (2024), ratificamos que las manifestaciones bucales persisten como indicadores clínicos críticos, coincidiendo en la alta recurrencia de la candidiasis oral y la enfermedad

periodontal; sin embargo, mientras la literatura ecuatoriana enfatiza lesiones de gran severidad como el Sarcoma de Kaposi y Linfomas, en nuestra muestra en Arequipa logramos una caracterización más específica según variables sociodemográficas, identificando que la Periodontitis afecta al 75% de nuestras pacientes femeninas y al 85.7% de los adultos mayores de 60 años. Esta comparación refuerza nuestra conclusión de que, si bien el espectro de lesiones en tejidos blandos descrito en Ecuador es amplio, en nuestro contexto local la carga inflamatoria periodontal y la reactivación viral por Herpes oral (41.1%) representan los desafíos clínicos más prevalentes para el servicio de Odontoestomatología en el entorno de nuestra ciudad (51).

Al contrastar nuestro estudio en el Hospital III Goyeneche con la investigación realizada en el Hospital Hipólito Unanue de Lima (2021), se observan diferencias epidemiológicas clave marcadas por el perfil terapéutico de los pacientes; mientras que en Lima la mayor cantidad de lesiones se dio en hombres (91%) y pacientes sin tratamiento antirretroviral (70.8%), en nuestra población de Arequipa identificamos que las mujeres presentan una carga patológica mayor en áreas específicas, como un 75% de prevalencia en Periodontitis. Coincidimos con los hallazgos de Lima en que la Candidiasis Oral es una manifestación central, aunque en nuestro estudio esta alcanzó un 26.8% frente al 44.6% reportado en la capital; no obstante, ambos trabajos refuerzan la importancia de la vigilancia clínica, ya que tanto en Lima como en nuestra investigación, las patologías orales siguen siendo indicadores fundamentales del estado inmunológico del paciente con presencia de VIH (52).

Al comparar nuestro estudio en el Hospital III Goyeneche con los hallazgos reportados en Chiclayo (2022), se evidencian contrastes significativos en la distribución demográfica de las patologías; mientras que en el hospital referencial de Chiclayo el predominio de manifestaciones se concentró en el género masculino (67%) y en jóvenes de 18 a 25 años, en nuestra investigación en Arequipa observamos una afectación marcadamente alta en mujeres, con un 75% de prevalencia en Periodontitis y un 50% en Herpes oral. Coincidimos en que la Candidiasis Oral es una de las afecciones más frecuentes en pacientes bajo tratamiento antirretroviral (35.5% en Chiclayo frente al 26.8% en nuestro estudio), pero diferimos en el grupo etario de mayor vulnerabilidad, ya que en nuestra muestra las patologías de mayor severidad, como la Periodontitis, alcanzaron su pico máximo en adultos mayores de 60 años (85.7%), lo que subraya la necesidad de diversificar las estrategias de atención odontológica según el perfil epidemiológico y el grupo sociodemográfico (53).

Al contrastar nuestro estudio en el Hospital III Goyeneche con los resultados del Hospital Referencial de Ferreñafe (2018), observamos marcadas diferencias en la prevalencia y el perfil por género de las lesiones; mientras que en Ferreñafe la queilitis angular (43%) y las afecciones fúngicas predominaron en el sexo masculino, en nuestra investigación en Arequipa la Periodontitis (44.6%) y el Herpes oral (41.1%) fueron las patologías líderes, con una afectación excepcionalmente alta en el sexo femenino, donde la periodontitis alcanzó el 75%. Coincidimos con el estudio de Ferreñafe en la presencia de afecciones virales y bacterianas necrotizantes, pero diferimos en su magnitud, ya que nuestra muestra reveló un impacto viral tres veces superior al 13% reportado en Chiclayo; estas discrepancias refuerzan que, aunque las manifestaciones fúngicas son el estándar en ciertos entornos hospitalarios del norte, en nuestro contexto actual en el Goyeneche, la enfermedad periodontal y la reactivación viral por Herpes representan los principales desafíos clínicos, especialmente en mujeres y adultos mayores (54).

Al contrastar nuestro estudio con la investigación realizada en el Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa, 2025), observamos hallazgos complementarios dentro de nuestra misma región; mientras que en el Honorio Delgado se enfocaron en la cronicidad del TARGA y reportaron una prevalencia de lesiones que oscila entre el 16.9% y 22.5%, en nuestro estudio identificamos una carga de enfermedad significativamente más alta en patologías específicas como la Periodontitis (44.6%) y el Herpes oral (41.1%). Coincidimos en que las enfermedades micóticas (Candidiasis) y bacterianas son predominantes en el entorno hospitalario arequipeño, sin embargo, nuestra investigación profundiza en la brecha de género, evidenciando que el 75% de nuestras pacientes femeninas presentan compromiso periodontal, un dato que no fue estadísticamente significativo en el estudio vecino. Estos resultados conjuntos sugieren que, si bien el TARGA contribuye a la disminución gradual de lesiones orales en Arequipa, la prevalencia de patologías inflamatorias e infecciosas sigue siendo elevada, exigiendo un enfoque preventivo más agresivo en nuestros servicios de Odontoestomatología locales (55).

En síntesis, la comparación de nuestros hallazgos en el Hospital III Goyeneche con la evidencia epidemiológica de Perú, Brasil y Ecuador, permite concluir que, si bien la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) ha modificado el curso clínico de la enfermedad, la cavidad oral continúa siendo un escenario de alta prevalencia patológica en el paciente con VIH. Nuestra investigación ratifica la tendencia regional observada en Brasil y Ecuador respecto al predominio de la enfermedad periodontal como la manifestación líder en la era actual del tratamiento, superando incluso las afecciones micóticas tradicionales. No obstante,

nuestros resultados en Arequipa revelan un perfil distintivo de alta vulnerabilidad viral, con una prevalencia de Herpes oral (41.1%) que cuadruplica lo reportado en estudios peruanos y extranjeros, sugiriendo una influencia de factores ambientales o inmunológicos locales. Los datos obtenidos por nuestro trabajo de investigación subrayan que la salud oral en el paciente con VIH en Arequipa no es solo un reflejo de su control sistémico, sino un indicador de disparidades en el género y la edad que requieren de un mayor seguimiento y control de acuerdo a estos factores sociodemográficos.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Se identificó la prevalencia de las patologías orales en la población en estudio de los pacientes VIH positivo presentándose un 44.6% de Periodontitis, 41.1% de Herpes oral, 26.8% Candidiasis Oral, 16.1% Eritema Gingival, 12.5% Periodontitis Necrotizante, 3.6% de Liquen Plano al igual que Gingivitis Necrotizante.

SEGUNDA

En relación a la prevalencia de patologías orales según género en pacientes VIH positivo de la población en estudio se encontró que un 31.3% tienen Candidiasis Oral, 4.2% Gingivitis Necrotizante y 14.6% Periodontitis Necrotizante, todos ellos son de sexo Masculino. El porcentaje de mayor prevalencia en el caso de sexo femenino fue de 50.0% con Herpes oral, el 12.5% presentan Liquen Plano, un 37.5% Eritema Gingival, un 75.0%.

TERCERA

Por último, se determinó que la prevalencia de patologías orales según edad en pacientes VIH positivo de la población del estudio fue de 35.3% con Candidiasis oral y con Periodontitis que se encontró entre los 46 y 60 años. El 68.8% con Herpes Oral se encontraba en la población de entre 18 a 30 años. El 6.3% con Liquen Plano y 12.5% con Gingivitis Necrotizante respectivamente, se encuentran entre las edades de 31 a 45 años. Finalmente, un 28.6% que presentan Eritema Gingival y un 85.7% con Periodontitis son de más de 60 años.

RECOMENDACIONES

1. Para futuros investigadores, se recomienda el desarrollo de nuevos estudios que permitan establecer la carga viral y la severidad de las patologías halladas, especialmente la periodontitis y el herpes oral; asimismo, es necesario ampliar las líneas de investigación hacia factores de riesgo adicionales como los hábitos de higiene oral, el tabaquismo y el nivel socioeconómico de los pacientes con VIH que acuden al Hospital III Goyeneche.

2. Es imperativo que el personal de Odontoestomatología implemente protocolos de diagnóstico y tratamiento diferenciados según el perfil del paciente, intensificando la vigilancia periodontal y el manejo preventivo en el género femenino —donde identificamos una prevalencia del 75%— y en los adultos mayores de 60 años, quienes presentan un compromiso periodontal casi universal (85.7%); además, dada la alta incidencia de herpes oral en pacientes jóvenes, se debe priorizar la educación y el manejo oportuno de lesiones virales para mejorar la calidad de vida de los pacientes que viven con VIH.

3. Se propone que el Servicio de Odontoestomatología del hospital Goyeneche elabore guías clínicas y educativas para la identificación oportuna de las diversas patologías orales prevalentes en pacientes VIH positivo. Los resultados obtenidos en el presente estudio serán dados a conocer a las autoridades del hospital Goyeneche para que sean tomados en cuenta con la finalidad de identificar a prontitud dichas patologías y disminuir en lo posible cualquier tipo de complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lomelí-Martínez SM EOMMBA. Oral manifestations associated with HIV/AIDS patients. Medicina (Kaunas). 2022; 58(9).
2. Quinatoa-Herrera DA PDDCPP. Manifestaciones orales en tejidos blandos de pacientes infectados con VIH: revisión de la literatura. Dominio de las Ciencias. 2024; 10(2).
3. de Souza BK FDLC. Associated oral manifestations with HIV in southeastern Brazilian patients on antiretroviral therapy. Brazilian Journal Otorhinolaryngology. 2023; 89(3).
4. W N. Oral lesions in HIV infection. Current Oral Health Reports. 2020; 7.
5. Ferreira S DMNC. Gender differences in oral manifestations among people living with HIV. Clinical Oral Investigation. 2020; 24(11).
6. JE dAF. Oral soft-tissue changes in adults with HIV receiving ART. BMC Oral Health. 2021; 21.
7. A S. Quality of life impact of oral manifestations in HIV-infected adults. Special Care Dentistry. 2020; 40(5).
8. Perú MdSd. Norma Técnica de Salud para la atención integral de la persona con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Lima: MINSA. 2020; Actualizado 2023.
9. Clínica SEdEIyM. Guía de asistencia del paciente con infección por el VIH. In SEIMC; 2022; Madrid.
10. Salud OPdl. Directrices sobre el tratamiento de la infección por el VIH en el contexto de la salud pública. In ; 2021; Washington.
11. Llibre JM PR. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. 19th ed. Barcelona: Elsevier; 2020.
12. VIH/Sida PCdlNUse. Informe mundial sobre el sida 2023: El camino que pone fin al sida. In ; 2023; Ginebra.

13. Enfermedades CpeCylPd. Fundamentos del VIH: Guía en español para profesionales de salud. In CDC; 2024; Atlanta.

14. Estébanez P. Medicina Humanitaria España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2022.

15. Diaz J Panchón, Pujol de la Llave Emilio, Rivero Roman A. La infeccion por el VIH. 5th ed. (SEIMC) SEdEIyMC, editor. España: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas; 2023.

16. Azkune Harkaitz, Ibarguren Maialen, Camino Xabier, Iribarren José Antonio. ELSEVIER. 2020 Octubre; 29(8).

17. InfoSIDA, Vision General de la Infección por el VIH. [Online]. Available from: https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/46/las-fases-de-lainfeccion-por-el-vih.

18. Ministerio de Salud. [Online].; 2024. Available from: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/vih/ponencia/carlosbenites.pdf.

19. Ceccotti Luis, Sforza Ricardo, Carzoglio Forteza Julio, Flichman Juan Carlos. El Diagnóstico en Clínica Estomatológica. 1st ed. Perú: Medica Panamericana S.A.; 2020.

20. Practice B. Candidiasis oral - Síntomas, diagnóstico y tratamiento. In BMJ; 2023; Londres.

21. Maximiliano S. [Online]. Available from: http://www.clinica-unr.com.ar/Posgrado/trabajos-graduados/maxi_sicer.pdf.

22. Uribe Zuñiga Patricia, De León Rosales Samuel. Guia para la Atencion Medica de pacientes con Infeccion por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales. 4th ed. México: SIIDCA-CSUCA; 2024.

23. [Online]. Available from: https://infosida.nih.gov/understanding-hivaids/glossary/4266/infeccion-por-el-virus-del-herpes-simple-1--vhs-1-.

24. Chu K, Misinde D, Massaquoi M, Pasulani O, Mwagomba B, Ford N. Risk factors for mortality in AIDS-associated Kaposi sarcoma in a primary care antiretroviral treatment program in Malawi. International Health. 2020 Junio; 2.

25. Sampaio MS VM. Oral manifestations of Non-Hodgkin Lymphoma in patients with HIV/AIDS: A systematic review. Journal of Oral Pathology & Medicine. 2022; 51(4).

26. Epstein JB CR. Lymphoma in the oral cavity and maxillofacial region. Dental Clinics of North America. 2021; 65(1).

27. Regezi JA SJJR. Patología Bucal: Correlaciones clinicopatológicas. Séptima ed. Ámsterdam: Elsevier; 2017.

28. C S. Oral and Maxillofacial Medicine: The Basis of Diagnosis and Treatment. Tercera ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2013.

29. Organization WH. Classification of Tumours: Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 4th ed. Lyon: IARC Press; 2017.

30. Robert P. Langlais, Craig S. Miller, Nield-Gehrig Jill S.. Atlas Color de Enfermedades Bucales. 4th ed. Mexico: El Manual Moderno, S.A. de C.V. ; 2021.

31. El liquen plano oral. Parte 1: Clínica de los exantemas mucocutáneos Barcelona: Elsevier; 2011.

32. SIMEONE GIORDANO Sabrina, CASTILLO AMATURE Cesar. Gingivitis Ulcero Necrosante y su Relación con el VIH/SIDA. Scielo. 2020 Septiembre; 45(3).

33. NEWMAN MICHAEL G. ESKAK. Periodontología Clínica. 1st ed. Barcelona, España: DRK Edición; 2022.

34. G MA. Periodontitis: el esquema de la clasificación actual. In Odontogénesis; 2025.

35. Caton Jack G. , Armitage Gary, Berglundh Tord, Jepsen Soren, Sanz Mariano. A new classification scheme for periodontal and peri-implant. WILEY Journal of Clinical Periodontology. 2018 Marzo.

36. Dra. Elena Morán López1 e Ilenia Córdova Irun2. Enfermedades bacterianas del periodonto y tejidos adyacentes en el paciente portador de SIDA. Revista Cubana de Estomatología. 2023 Mayo; 38(2).

37. M MA. Gingivitis ulceronecrosante: diagnóstico y tratamiento. In Odontogénesis; 2025.

38. Gleber-Netto FO JB. Aging and HIV: Impact on oral health. Journal of Dental Research. 2021; 100(11).

39. Lamster IB EA. Oral health and the aging population with HIV. Current HIV/AIDS Reports. 2019; 16(4).

40. SR M. The effect of age and sex on the prevalence of oral lesions in HIV-infected patients. South African Dental Journal. 2018; 73(6).

41. Ortega-López J VPA. Diferencias de género en las manifestaciones estomatológicas del VIH. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2020; 77(2).

42. Rwenyonyi CM ea. Oral health status and nutrition in HIV-positive adults. BMC Oral Health. 2019; 19(1).

43. Peterson DE ea. Oral care of the hospitalized patient with HIV/AIDS. Oral Diseases. 2020; 26(51).

44. C S. Medicina Oral y Maxilofacial. Tercera ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

45. Villa A CC. Hospital dentistry: Managing the patient with systemic disease. Dental Clinics of North America. 2023; 67(1).

46. Salud AGRd. Plan Operativo Institucional: Atención de pacientes con enfermedades infectocontagiosas. In Hospital III Goyeneche; 2023; Arequipa.

47. Perú MdSd. Norma Técnica de Salud para la atención integral de la persona con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). In NTS N° 169-MINSA; 2020; Lima.

48. Ferney-Voltaire. Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. In Asociación Médica Mundial; 2013.

49. De Souza BK, Faé DS, Lemos CAA, Verner fs, Machado RA, Ortega RM, DE Aquino SN. Associated oral manifestations with HIV southeastern Brazilian patients on antiretroviral therapy. Braz J Otorhinolaryngol. 2023. PubMed. 2023 Enero.

50. Maria Fernanda Bartholo, Jefferson R Tenório, Natália Silva Andrade, Patrícia Pinheiro Shibutani, Fabiana Martins, Marina Gallottini. Orofacial manifestations in Brazilian

people living with HIV/AIDS under long-term antiretroviral therapy: a cross-sectional study. PubMed. 2023 Mayo.

51. Daniel Alejandro Quinatoa Herrera, Diego Marcelo Pazmiño Dávalos, Patricia Cabezas Peñafiel, Luis Alberto Vallejo Izquierdo. Manifestaciones orales en tejidos blandos de pacientes infectados con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que han contraído SIDA, revisión de la literatura. Revista Científica. 2024 Mayo; 10.

52. Cristhian Turriate Vivar ARF,YCR. Asociación entre los niveles de linfocitos T CD4 y lesiones bucales de portadores del VIH/sida. Revista Cubana de Estomatología. 2021; 58(2).

53. Katherine Liset Ramos Tejada JCRGPBLSS. Manifestaciones bucales en pacientes con SIDA bajo terapia antirretroviral en un hospital en Perú. revista científica "Horizonte Sanitario". 2022; 21(3).

54. Lenin CFWJ. Manifestaciones bucales en pacientes con VIH, del consultorio de odontología del Hospital Referencial de Ferreñafe. Tesis para Título Profesional. Chiclayo: Universidad Alas Peruanas, Escuela Académico Profesional de Estomatología; 2018.

55. Meneses GAL. Asociación entre el tratamiento antirretroviral de gran actividad y la patología bucal en pacientes con VIH-SIDA del Hospital Regional Honorio Delgado. Revista Postgrado Scientiarvm. 2017; 3(1).

56. G MA. Periodontitis: el esquema de la clasificación actual. In Odontogénesis; 2025.

57. El liquen plano oral. Parte 1: Clínica de los exantemas mucocutáneos Barcelona: Elsevier; 2011.

ANEXOS

ANEXO 1 Ficha de Recolección de datos

FICHA N.º_____

ENUNCIADO: PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS ORALES EN PACIENTES ADULTOS VIH POSITIVO SEGÚN EDAD Y GÉNERO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHE. AREQUIPA 2024

Edad: _____ Género: (M) (F) FECHA:_____

Recibe tratamiento: Si ( ) _____ No ( )

Tiempo de enfermedad: _____

PATOLOGÍA:

PATOLOGÍAS ORALES	Presenta	No presenta
Candidiasis oral		
Criptococosis		
Leucoplasia vellosa		
Herpes oral		
Sarcoma de Kaposi oral		
Liquen plano		
Eritema gingival lineal		
Periodontitis		
Gingivitis Necrotizante (GN)		
Periodontitis Necrotizante (PN)		
Estomatitis Necrotizante (EN)		

ANEXO 2 Validación del instrumento de investigación

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

1. **DATOS GENERALES**

1.1 Apellidos y Nombres del informante: Alpaca Levallos Erick

1.2 Cargo e institución donde labora: Docente - UCSM

1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de Recolección de Datos

1.4 Autor del instrumento: Valeria Angela Bustamante Fernandez

2. **ASPECTOS DE LA VALIDACION**

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 10 a 20%	REGULAR 21 a 40%	BUENA 41 a 60%	MUY BUENA 61 a 80%	EXCELENTE 81 a 100%
1.- CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible					✓
2.- OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					✓
3.- ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					✓
4.- ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada			✓		
5.- SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente				✓	
6.- PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo con los objetivos planteados					✓
7.- CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos					✓
8.- ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables / indicadores /medidas					✓
9.- ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación					✓
10.- APLICACION	Existencia de condiciones para aplicarse					✓

3. **CLASIFICACION GLOBAL** (marca con un aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

LUGAR Y FECHA: Arequipa 02 de Set. 2025

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

COP: 27872 DNI: 70242968 TELÉFONO: 915063016

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

1. **DATOS GENERALES**

1.1 Apellidos y Nombres del informante: Willmer Baldarrago Salas

1.2 Cargo e institución donde labora: Docente - UCSM

1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de Recolección de datos

1.4 Autor del instrumento: Valeria Angela Bustamante Fernandez

2. **ASPECTOS DE LA VALIDACION**

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 10 a 20%	REGULAR 21 a 40%	BUENA 41 a 60%	MUY BUENA 61 a 80%	EXCELENTE 81 a 100%
1.- CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible				✓	
2.- OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					✓
3.- ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				✓	
4.- ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada					✓
5.- SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente					✓
6.- PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo con los objetivos planteados				✓	
7.- CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos				✓	
8.- ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables / indicadores /medidas				✓	
9.- ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación					✓
10.- APLICACION	Existencia de condiciones para aplicarse					✓

3. **CLASIFICACION GLOBAL** (marca con un aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

LUGAR Y FECHA: Arequipa 02/09/2025

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

COP: 5363 DNI: 29347686 TELÉFONO: 959644665

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

1. **DATOS GENERALES**

1.1 Apellidos y Nombres del informante: Arenas Velez Luis Manuel

1.2 Cargo e institución donde labora: Docente - UCSM

1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de Recolección de Datos

1.4 Autor del instrumento: Valeria Angela Bustamante Fernandez

2. **ASPECTOS DE LA VALIDACION**

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 10 a 20%	REGULAR 21 a 40%	BUENA 41 a 60%	MUY BUENA 61 a 80%	EXCELENTE 81 a 100%
1.- CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible				X	
2.- OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables				X	
3.- ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4.- ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada					X
5.- SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente					X
6.- PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo con los objetivos planteados					X
7.- CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos				X	
8.- ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables / indicadores /medidas					X
9.- ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación					X
10.- APLICACION	Existencia de condiciones para aplicarse					X

3. **CLASIFICACION GLOBAL** (marca con un aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

LUGAR Y FECHA: Arequipa 03/09/2025

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

COP: 3553 DNI: 29225558 TELÉFONO: 959221262

REGISTRO FOTOGRÁFICO

FIGURA 10 Recolección de datos

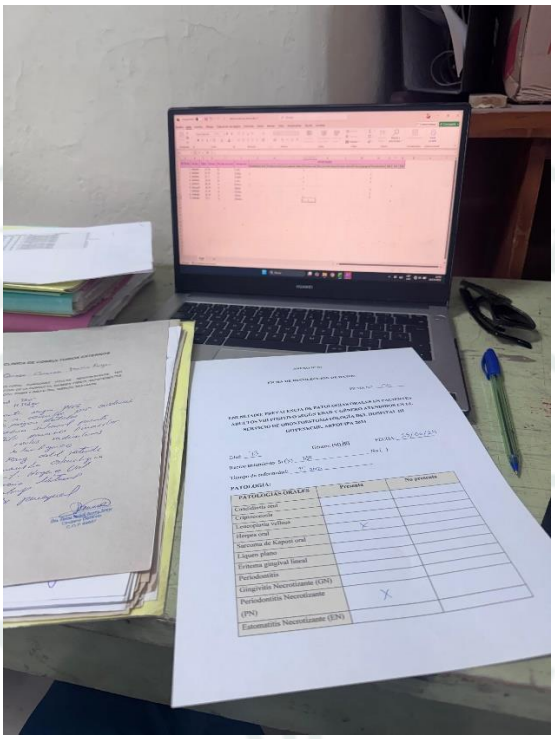


FIGURA 11 Recolección de datos



DICTÁMEN COMITÉ DE ÉTICA

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 17 de diciembre de 2025

Investigadora Bustamante Fernandez, Valeria Angela

Presente.-

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: "PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS ORALES EN PACIENTES ADULTOS VIH POSITIVO SEGÚN EDAD Y GÉNERO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHE. AREQUIPA 2024".

Investigadora: Bustamante Fernandez, Valeria Angela.

TIPO Y DISEÑO: Cuantitativa, observacional, retrospectiva, transversal, descriptivo, documental, no experimental.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Establecer la prevalencia de patologías orales en pacientes VIH positivo-atendidos en el servicio de Odontoestomatología del Hospital III Goyeneche.

PROCEDIMIENTOS: Revisión documental.

DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes adultos VIH positivo que acudieron al servicio de Odontoestomatología en el año 2024.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE 479 - 2025 CIEI-UCSM

VIGENCIA:
La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 17 de diciembre de 2026.

Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com