

PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PERSONAS VIH/SIDA QUE SOLICITARON ASISTENCIA ODONTOLÓGICA EN EL CENTRO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS (CAPEI/UCV). 2000-2005.

Recibido para publicación: 01/10/2007

Aceptado para publicación: 12/02/2008

Araujo, A¹; **Guerra ME²**; **Tovar, V³**. Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infecciocontagiosas Dra Elsa La Corte". Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela.

(1) Magíster Salud Pública Oral. Universidad de Sevilla

(2) Odontopediatra. Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infecciocontagiosas.

(3) Patólogo Bucal. Jefe del Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infecciocontagiosas.

e-mail: vyلماتovar@cantv.net, sidabucal@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El objeto del siguiente estudio fue determinar la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en las personas VIH+ que acudieron a consulta odontológica en el Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infecciocontagiosas (CAPEI/UCV), Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela, período 2000-2005. **Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo del total de las historias clínicas representadas por 858 personas con evidencia serológica de infección por VIH. De esta revisión se creó una base de datos que permitió identificar las variables socio demográficas de dichos pacientes, así como la presencia, tipos, número de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y prevalencia de ITS por edad y género. **Resultado:** Del grupo estudiado (79,4%) pertenecían al género masculino y (20,6%) al femenino, con una edad promedio de $37,25 \pm 9,749$ años, siendo en su mayoría (92,3%) Venezolanos, solteros (74,5%) y heterosexuales (49,1%), se observó que (52,7%) presentó ITS, según clasificación Jerárquica de Ward, encontrándose un total de 661 ITS; con mayor frecuencia de Sífilis (17%), Gonorrea (16,6%) y Hepatitis C (15,4%). El 30% de la población estudiada presentó solo una ITS (247), otros hasta 6 de ellas. **Conclusión:** Este estudio resalta la necesidad de implementar programas de ITS para futuras estrategias de prevención del VIH-SIDA y otras ITS. Es importante implementar programas de prevención de ITS en centros de atención personas VIH+.

Palabras Claves: Prevalencia, VIH-SIDA, ITS, CAPEI

Summary

Goal: The goal of this study was to evaluate the prevalence of Sexual Transmitted diseases (STD) among people living with HIV, who attended the Center of Infect Contagious Diseases(CAPEI) seeking dental treatment, at the Dental school of the Universidad Central de Venezuela, period 2000-2005. **Study Design:** A retrospective study of 858 Dental records of patients HIV+, was done to describe their socio demographics characteristics and the presence

of STD, by age and gender. Results: (79,4%) of group the study were males, 20,6% females, with an average age of 37,25+/_ 9,74years old, (92,3) were Venezuelans, (74,5%) singles and (49,1%) heterosexuals; (52,7%) had presented a STD; 694 STD were screened overall(ward 93). The mayor prevalence was of syphilis (17%), gonorrhoea(16,6%) and hepatitis C(15,4%). 30% of the total population presenting one STD (2247), other even six. Conclusions: this Study highling the needs of implementing STD interventions programs to reduce HIV/AIDS and other STD, and the importance of implementing these programs at HIV health centers.

Key Words: Prevalence, HIV+,STD, CAPEI

INTRODUCCION:

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se considera el mayor problema de salud pública del siglo XX¹. Esta infección supone un problema sanitario mundial de gran magnitud, es la ITS mas difundida en el mundo, sobre todo en países en vías de desarrollo, afectando de manera directa la calidad de vida y salud de individuos, familias y comunidades, así como su desarrollo social. ² En América del norte y del sur el VIH, constituye una importante amenaza a la Salud Pública, en la actualidad existen en el continente alrededor de 5 millones de personas que viven con VIH, de las cuales se estima que 3 millones pertenecen a América Latina y el Caribe ³.

La pandemia del VIH/SIDA y su impacto en la vida de las sociedades modernas y en el cambio de sus costumbres ha arrojado a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), haciendo que los esfuerzos para la prevención y control de estas últimas se hayan minimizado, cuando en realidad deberían ser acentuados, si se toma en cuenta que, en la actualidad las ITS se encuentran entre las causas más frecuentes de morbilidad a nivel mundial y entre las cinco primeras causas de años perdidos de vida productiva, en los países en vía de desarrollo³, donde indigentes, poblaciones marginales y menores de edad se presentan como nuevos colectivos de alto riesgo al contagio de ITS.^{4,5,6,7,8} Las ITS son epidemias ocultas de enormes consecuencias, sociales y económicas en el continente Americano, dadas sus características biológicas y su forma de contagio, constituyen un problema de salud pública de difícil solución, asociadas a conductas y patrones culturales muy arraigados en estas poblaciones, siendo un reto particular en los países en vía de desarrollo.⁹

Las ITS en América latina, son infecciones asentadas en nuestras sociedades, que por su evolución y forma de contagio, presentan un gran estigma social, especialmente en el género femenino; de igual forma representan un silencio latente en las relaciones de pareja, donde muchas veces el hombre Latino Americano deja la presión de la iglesia y de la sociedad sobre las mujeres.¹⁰ Se estima que en América Latina y el Caribe se producen anualmente cincuenta millones de nuevos casos de ITS, por lo que estas, representan uno de los principales problemas de Salud Pública de la región.^{5,11}

Existe una fuerte evidencia científica, que indica que la vía de transmisión predominante tanto de VIH-SIDA como de ITS es por vía sexual, así como la similitud de las poblaciones en riesgo y las conductas que facilitan contraer ambas infecciones (VIH e ITS). ^{1, 2,3}. El diagnóstico y tratamiento de ITS entre poblaciones seleccionadas, ha sido por largo periodo de tiempo una estrategia efectiva en el futuro control de estas, recientemente se han utilizado como un medio de prevención del VIH, basado en la recolección de datos epidemiológicos y biológicos, que demuestran que las ITS aumentan la probabilidad de transmisión de VIH ^{2, 6, 8,10,11}, siendo hasta cincuenta veces mayor en personas que cursan ITS con ulceraciones genitales ¹. En la actualidad diversas investigaciones confirman el aumento de conductas sexuales de riesgo y el aumento de las tasas de ITS en personas VIH+, en los Estados Unidos algunos investigadores han encontrado que de 10 a 16% de personas que presentan úlceras genitales en clínicas de

ITS, son positivas al VIH,¹² y de 12 a 14% de las personas recientemente diagnosticadas con VIH+ presentan nuevas ITS en chequeos sucesivos.¹³

Un estudio realizado en un servicio Universitario de los Estados Unidos, reportó que 42% de mujeres VIH+ contrajeron otras ITS después de ser diagnosticadas por VIH.¹⁴

La realización de pruebas y controles de ITS en poblaciones VIH+, se podría llevar a cabo sin mayores dificultades, ya que “estas poblaciones reciben tratamiento médico de forma regular”. En teoría se conocen los canales de atención en los servicios de salud, presentándose como una población reducida en comparación con la población total que se encuentra en riesgo de contraer ambas infecciones, y porque además representan un grupo de transmisores de ITS y VIH”.¹⁵

A pesar de los esfuerzos mundiales y la importancia explícita de la recolección de datos epidemiológicos de la infección por VIH, en Venezuela existen subregistros de la enfermedad. Actualmente el Programa Nacional de SIDA/ ITS (PNSIDA/ITS); cuenta con cifras de incidencia de VIH para el período 2000-2004, con subregistros, “esto debido a que en el proceso de rescate de datos no todas las entidades del país cuentan con los instrumentos necesarios para dar cifras reales.”^{4,15} En el PNSIDA/ITS se manifiesta la complejidad en la labor de la puesta en marcha de canales de información en referencia a VIH/SIDA/ITS. En el país solo 13 de las 24 Entidades Federales reportaron nuevos diagnósticos de ITS provenientes de las redes de atención pública para los años 2004- 2005; La Región Capital y el Estado Zulia, (Estados mas poblados en Venezuela e igualmente primeros estados con mayor reporte de casos de VIH), no presentaron sus cifras. ⁴ En años anteriores, la incidencia de ITS en el país presenta a su vez serios problemas de recolección de data, indicados de manera explícita en el último informe presentado por el mismo organismo en el 2004. ⁴

De la misma manera los diagnósticos de ITS en la práctica privada; no llegan a ser reportados a los organismos gubernamentales, pues el diagnóstico y seguimiento de las ITS a nivel nacional en la atención medica privada no es registrado en una base de datos única.^{4, 17,16} Si bien los problemas de recolección de datos epidemiológicos en el país son marcados, la atención médica a los pacientes VIH+ presenta varias caras. Por un lado 54.000 personas reciben medicamentos Antiretrovirales de forma gratuita de parte del MSDS4, siendo este un tratamiento farmacológico de última generación, sin embargo, el resto de su atención médica y odontológica en los hospitales públicos y privados se encuentra claramente marcada por el estigma y el miedo de enfermeras y demás personal de salud a tratarlos, incluso en casos de consultas que no involucran la realización de procedimientos invasivos con manejo de flúidos.¹⁷

Aunado a esto, las personas con VIH e ITS en Venezuela se veían limitados a recibir servicios de salud bucal de calidad, debido a los escasos recursos económicos y a la discriminación y segregación de las cuales son víctimas,¹⁷ por estas razones la Universidad Central de Venezuela se vio en la obligación de crear un servicio de atención odontológica integral y especializado para estas personas.

El Centro de Atención a Personas con VIH y otras Infectocontagiosas (CAPEI/UCV), centro multidisciplinario que forma parte de la Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela, brinda atención odontológica integral y especializada a personas que presentan enfermedades infectocontagiosas, siendo en su mayoría personas que conviven con VIH, además este Centro forma recursos humanos en el área de infectocontagiosas (estudiantes de pre-grado, post-grado e higienista dental), los mismos realizan atención en odontología general y en las áreas de endodoncia, cirugía, medicina bucal, periodoncia, prótesis, odontología restauradora e infantil.¹⁸

RESULTADOS

PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PERSONAS VIH/SIDA

La población en estudio se estableció tomando el total de las personas adultas VIH+, atendidas por el CAPEI/UCV. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela, en el periodo 2000-2005.

La misma estuvo constituida por 858 personas; de ambos géneros de los cuales 79,4% eran del género masculino y 20,6% del género femenino (Tabla N° 1). Con respecto a la edad se observó como valores extremos 18 y 73 años, encontrando un promedio de la misma de 37,25 y una desviación típica de 9,749, de la misma manera es importante destacar que el grupo de 28-37 fue el que agrupó el mayor número de personas 341 (39,7%), (Tabla N° 2). Asimismo, se encontró que un 92,7%, de las personas estudiadas son de Nacionalidad Venezolana, hallando 4,4%, de Nacionalidad Colombiana y el porcentaje restante 3,3% de otras nacionalidades (Gráfico N°1).

En cuanto a la procedencia de las personas estudiadas se encontró que la mayoría 91%, provenían del distrito Capital, seguido de la Región Central con un 6%, mientras que la región Oriental solo agrupó un 0,8 % de las personas en estudio. (Gráfico N° 2).

Tabla N° 1

**Género. Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infectocontagiosas.
Caracas 2000-2005.**

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	177	20,6
Masculino	681	79,4
Total	858	100,0

Fuente: Historias Clínicas CAPEI/UCV. 2000-2005.

Tabla N° 2

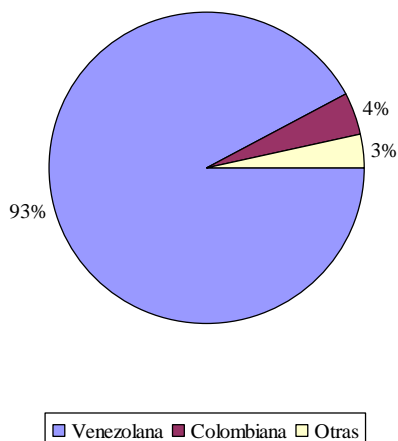
**Edad. Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infectocontagiosas.
Caracas 2000-2005.**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-27	125	14,5
28-37	341	39,7
38-47	267	31,1
48-57	96	11,2
58-67	21	2,5
68->	8	1,0
Total	858	100

Fuente: Historias Clínicas CAPEI/UCV. 2000-2005.

Gráfico N° 1

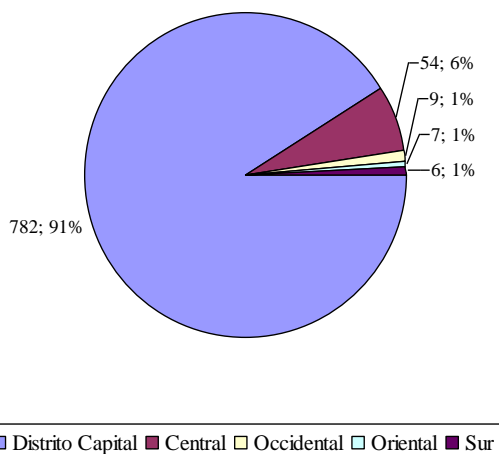
Nacionalidad. Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infectocontagiosas. Caracas 2000-2005.



Fuente: Historias Clínicas CAPEI. 2000-2005.

Gráfico N° 2

Procedencia. Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infectocontagiosas. Caracas 2000-2005.



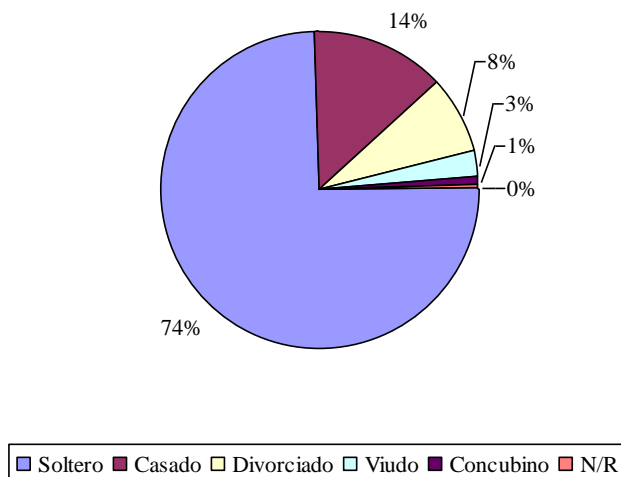
Fuente: Historias Clínicas CAPEI/UCV. 2000-2005.

Gráfico N° 3

Estado Civil.

Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infectocontagiosas.

Caracas 2000-2005.



Fuente: Historias Clínicas CAPEI/UCV. 2000-2005.

En el gráfico N° 3, se puede observar el estado civil de las personas en este estudio, el mayor porcentaje se ubicó en el grupo de los solteros con 74,5%, seguidos por los casados con 13,8%, mientras que el grupo de concubinos fue el que agrupó menor número de personas (0,8%), cabe destacar que se encontró un 0,2% que no refirieron su estado civil al momento de la anamnesis.

Tabla N° 3

Grado de Instrucción.

Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infectocontagiosas.

Caracas 2000-2005.

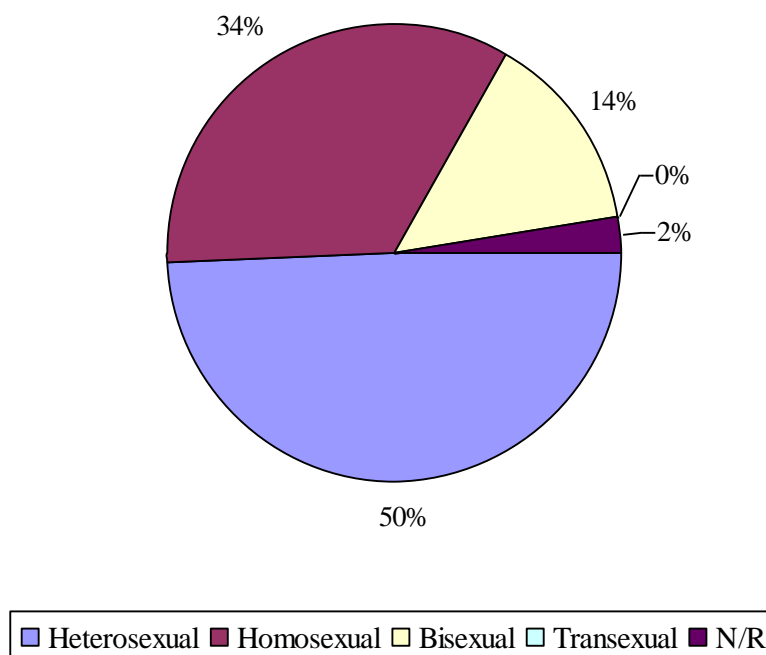
	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	4	0,5
Primaria Incompleta	30	3,5
Primaria Completa	83	9,7
Secundaria Incompleta	171	19,9
Secundaria Completa	211	24,6
Técnico Incompleta	131	15,3
Técnico Completa	64	7,5
Superior Incompleta	153	17,8
Superior Completa	11	1,3
Total	858	100

Fuente: Historias Clínicas CAPEI/UCV. 2000-2005.

Al valorar el grado de instrucción de las personas atendidas en el periodo en estudio, (Tabla N° 3), se encontró que la mayor parte de la población solo alcanzó los estudios de secundaria (24,6%) , mientras un 19,9% no los terminaron, a su vez se encontró como casos extremos los analfabetas y los que concluyeron los estudios a nivel superior representados por 0,5% y 1,3% respectivamente.

Gráfico N° 4

**Orientación Sexual.
Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infectocontagiosas.
Caracas 2000-2005.**



Fuente: Historias Clínicas CAPEI/UCV. 2000-2005.

Al observar el gráfico N° 4, se evidencia que la orientación sexual predominante es la heterosexual con (50%), seguida de la homosexual con 295 (34%) mientras que la bisexual y la transexual solo representaron un (14%) y (0,1%) respectivamente, a su vez se reportó que un 2% de las personas atendidas no refirieron su conducta sexual al momento de realizar la historia clínica.

Tabla Nº 4

**Vía de transmisión.
Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infectocontagiosas.
Caracas 2000-2005.**

Vía de transmisión	Frecuencia	Porcentaje
Sexual	725	84,5
Indeterminado	72	8,4
Transfusión	35	4,1
Parenteral	6	0,7
Accidente Laboral	5	0,6
Quirúrgica	2	0,2
Tatuaje	1	0,1
N/R	12	1,4
Total	858	100

Fuente: Historias Clínicas CAPEI/UCV. 2000-2005.

Como se evidencia en la tabla Nº 4, la vía de transmisión que prevaleció en el grupo en estudio fue la vía sexual, representada por 725 (84,5%) de las personas atendidas, mientras que las otras vías de contagio solo obtuvieron un pequeño porcentaje, es de resaltar que 5(0,6%) adquirió el VIH por accidente laboral.

Tabla Nº 5

**Presencia de Infecciones de Transmisión Sexual.
Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infectocontagiosas.
Caracas 2000-2005.**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	452	52,7
No	406	47,3
Total	858	100

Fuente: Historias Clínicas CAPEI/UCV. 2000-2005.

La tabla Nº 5, evidencia la presencia de infecciones de transmisión sexual, lo que nos indica que la población estudiada es bastante homogénea, ya que un 52,7% presenta infecciones de transmisión sexual mientras la porción restante 47,3% no. En las 452 personas con presencia de ITS, según clasificación jerárquica de Wart se presentaron un total de 661 ITS (Tabla N.-06), de las cuales sífilis, gonorrea, hepatitis C y B, fueron las que se presentaron con mayor frecuencia, para su mayor entendimiento es importante acotar que un 30% de la población

PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PERSONAS VIH/SIDA

total presentó solo una ITS, de los cuales 190 son del género masculino y 68 del femenino, mientras que 15% presentaron dos ITS, representado por 105 personas del género masculino y 24 del femenino, el resto de la población presentó de 3 a 6 ITS, representando menores porcentajes. (Tabla N.-07).

Tabla N.- 06

**Tipos de Infecciones de Transmisión Sexual.
Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infectocontagiosas.
Caracas 2000-2005.**

ITS	Frecuencia
Sífilis	146
Gonorrea	142
Hepatitis C	132
Hepatitis B	101
VPH	74
Herpes Genital	55
Mononucleosis	8
Molusco Contagioso	3
Total	661

Fuente: Historias Clínicas CAPEI/UCV. 2000-2005.

Tabla Nº 7

**Número de Infecciones de Transmisión Sexual según género.
Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infectocontagiosas.
Caracas 2000-2005.**

Género	Número de ITS						Total
	1	2	3	4	5	6	
Femenino	68	24	12	8	2	0	114
Masculino	190	105	31	9	2	1	338
Total	258	129	43	17	4	1	452

Fuente: Historias Clínicas CAPEI/UCV. 2000-2005.

Al estudiar los tipos de ITS por género, se pudo observar que en todas las ITS en este estudio, ocurrieron más casos en el género masculino que en el femenino (Ver Tabla N.-08)

Tabla Nº 8

**Tipos de ITS según género.
Centro de Atención a Personas con Enfermedades Infectocontagiosas.
Caracas 2000-2005.**

ITS	Género		
	Femenino	Masculino	Total
Sífilis	38	108	146
Gonorrea	30	112	142
Hepatitis C	30	102	132
Hepatitis B	26	75	101
VPH	17	57	74
Herpes Genital	15	40	55
Mononucleosis	3	5	8
Molusco contagioso	1	2	3
Total	160	501	661

Fuente: Historias Clínicas CAPEI/UCV. 2000-2005.

DISCUSIÓN

En este estudio, se observó un promedio de edad $37,25 \pm 9,749$, siendo en su mayoría una población entre 28 y 42 años (58,3%); alrededor del mundo se estima que la mitad de los contagios ocurren antes de los 25 años,¹¹ en el caso del VIH se debe tomar en cuenta el periodo de incubación del virus, por lo que diversos estudios, reportan que las personas VIH acuden a servicios especializados para su atención después de internalizar que deben convivir con el VIH,^{1,3,11} así mismo, la muestra de los pacientes estudiados reafirma el reto de combatir el VIH en la región; se estima que en el Caribe (la segunda región con mas prevalencia de VIH en el mundo), la principal causa de muerte entre poblaciones de 15 a 44 años es el SIDA.²

En relación al género de las personas que acuden al centro, estas son mayoritariamente de género masculino, (79,4%), siendo el resto (20,6%) de género femenino; estas cifras respaldan la estadística Nacional de casos de VIH por género, que estiman que un 74% de las infecciones de VIH en Venezuela ocurren entre la población de género masculino;^{4,16} Sin embargo, la relación de hombres y mujeres atendidas en el centro difieren en la evolución de la enfermedad por géneros en Venezuela; en donde se estimaron por ejemplo para el año 1985, una infección de VIH en mujeres por cada 18,5 en hombres; a diferencia del período 2000-2004 con una mujer infectada por cada dos hombres.⁴ Esta misma evolución se observa en la región Latino Americana, donde se estima que en los últimos 5 años han aumentado en un 36% las nuevas infecciones de VIH en mujeres^{2,10} y en las estadísticas de la pandemia a nivel mundial.^{10,11} especialmente en el continente Africano, donde el 57% de las nuevas infecciones se presenta en mujeres.¹¹

A pesar de la "feminización de la pandemia a nivel mundial".¹⁰ el CAPEI/UCV, prestan atención odontológica en su mayoría a personas de género masculino, aunque recientemente también

han aumentado la atención de mujeres, por lo que sería interesante realizar una futura investigación de incidencia de nuevos pacientes VIH⁺ por género que acuden al servicio.

En relación a la nacionalidad de los pacientes de la muestra estudiada, los pacientes extranjeros, que acuden a consulta son residentes en el país y acuden a este servicio de atención odontológica así como a los servicios de atención médica de las ciudades donde habitan. No fue posible establecer relación con otros estudios realizados, pues en bibliografía consultada no contempla esta variable.

En su mayoría (91%), de los pacientes que acuden al centro son de la región capital, por la situación geográfica del servicio y porque es en esta región donde se concentran la mayoría de los casos diagnosticados de VIH en el país;⁴ de la misma manera es en la Región Capital donde se concentran los cinturones de pobreza del país, la mayoría de las conductas de riesgo, dígame: hacinamiento, personas sin vivienda, abuso de drogas y alcohol que de una u otra forma hacen posible, que la pandemia tome en la región americana, las grandes urbes como "nidos para su diseminación".² Sin embargo es de hacer notar que a este centro acuden personas que deben recorrer toda la geografía Nacional, para tener acceso a una atención Odontológica especializada.¹⁹

En relación al estado civil 83,2% viven sin parejas (solteros, divorciados y viudos) y solo una minoría están casados. No fue posible establecer relación con otros estudios realizados, pues la bibliografía consultada no contempla esta variable.

.En cuanto al grado de instrucción de las personas estudiadas, en su mayoría terminaron la secundaria, dejando en segundo lugar la secundaria incompleta y en tercero la enseñanza superior incompleta, en este aspecto se debe tomar en cuenta que este centro, es un servicio prestado por la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela que aunque no es un servicio enteramente gratuito, su costo es mínimo, por lo que es posible que muchas personas que no están insertadas de la mejor manera a la vida laboral prefieran la atención en este servicio. Es importante acotar que dado que este es un servicio de referencia a nivel nacional en las áreas de: atención odontológica a personas VIH/SIDA, formación de recursos humanos, docencia e investigación, por lo que muchos pacientes se dirigen a este centro en busca de atención odontológica especializada, sin embargo se debe resaltar en su mayoría las personas infectadas todavía se dirige a los servicios odontológicos regulares ocultándole a su odontólogo de su condición de VIH^{20,21,22,23}, dado el estigma social que significa ser portador del VIH.¹⁷

La orientación sexual de los pacientes VIH⁺ asistidos en el centro en su mayoría son heterosexuales, 421(49,1%), concordando con la data epidemiológica a nivel nacional y mundial,^{4,11} pero discrepando de manera considerable, de la concepción de la pandemia por parte de los Venezolanos, quienes según diversas publicaciones, todavía consideran la infección por VIH como una enfermedad que ocurre solo en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y en situaciones de riesgo.¹⁷

En esta muestra 84,5% reportaron que contrajeron la infección por vía sexual, siendo esta también la principal forma de contagio en el resto del país,⁴ y en América Latina donde se estima que tan solo en el 14% de las relaciones sexuales de riesgo se utilizan preservativos². En este aspecto es mucho el camino a recorrer en el país, los estigmas al uso del preservativo y el peso del hombre en las prácticas sexuales de sus relaciones, impiden que se adopten costumbres de sexo seguro entre la población,¹⁰ de la misma manera las poblaciones mas jóvenes, se enfrentan a sociedades, donde el sexo es un tabú, por lo que el acceso a preservativos y a una educación sexual se hace complicado^{3,4}, cabe señalar que en este

referente solo el 0,6% de contagios fue por vía parenteral, difiriendo de las cifras de otros países de la región como Puerto Rico, Argentina y Brasil, en la que se reportó una alta tasa de contagio por consumo de drogas parenterales;²⁰ y de Europa Occidental que demuestran que la epidemia tiene una prevalencia sustancialmente mayor en poblaciones que utilizan drogas parenterales.¹¹

En este estudio se reportó un alto número (52,7%) de ITS siendo esta considerablemente más alta que en otras poblaciones^{21,22,23,24,25} por lo que se considera importante las acciones de prevención y control de ITS en servicios VIH.^{26,27,28} Esta alta prevalencia de ITS reportadas en este estudio se iguala a la de otros estudios realizados en clínicas de ITS,^{29,30,31,32} por lo que estos datos podrían ser relevantes para otras poblaciones con ITS así como para los sistemas de salud regionales y nacionales.

La coinfección de ITS en personas VIH⁺, hace necesaria la intervención de los actores sanitarios dado que las ITS pueden complicarse más en personas VIH⁺^{33,34} por lo que es importante su prevención tanto para el individuo como para su comunidad. En los Estados Unidos para el 2002,⁹ se reportaron 25% de ITS entre personas VIH; cifras de esta índole no se encuentran en Venezuela, por lo que datos realizados, en grupos centinelas, como el de este caso, podrían ser utilizados por los organismos competentes.

Esta señalado que la alta prevalencia de ITS diagnosticadas en personas VIH⁺, puede deberse a que este grupo de personas tiene más necesidad de buscar tratamiento médico, por presentar nuevas complicaciones y son en muchos casos invitados a realizarse pruebas cuando acuden a sus consultas por el virus³⁴. Aunque por otro lado es bien conocida la relación del VIH con el aumento de las posibilidades de adquirir nuevas ITS.^{35, 36, 37, 38,39}

La alta presencia de personas VIH⁺ con sífilis de este estudio (146), se corresponde con los datos presentados en el PNSIDA/ITS que a pesar de sus limitaciones, (en cuanto a la recolección de datos de todos los estados y el subregistro manifiesto de los reportados) presenta en los años en que se recogió esta información, (1997-2005) a la infección de sífilis como la segunda ITS reportada en el país.⁴ La relación hombre: mujer, del registro Nacional, es tan solo un poco mayor en el caso de los hombres,⁴ de la misma manera se encontró evidencia similar en ambos estudios con respecto al grupo etáreo; en este estudio se observó que el grupo mas afectado en fue el de 28-37 años, mientras que los resultados del PNSIDA/ITS para Venezuela, afirman que el grupo etáreo mas afectado fue el de 35-39 años, grupo que se ve inmerso en la clasificación de este estudio (28-37años).⁴

La infección por gonorrea es la segunda ITS con mayor frecuencia que se encontró en este estudio representado por 142 casos, resultado que difiere con los datos del PNSIDA/ITS que publicó que esta infección de transmisión sexual fue la de mayor incidencia/prevalencia en nuestro país,⁴ siendo mayoritariamente una infección presente en el género masculino. Estudios anteriores señalan que esta es una de las enfermedades bacterianas de transmisión sexual con mayor prevalencia en las sociedades actuales,^{21,22,23,40} del mismo modo relacionado con la aparición de Tratamientos Antiretrovirales.^{41,42,43,44}

La frecuencia de Hepatitis C (VHC) en este estudio fue 132 casos y para la Hepatitis B (VHB) 101, estas infecciones se encuentran claramente relacionadas por la literatura con el VIH;^{45, 46,47} se estima que a nivel mundial 25% de las personas VIH⁺ presentan VHC o VHB. prevalencia de VHC y VHB en este estudio sigue esta línea de resultados, a pesar de que algunos autores afirman que esta alta prevalencia se presenta es en grupos de riesgo que utilizan drogas parenterales,⁴⁸ caso distinto al de este estudio donde solo el 0,7% se contagio por esta vía.

Los resultados de este estudio demuestran un mayor número de personas del género masculino (79,4%) con presencia de VPH en relación con el género femenino (20,6%), estos difieren de estudios recientes que demuestran un mayor riesgo de infección de VPH en mujeres VIH⁺ en relación con el género masculino.^{47,48,49} La data Nacional de VPH aunque claramente subregistrada, demuestra cierta paridad entre los registros de VPH por género en poblaciones VIH negativas y no hace alusión a poblaciones VIH⁺.^{4,18} De igual forma, en este estudio la presencia de VPH/VIH en el género femenino, representado por (23%), se considera elevada.⁵⁰ De la misma manera a esta coinfección en el caso femenino se le atribuye un aumento del riesgo de complicaciones clínicas relacionadas con el VIH, por la disminución del sistema inmunológico⁴⁷ así como una progresión mayor de lesiones de útero que conllevan a un aumento del riesgo de patologías cancerígenas.⁵⁰ Por lo que la detección y efectivo control del VPH, se hace indispensable en el tratamiento del HIV en esta población.⁵⁰

En este estudio el 30% de los pacientes, solo presentó una ITS al momento de ingresar como paciente al centro, este respecto se desconoce si estos pacientes han presentado nuevas infecciones desde que comenzaron a recibir tratamiento odontológico y que ocurrió primero el contagio de las ITS curables o del VIH, aunque de igual forma ambas infecciones son indicadores de conductas de riesgo²⁰.

Se pudo evidenciar que aunque la presencia de Herpes genital, mononucleosis y molusco contagioso, es menor en relación con otras ITS, su presencia invita a pensar mas allá de de las clásicas enfermedades venéreas.⁴⁷

Al observar la presencia de ITS por género se debe resaltar, que alrededor de dos tercios de las mujeres VIH⁺ atendidas en el centro, cursaron con ITS al momento de la recolección de información, mientras que solo alrededor de la mitad de los hombres VIH⁺ habían presentado ITS, este resultado confirma diversas investigaciones que demuestran que las mujeres presentan un riesgo biológico de 2 a 5 veces mayor al de los hombres de contraer ITS/VIH,¹⁰ y un mayor "riesgo social"¹⁰ ya que el estigma de la región "De la mujer virgen hasta el matrimonio", se presenta como una barreras que impide en muchos casos que las mujeres solteras busquen información sobre ITS/VIH.^{2,10}

En relación a la presencia y vulnerabilidad de las mujeres a las ITS/VIH/SIDA es mucho lo que se debe trabajar, especialmente al observar los estudios realizados en Latino América y el Caribe (LAC) así como en el Continente Africano, donde el género femenino se encuentra en una desventaja sentida para poder negociar relaciones de sexo seguro.^{9,10}

Se debe aclarar en este apartado, que aunque en diversos estudios se relaciona la presencia de mujeres con ITS y VIH, tanto en Centro América.^{2,3} al igual que las cifras proporcionadas por ONUSIDA¹¹ y otros estudios del continente africano,^{48,49,50} estos toman como muestra mujeres trabajadoras sexuales, población que se considera de mayor riesgo para contraer ITS,⁶ por lo que los participantes de estos estudios no son una muestra totalmente representativa y comparable, con las mujeres que asisten a este servicio de odontología.

LIMITACIONES

Una de las limitaciones de este estudio; fue la de no poder recolectar data referente a la prevalencia de Clamidia y Candida entre las ITS tomadas para esta investigación, dado que en muchos casos, los médicos de cabecera de las pacientes de género femenino, reportaron la presencia de ella pero sin realizarles exámenes específicos, por lo que esta importante información no fue tomada para este estudio, y por lo que las cifras de ITS presentadas podrían ser incluso mayores.

Igualmente no se pudo recolectar datos de la Hepatitis B, pues en este caso en el Centro solo se atienden la emergencia de estos pacientes, una vez que dicho paciente esta controlado se le realiza su atención Odontológica en las salas clínicas de la facultad siguiendo las medidas de bioseguridad.

CONCLUSION

Es alta la prevalencia de otras ITS en personas que viven con VIH, por lo que podemos concluir que es necesario realizar campañas de prevención, este estudio refuerza el concepto de que los centros de atención de salud, que proveen un servicio especializado a personas con VIH; son lugares en los que se debe realizar intervenciones de prevención del VIH y representan un lugar apropiado, para realizar investigaciones que conlleven a la reducción de transmisiones secundarias de VIH y de nuevas infecciones de ITS. Se debe hacer hincapié en el posible alcance de estas iniciativas, no solo para los pacientes atendidos en el centro sino también para la salud publica en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.UNAIDS/ WHO working group on global HIV/AIDS and STI surveillance 2004. Guidelines for effective use of data from HIV surveillance systems. [online].10 Feb. 2004 , [citado 10 Oct. 2005]. [62 pantallas]. Disponible en : <http://www.who.int/hiv/strategic/surveillance/en/useofdata.pdf>
2. AIDS and sexually transmitted infections in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. [online]. Sept. 1999, vol.6, no.3 [citado 15 Oct. 2005], p.215-219. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000800015&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1020-4989.
3. Plan regional de VIH/SIDA para el sector salud 2006-2015.[online].Nov.2005 , [citado 16 Oct. 2005]. [62 pantallas]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006-2015_SPANISH.pdf
4. Plan Nacional de Lucha contra el SIDA/ITS,(PNSIDA/ITS). Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Republica Bolivariana de Venezuela,(MSDS). Situacion del VIH/SIDA en Venezuela;2004.
- 5.Curable sexually transmitted infections (STIs) Venezuela. Unaidsw/who epidemiological fact sheet 2004 update. [online]. Dic. 2004, [citado 13 Sep.2005]. [14 pantallas]. Disponible en : http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/EFS2004/EFS_PDFs/EFS2004_VE.pdf
6. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections. World Health Organization department of HIV/aids2001.[online].Nov.2001 [citado 12 Oct.]. [50 pantallas]. Disponible en : <http://www.who.int/docstore/hiv/GRSTI/index.htm>
7. UNAIDS. 2004 report on the global AIDS .[online]. Jun. 2004, [citado13 Oct.2005]. [11 pantallas]. Disponible en : <http://www.unaids.org>.
8. 2004 Report on the global AIDS epidemic. UNAIDS, WHO JOINT HIV-TUBERCULOSIS INTERVENTIONS .[online]. Jun. 2004, [citado 14 Oct.]. [11 pantallas]. Disponible en : <http://www.unaids.org>.
9. National center for HIV,STD and TB prevention. Trends in Reportable Sexually Transmitted Diseases in the United States, 2004 .[online]. 8 Nov 2005 , [citado 19 Dic. 2005]. [14 pantallas]. Disponible en : <http://www.cdc.gov/std/stats/default.htm>
10. Hilary A, Marcovici K, Taylor K.The UNGASS, gender and Women's Vulnerability to HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. 2002. PAHO.[online]. Dec. 2002 [citado 27 Oct 2005]. [29 pantallas]. Disponible en :<http://www.paho.org/English/AD/GE/GenderandHIV-revised0904.pdf>
11. ONUSIDA 2005 up grade. Aids epidemia update december 2005.[online].13 December 2005 [citado 9 Jan. 2006]. [1 pantallas]. Disponible en : <http://www.unaids.org/epi/2005/doc/resources.asp>

12. Erbeling E, Chung S, Kamb M, et al. New Sexually Transmitted disease in HIV infected patients: markers for HIV transmission behavior. *J Acquir Immun Defic Syndr* 2003;33:247-252.
13. Barnes R, Cohen D, Farley T, et al. Assessment of STD control interventions for HIV prevention in the US: Preliminary data from: New Orleans, Baltimore, and Raleigh, USA. *Int J STD AIDS* 2001;12:31.
14. Bersoff-Matcha S, Horgan M, Fraser V et al. Sexually Transmitted disease acquisition among women infected with human immunodeficiency virus tipe 1. *J infect Dis* 1998;178-1174-1177.
15. Klausner J, Stanley H, Stansell J. STD Screening among HIV-Infected Patients in Care, San Francisco. *Aids Patient Care and STDs* 2001;15:(2) 2001.
16. Instituto Nacional de estadísticas de la Republica Bolivariana de Venezuela,(INE). [online]. Disponible en : www.ine.gov.ve
17. IDH-Bolivia, Fundación Vivir Mejor-Colombia, ASICAL-Ecuador, VIALIBRE-Peru, ACCSI-Venezuela. Informe comparando la situación del VIH-SIDA y los derechos humanos en la Comunidad Andina de naciones. Online. Septiembre 2003, citado 16 Feb. 2005. Disponible en : <http://www.laccaso.org/pdfs/Informe%20Comparado.pdf>
18. Tovar V ; Guerra ME. Atención Odontologica a Personas con Enfermedades Infecciosas. IV | Congreso Odontologico Metropolitano y del Caribe ; del 12 al 15 febrero. Caracas ; 2004
19. Tovar V, Montiel D. Estudio preliminar y Exploratorio de los pacientes VIH/SIDA que acudieron al Servicio de Atencion a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas Dra Elsa La Corte durante los años 1999-2000. *Acta Odontologica Ven.* 2003; 1:16.
20. Center for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR Morb Mortal WKLY Rep.* 2002;51:1-80.
21. Corman L, Levinson M, Knight R, Carrinton E, kaye D. The high frequency of Pharyngeal gonococcal Infection in a Prenatal Clinic popular. *JAMA* 1974; 230(4): 568-570.
22. Escobar V, Farman A, Arm R. : Oral Gonnococcal Infection. *Int J Oral Drug.* 1984; 3:549-554.
23. Murray A, greenhouse P, nelson W, Norman J, Jeffries D, Anderson J, Incident acquisition of Nesseria gonorrhoeae and HIV from . *The Lancet.* 388.
24. Crepaz N, Marks G. Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings. *AIDS* 2002;16/135-149.
25. Grosskurt H, Mosha F, Todd et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: Randomized controlled trial. *Lancet* 1995; 346:530-536.
26. The value of screening for sexually transmitted diseases in an HIV clinic. Thomas A. Farley. *JAIDS* 2003;33: 642-647.
27. Fleming D, Wasserheit J. From epidemiological synergy to public headline policy and practice: the contribution of other sexually transmission of HIV infection. *Sex Transm infect* 1999;75:3-17.
28. Liebert M, Jeffrey I. KLAUSNER M, Screening STD among HIV-Infected patients in care, san Francisco. *Aids Patient Care and STDs.* 2001; Vol 15, Number 2;5-18.
29. Taylor M, McClain T, Marjan J. Sexually Transmitted Disease Testing Protocols, Sexually Transmitted Disease Testing, and Discussion of Sexual Behavior in HIV clinics in Los Angeles County. *Sex Transm Dis* 2005;6:341-345.
30. .Sexually Transmitted Disease/ HIV transmission Risk Behaviors and Sexually Transmitted Disease Prevalence Among HIV Positive Men Receiving continuing Care. *Sex Transm Dis* 2005;32:20-26.47(RR12):1-12.
31. A survey of sexually transmitted diseases/HIV Co infection testing and reporting practices among Health Care Providers in New Jersey. *Sex Transm Dis* 2005;32:406-412.
32. Rodriguez J, Mehendale SM, Sheperd ME, y col. Risk facture for HIV infection in people attending clinics for sexually transmitted diseases in India. *BMJ* 1995;311:283-286.

33. Focus on Prevention: HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom in 2003. November 2004. online. Citado 10 Jan.2005. Disponible en: http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/publications/anual2004.htm
34. Wasserheit J. Epidemiologic synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 1992; 9:61-77.
35. Rothenberg R, Wasserheit J, St Louis M, y et al. The effect of treating sexually transmitted disease on the transmission of HIV in dually infected persons: A clinic based estimates on a STD/HIV Transmission Group. *Sex Transm Dis* 2000;27:411-416.
36. Center for Disease and Control Prevention. Resurgent bacterial sexually transmitted disease among men who have sex with men: King County, Washington 1997-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999;48:733-777.
37. Transmitted disease acquisition among HIV-infected women In: Abstracts of the 35th Annual Meeting of the Infectious diseases Society of America, San Francisco Alexandria, VA. Infectious diseases Society of America, 1997, Abstracts No 546, 1998.
38. Center for Disease and Control Prevention. Prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted diseases-United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998;50 :1-80.
39. Royce R, Senna A, Cates W, et al. Sexual transmission of HIV. *N ENGL J Med* 1997;336:166-169.
40. Van de Ven P, Pringle G, Crawford J, y col. Sexual risk behavior increase and is associated with HIV optimism among HIV-negative and HIV positive gay men in Sydney over the 4 year period to February 2000. *AIDS* 2000; 14:2951-2853.
41. Wolf K, Young J, Rickenbach M, y col. Prevalence of Unsafe Sexual Behavior Among HIV-Infected individuals: The Swiss HIV Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003; 33:494-499.
42. Miller M, Meyer L, Boufassa F, y col. And the SEROCO Study Group. Sexual behavior changes and protease inhibitor therapy. *AIDS* 2000;14:F336F39.
43. Center for Disease and Control Prevention. Increase in unsafe sex and rectal gonorrhea among men who have sex with men. San Francisco, CA 1994-1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999;48:45.
44. Graham CS, Baden LR, Yu E, Mrus JM, Carnie J, Heeren T, Koziol MJ. Influence of human immunodeficiency virus infection on the course of hepatitis c virus infection: a meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2001;33:562-569.
45. Martinez E. Hepatitis B and hepatitis C co-infection in patients with HIV. *Rev. Med. Virol*. 2001; 11: 253-270.
46. Monga HK, Rodriguez-Barradas MC, Breaux K, Khattak K, Troisi CL, Vélez M, Yoffe B. Hepatitis C virus infection-related morbidity and mortality among patients with human immunodeficiency virus infection. *Clin Infect Dis* 2001; 33:240-247.
47. Sherman KE, Rousler SD, Chung RT, Rajicic N. Hepatitis C virus prevalence among patients infected with human immunodeficiency virus: a cross-sectional analysis of the US adult AIDS Clinical Trials Group. *Clin Infect Dis* 2002; 34:831-837.
48. Palefsky J, Minkoff H, Kalish L et al. Cervicovaginal human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus-1(HIV)-positive and high-risk HIV-negative women. *J Natl Cancer Inst* 1999.91:226-236.
49. Ho G, Burk R, Fleming I, Klein R. et al. Risk of genital human papillomavirus infection in women with human immunodeficiency virus-induced immunosuppression. *Int J Cancer* 1994. 56:788-792.
50. Klein RS, Ho GYF, Vermund SH, Fleming I, Burk R. Risk factors for squamous intraepithelial lesions on Pap smears in women at risk for human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis* 1994.170:1404-1409.