

167  
2ej°



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

---

---

# SIDA Y EL ODONTOPEDIATRA

TESINA

Que para obtener el titulo de  
Cirujano Dentista  
presentan:

GARCIA ALVA, MARIA DEL CARMEN  
ROJAS ARELLANO MARIA JANET

Asesor:

C.D. ROSSINA PINEDA Y GOMEZ AYALA.



MEXICO, D.F.

MAYO 1996



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SIDA Y EL ODONTOPEDIATRA

TESINA

Que para obtener el título de  
Cirujano Dentista

PRESENTAN:

GARCIA ALVA MARIA DEL CARMEN  
ROJAS ARELLANO MARIA JANET

Asesor :

C.D. ROSSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA

MEXICO D.F.

Mayo 1996

---

## **AGRADECIMIENTOS**

A todas aquellas personas que de una ú otra forma participaron para la realización de la presente Tesina.

**GRACIAS**

**CARMEN Y JANET**

**A los:**

C.D. : Rossina Pineda y Gómez Ayala

C.D.: Alejandro Gerardo Martínez Salinas

C.D.: Carolina Alvarez de la Cadena Sandoval

**A:**

**CONASIDA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

Agradecemos las facilidades otorgadas  
para el desarrollo de ésta investigación

**Esperando que esto quede como pauta a futuras generaciones.**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mi madre:**

Virginia Alba Jiménez

Con agradecimiento y cariño por el gran apoyo que me ha brindado durante mi vida y mi formación profesional

### **A mis hermanos:**

Miguel, Maribel, Martha, Alvaro y Elisa  
por su apoyo y cariño

### **A Fernando**

Por todo el apoyo y cariño que me brindo durante mi formación profesional.

### **A todos mis Familiares**

Que me demostraron su cariño y confianza apoyandome en mi formación profesional.

**MARÍA DEL CARMEN GARCÍA ALVA**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mis Padres:**

Juana Arellano de R. y Felipe Rojas Z.

Con amor y respeto les dedico ésta tesina, ya que con su apoyo y cariño me han sabido guiar, permitiéndome así llegar a realizar mi más grande ilusión.

### **Amis hermanos:**

Elia, Ismael y Elizabeth

Como muestra de cariño y agradecimiento a su apoyo y ánimo para seguir adelante

### **A Martín:**

Te doy las gracias por los consejos y apoyo que me brindaste en aquellas ocasiones que sentia ser impotente para seguir adelante.

A todas aquellas personas que creyeron en mí depositando su confianza; dedico esta tesina y sólo me resta decirles.

**GRACIAS.**

**Ma. JANET ROJAS ARELLANO**

## INDICE

### INTRODUCCION

### CAPITULO I

#### ASPECTOS GENERALES DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

1.1- Definición e historia del VIH	1
1.2- Vías de transmisión conocidas	3
1.3- Como se produce la infección del VIH	4
1.4- Qué sucede una vez que el VIH penetra en la sangre	5
1.5- Cómo puede el VIH causar enfermedades	6
1.6- Se sabe cuando se ha contraído la infección	6
1.7- Definición del SIDA	7
1.8- Situación epidemiológica del SIDA en México	8

### CAPITULO II

#### EVALUACION CLINICA DEL PACIENTE

2.1- Anamnesis (determinación del riesgo)	13
2.2- Evaluación clínica del paciente con infección por VIH	14
2.3- Examen físico	15
2.4- Pruebas de Laboratorio	15
2.5- Clasificación de la infección por VIH	19
2.6- Lesiones bucales asociadas a infección por VIH-SIDA	21

2.7-Manifestaciones bucales de la infección por VIH de etiología desconocida o controversial y trastornos neurológicos	25
--	----

### **CAPITULO III**

#### **SIDA EN PEDIATRIA**

3.1- Síndrome clínico	28
3.2- Modos de transmisión del VIH en niños	30
3.3- Transmisión del VIH en mujeres y niños vinculada al embarazo	31
3.4- Datos de laboratorio	32
3.5- Características del SIDA infantil	33
3.6- Manifestación oral del Sida infantil	34
3.7- Tratamiento	36
3.8- Recomendaciones para inmunización sistemática de infantes con VIH (vacunas)	39

### **CAPITULO IV**

#### **PREVENCION EN LA CONSULTA DENTAL**

4.1- Protección del paciente	41
4.2- Protección del Cirujano Dentista.	41
4.2.A- Uso de vestimenta protectora y técnicas de barrera para la atención del paciente infectado por VIH	43
4.2.B- Uso y cuidados de instrumentos afilados y agujas.	44
4.3- Métodos para la desinfección de alto nivel o de esterilización.	44
4.3.A- Descontaminación de superficies ambientales	45

4.3.B- Descontaminación de material de laboratorio.	45
4.3.C- Uso y cuidado de piezas de mano y unidades dentales.	45
4.3.D- Material de desecho	46
4.4- Qué hacer en caso de accidente	46
4.4.A- Quimioprofilaxia posexposición	47

## **CAPITULO V**

### **ASPECTOS SOCIALES DEL SIDA** 49

5.1- Problemas éticos de la asistencia médica a los enfermos de SIDA	50
--	----

5.2- Apoyo a los profesionales de la salud que tratan a pacientes con infección por VIH.	51
--	----

5.3- Prevalencia a la renuencia a dar tratamiento.	52
--	----

<b>RESULTADOS</b>	53
-------------------	----

<b>CONCLUSIONES</b>	56
---------------------	----

<b>GLOSARIO</b>	62
-----------------	----

<b>BIBLIOGRAFIA</b>	67
---------------------	----

## INTRODUCCION

Dentro del cuadro trágico del **SIDA**, nada hay más doloroso que los niños infectados por el virus, los seres más inocentes, indefensos y dependientes son víctimas a los que no se ha prestado suficiente atención.

El **SIDA** va acompañado de una serie de prejuicios, de actitudes sociales de estigmatización del enfermo, la situación especial de estar preparados para afrontar una nueva enfermedad hace del **SIDA** una cuestión no sólo médica y de salud pública sino un asunto social que concierne al individuo, familia y grupos específicos así como al estado; para ver al **SIDA** como un asunto de salud, no sólo de enfermedad y que atañe a la sociedad en conjunto.

A nivel mundial el número de mujeres y niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (**VIH**), está aumentando rápidamente, mientras que en muchos lugares los recursos y las instituciones que ofrecen tratamiento a las personas infectadas por el **VIH** son escasos. a ellos se suma el hecho de que el personal de salud no siempre está preparado para atender debidamente a la persona infectada por **VIH**, ni a las complicaciones de ésta infección incluida su manifestación clínica más conocida: el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (**SIDA**), a esto agregamos que existen médicos y hospitales que se niegan a aceptar y atender pacientes con **VIH-SIDA** por conceptos erróneos que únicamente se explican por ignorancia y prejuicios.

A medida que aumenta el número de infantes afectados, más médicos deberán atender a éstos y de ahí la importancia que todo facultativo que trate infantes se familiarize con el diagnóstico y los principios de tratamiento de ésta infección. Podemos decir que el SIDA en México se continúa heterosexualizando, ruralizando y que la transmisión sanguínea se encuentra bajo control. Podemos afirmar que a nivel nacional y a lo largo del tiempo, la epidemia ha presentado tres tipos de tendencia en cuanto a su magnitud:

De 1983 a 1986      el crecimiento fué lento

De 1987 a 1990      fué de tipo exponencial

A partir de 1991 ha sido un crecimiento exponencial amortiguado con una tendencia a la estabilización.

Globalmente, dentro de la cifra de bebés y niños de hasta 14 años portadores de VIH-SIDA, los bebés constituyen el mayor número; la mayoría han sido contagiados por sus madres durante el embarazo y la mayor parte del resto a través de transfusiones de sangre contaminadas. El abuso sexual, las relaciones a temprana edad y el uso de implementos para inyectarse drogas no esterilizados han contribuido también al contagio de los niños.

La finalidad de ésta tesina es darle al odontólogo un entendimiento del problema del SIDA en relación a su trabajo; aparte de dar una descripción detallada de lo que se conoce hoy en día acerca de manifestaciones bucales, aspectos epidemiológicos, formas de transmisión, modos de prevención para evitar la infección así como una información general del SIDA infantil.

Por los motivos ya expuestos los objetivos de ésta tesina son:

- El cirujano dentista deberá diagnosticar a un paciente con infección por VIH.
- Deberá ser responsable de su manejo.
- Sólo en circunstancias particulares deberá enviarse a otro centro y únicamente para su manejo, atención y no sólo para evadir la responsabilidad.
- El cirujano Dentista deberá conocer las técnicas de barrera para la atención del paciente infectado por VIH.

Para el desarrollo de ésta investigación se llevó a cabo la investigación documental.

El desarrollo de ésta tesina se divide en cinco capítulos: en el primer capítulo se dan aspectos generales del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) como: su definición, historia, vías de transmisión, y como se produce la infección del VIH y su acción dentro del organismo así como la situación epidemiológica del SIDA en México actualmente.

En el segundo capítulo tiene como tema central la evaluación clínica del paciente que incluye diferentes puntos como: anamnesis, examen físico, pruebas de laboratorio, así como las manifestaciones y lesiones bucales asociadas a la infección por VIH-SIDA.

El tema central de ésta tesina es EL SIDA EN PEDIATRIA en el cuál se desarrollan temas como: modos de transmisión del VIH en niños, características del SIDA infantil, su manifestación oral y tratamiento y algunas recomendaciones para la inmunización sistemática de infantes. Estos temas se desarrollan en el capítulo tercero.

En el cuarto capítulo veremos la prevención en la consulta dental, los aspectos generales de protección tanto del paciente como del cirujano dentista para evitar el contagio por VIH lo cuál incluye métodos para la desinfección y cuidado de instrumental así como que hacer en caso de un accidente.

En nuestro último capítulo comprende aspectos sociales del SIDA como son los problemas éticos para la atención de un paciente VIH, así como apoyo a profesionales de la salud que tratan a pacientes con infección por VIH.

Estos puntos son tratados en forma general, para dar apoyo a los cirujanos Dentistas que en su práctica profesional traten a un paciente con infección por VIH, puedan proporcionarle una atención adecuada sin riesgo para él y el paciente. Para quién quiera profundizar en estos temas puede referirse a la bibliografía existente.

---

## CAPITULO I

### ASPECTOS GENERALES DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

#### 1.1.-Definición e historia del VIH

En 1959 en Zaire, se reportó un suero positivo a la prueba de anticuerpos contra el VIH, confirmación de la misma que se mantenía congelado desde finales de los años 50s.

En 1977 un informe médico Belga refiere el caso de una secretaria originaria de Zaire de 34 años de edad, que viajó a Bélgica en 1977 para conocer la razón de sus afecciones respiratorias e intestinales persistentes. La mujer murió un año más tarde con un cuadro clínico compatible con el SIDA.

En 1978 se tuvo noticias de un caso en E.U. de un homosexual joven con Sarcoma de Kaposi, por lo que se sospechó que la causa estaba relacionada a homosexuales.

A finales de los 70s, los médicos empezaron a observar que una cantidad creciente de personas estaban presentando un modelo de enfermedad nuevo, y que se estaba propagando un nuevo tipo de infección.

En 1981, el SIDA fué reconocido como un síndrome de enfermedades y en 1983 se identificó como en VIH como el causante del mismo y fué en éste año cuando nos enteramos en México de la existencia de la nueva enfermedad.

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, almacenan su información genética en forma de ARN; posee una enzima (transcriptasa reversa) que los permite copiar su ARN a ADN, provirus se integra al ADN de las células infectadas y posteriormente es utilizado como base de la replicación viral.

Los retrovirus se caracterizan por producir infección persistente en las células a las que infectan, se producen por la capacidad que tienen éstos virus de integrar el ADN proviral a ADN de la célula huésped. Presentan una alta frecuencia de cambio, lo cual dificulta el desarrollo de una vacuna efectiva. las siglas VIH significan Virus de inmunodeficiencia Humana. El VIH afecta a todo el organismo y pueden pasar muchos años antes de que ocasionen daños graves y pueda ser fatal. El VIH no puede mantenerse vivo por sí solo o al aire libre o en el agua.

Además del VIH1 caracterizado, recientemente se ha descrito el VIH2; la similitud del VIH2 con VIH1 se da en su morfología, tropismo celular y su efecto sobre las células CD4. El VIH2 es menos virulento que el VIH1 pero también ocasiona Inmunodeficiencia y SIDA al igual que el VIH1 es neurotrópico y puede producir manifestaciones neurotóxicas; circula principalmente en Africa. El VIH2 se transmite preferentemente por vía heterosexual y hay evidencia de su existencia desde los años sesentas. Se han desarrollado pruebas de EIA para la detección simultánea de anticuerpos frente al VIH1 y VIH2.

El virus no hace distinciones de género, raza, clase social o fronteras nacionales. Debido a su forma de transmisión todos somos potencialmente vulnerables. Tanto nosotros como nuestros seres queridos corremos el riesgo de contraer o tener ya el VIH-SIDA.

### 1.2.-Vías de transmisión conocidas

Las personas infectadas pueden permanecer asintomáticas por varios años. El periodo de incubación entre la infección por el VIH y el desarrollo del SIDA, es largo variable o Mediante modelos matemáticos, se ha sugerido un periodo de incubación promedio de 8, 2 años para el sida posst-transfusional y de 7, 8 años en hombres homosexuales.

<b>VIAS DE TRANSMISION CONOCIDAS</b>	
<b>Inoculación de sangre:</b> (pinchazo)	Transfusión de sangre y productos sanguíneos, compartir agujas intravenosas entre drogadictos Exposición del personal de Salud con agujas, cortes) Inyecciones con agujas no estériles.
<b>Sexual:</b> mujer	Homosexual, entre hombres Heterosexual, de hombre a mujer y de a hombre. Entre mujeres (poco común)
<b>Perinatal:</b>	Intrauterina. Post-parto (leche materna)

**VIAS NO INVOLUCRADAS EN LA TRANSMISION**

**Contacto personal estrecho:** En el hogar, personal de salud sin exposición a sangre.

**Insectos:** Vías de contagio controvertida, no existe ningún caso documental.

**1.3.-Como se produce la infección del VIH**

Para poder infectar a alguien el VIH tiene que penetrar en el riego sanguíneo. Una vez en la sangre el VIH ataca al sistema inmunológico. El sistema inmunológico protege al cuerpo mediante la producción en la sangre de células que combaten las enfermedades. Entre esas células se encuentran las células T4; cuyo papel es identificar al intruso y autorizar a otras células a que produzcan anticuerpos para eliminarlo. Una vez en el riego sanguíneo el VIH se introduce y habita en las células T4; para reproducirse altera la estructura genética de las células en las que vive y las transforma en fábrica de virus.

Durante las primeras semanas posteriores a la infección el virus se reproduce rápidamente. A partir de entonces, los anticuerpos contra el VIH empiezan a destruirlo, reduciendolo a niveles mínimos pero no son capaces de eliminar el virus del cuerpo por completo, posiblemente por estar escondido dentro de las células T4.

Es importante protegerse contra la exposición al virus, incluso después de haber contraído la infección, ya que la exposición repetida hace que aumente la cantidad de virus en el riego sanguíneo.

#### **1.4.-Que sucede una vez que el VIH penetra en la sangre**

Una vez en la sangre, el VIH puede viajar a otras partes del cuerpo. El VIH ha sido aislado en células del tracto gastrointestinal, riñones, pulmones, médula ósea, ciertas células del cerebro, glándulas adrenales, ojos, corazón, articulaciones, hígado, piel y timo. El virus no necesariamente penetra en todos los tejidos esto explica el hecho de que algunas personas desarrollan ciertas enfermedades relacionadas con el VIH y otras personas desarrollen otras enfermedades.

En los hombres el VIH ha sido aislado en la próstata y en los testículos. En el semen del hombre infectado el virus se puede encontrar en cantidades variables hallándose en algunas ocasiones concentraciones mucho mayores que en la sangre. El VIH se ha encontrado también en los espermatozoides en los cuales es posible que se pueda reproducir.

En la mujer el VIH ha sido aislado en el tejido cervical, mucosidades cervicales y vaginales, en el revestimiento vaginal en la sangre menstrual y en la placenta.

### **1.5.-Como puede el VIH causar enfermedades**

El VIH es un virus de acción lenta, cuando los niveles de VIH son bajos, el virus puede permanecer en el cuerpo durante años causando pocos o ningún problema.

Con el transcurso del tiempo, otros organismos causantes de enfermedades penetran en el riego sanguíneo y el sistema inmunológico se ve activado. Las células T4 también se activan y las que contienen el VIH producen más VIH. Estos nuevos virus pueden invadir otras células T4; es por ésta razón que resulta tan importante que los portadores del VIH se mantengan en buena salud, y que al enfermarse obtengan rápidamente tratamiento contra esas enfermedades.

Cuando más se active el sistema inmunológico para combatir enfermedades o infecciones, más se reproducirá el VIH, al quedar menos células T4 sanas que puedan combatir las infecciones se inicia un ciclo de enfermedades vinculadas al VIH: éstas enfermedades se denominan oportunistas porque es la falla en el funcionamiento del sistema inmunológico lo que les dá la oportunidad de invadir.

### **1.6- Se sabe cuando se ha contraído la infección**

La mayoría de los portadores del VIH no son concientes de haber contraído la infección. Muchos no presentan ninguna manifestación. Los síntomas mencionados con mayor frecuencia son fiebre, inflamación glandular, irritación de garganta, salpúllido y

malestares, éstas molestias normalmente desaparecen y puede que la persona no se de cuenta de lo que le ha sucedido ya que éstos síntomas son normales en el caso de un catarro, gripe ú otra enfermedad.

Tampoco es posible avariguar de forma inmediata si se ha contraído la infección, incluso si se hace un análisis de sangre. La prueba que se utiliza actualmente para detectar la infección del VIH hace un conteo de anticuerpos presentes en la sangre contra el virus, la presencia de anticuerpos es la que indica que existe la infección.

La sangre requiere de dos a seis meses, más en algunos casos para producir suficientes anticuerpos contra el VIH como para que el análisis de sangre lo detecte. Esto es lo que se conoce como: PERIODO LATENTE durante el cuál una persona puede transmitir la infección aunque su prueba haya sido negativa.

Por lo tanto, el protegerse contra la infección es importante para todos.

### **1.7-Definición de SIDA**

SIDA significa Síndrome de InmunoDeficiencia Adquirida. Inmunodeficiencia quiere decir que existe algo que impide que el sistema inmunológico funcione correctamente. Un síndrome es un grupo de síntomas o enfermedades de origen común en éste caso VIH. Se dice que una persona tiene el SIDA si el VIH reduce el

sistema inmunológico hasta un cierto nivel y/o cuando se encuentran presentes una o más enfermedades vinculadas al VIH.

### 1.8- Situación epidemiológica del SIDA en México

Datos actualizados hasta el cuarto trimestre de 1995

Podemos afirmar a nivel nacional y a lo largo del tiempo, que la epidemia ha presentado tres tipos de tendencia en cuanto a magnitud:

- de 1983 a 1986 el crecimiento fué lento.
- de 1987 a 1990 fué de tipo exponencial

A partir de 1991 ha sido un crecimiento exponencial amortiguado con una tendencia a la estabilización.

#### Casos Nuevos de SIDA por año de notificación

##### México, 1983-1995

AÑO	CASOS	TASA DE		RAZON DE		PORCENTAJE DE CASOS
		INCIDENCIA	MASCULINIDAD	EN MUJERES		
1983	5	0.03	0.00			0
1984	6	0.08	0.00			0
1985	29	0.4	1.4	1		6.9
1986	246	3.1	30.1			3.3
1987	518	6.4	11.0	1		8.1
1988	905	10.9	6.1			13
1989	1605	19	6.1			15
1990	2587	31	5.1			16
1991	3155	37.1	5.1			15
1992	3210	37	6.1			15
1993	5057	57.2	6.1			14
1994	4112	45.6	6.1			13
1995	4310	51.1	6.1			14.2
1983-1995	25746		6.1			14

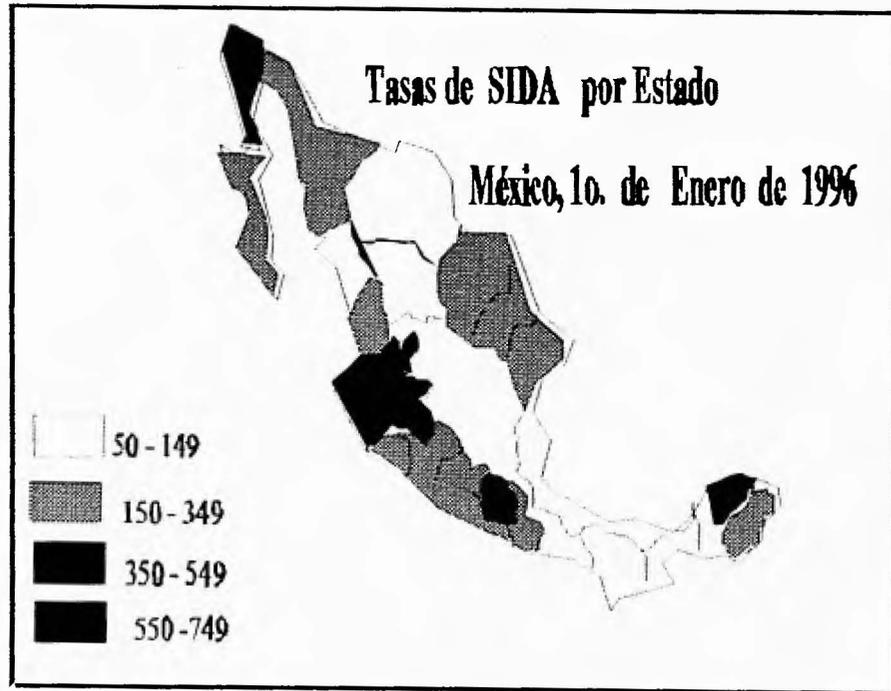
\* Tasa por 1 000 000 de habitantes

Podemos decir que el SIDA en México se continúa heterosexualizando, ruralizando y que la transmisión sanguínea se encuentra bajo control, de hecho en mujeres adultas la transmisión heterosexual corresponde actualmente a la mitad de todos los casos acumulados (50.2%)

Hasta el 1 de Enero de 1996, el registro nacional de casos de SIDA cuenta con 25,746 casos, la estimación del número real de casos notificados ocurridos del SIDA en México es de 36,790 al corregir por subnotificación y retraso en la notificación.

Durante los cuartos trimestres de 1990, 1994 y 1995 la mayor parte de los casos notificados ocurrieron en los grupos de 20 a 49 años.

La distribución geográfica del total acumulado de casos, 14,399 (56.0%) se concentran en el D.F. estado de México y Jalisco. Las mayores tasas de incidencia por millón de habitantes se encuentran en el D.F. (750); Baja California Norte (599); Jalisco (558) y Morelos con (446). Las entidades con menor incidencia son: Zacatecas (86), Chiapas (91) y Guanajuato (98).



Las entidades con mayor razón de casos por habitantes son: D.F., en donde uno de cada 1333 habitantes tiene SIDA o ha fallecido por este padecimiento.

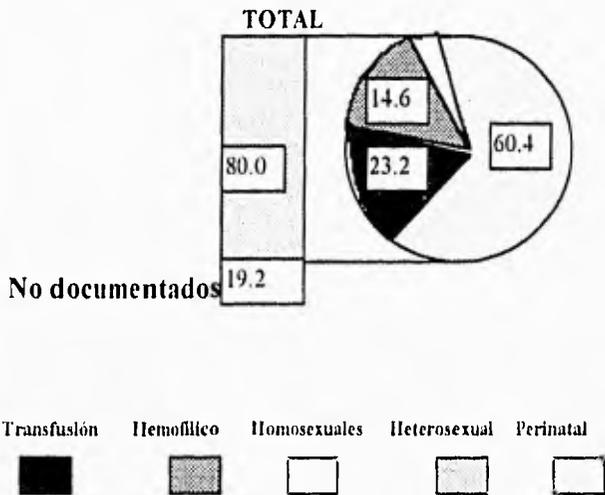
Se observa un aumento de los casos adquiridos por vía sexual que fué de 84.8% para 1990; de 91.3% para 1994, y de 94.0% para 1995, en cambio los casos por transmisión sanguínea disminuyeron de 14.1% en 1990 a 7.3% para 1994 y a 5.5% para 1995. Categorías de transmisión en niños: en los casos acumulados de SIDA pediátrico, las tendencias por factor de riesgo son las siguientes:

- Por vía sanguínea se presenta una disminución importante: 40.7% en 1990, 26.3% en 1994 y 15.9% en 1995.
- Por transmisión perinatal en cambio ha aumentado: de 56.8% en 1990 a 73.7% en 1994 y a 82.6% en 1995. Este incremento se asocia al aumento de casos de SIDA en mujeres heterosexuales.

Los casos reportados y acumulados para finales de éste trimestre en menores de 15 años son 703; 449 (63.87%) en niños y 254 (36.13%) en niñas.

De los casos pediátricos acumulados hasta el 1 de Enero de 1996 el 60.4% se transmitió por vía perinatal; el 23.2% por transfusión sanguínea; el 14.6% en hemofílicos y el 1.8% por abuso sexual.

**Porcentajes de casos acumulados de SIDA  
Pediátrico por Factor de Riesgo  
México, 1 de Enero de 1996**



---

## CAPITULO II

### EVALUACION CLINICA DEL PACIENTE

#### 2.1- Anamnesis (determinación del riesgo)

En la actualidad durante la elaboración de la historia clínica es indispensable considerar la posibilidad de que cualquier paciente se encuentre infectado por el virus de inmunodeficiencia Humana (VIH).

Debido a que la gran mayoría de los pacientes infectados se encuentran asintomático y a que el diagnóstico temprano es imposible, debemos hacer un esfuerzo interrogando los siguientes puntos:

- Historia de relaciones homosexuales o bisexuales.
- Historia de múltiples parejas.
- Historia de transfusión de sangre o sus derivados
- Historia de relaciones sexuales con personas infectadas por VIH
- Hijos menores de dos años producto de madres infectadas por VIH
- Hemofilicos
- Uso de drogas intravenosas.

Si el paciente tiene alguno de éstos antecedentes se deberá investigar la posibilidad de infección realizando búsqueda de anticuerpos anti-VIH con pruebas como:

-ELISA o - Hemotglutinación -Inmunofluorescencia o Western Bloth.

## 2.2- Evaluación clínica del paciente con infección por VIH

EVALUACION CLINICA	
<b>Antecedentes:</b>	Historia de enfermedades de transmisión sexual, alergias a medicamentos.
<b>Síntomas generales:</b>	Fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso
<b>Gastrointestinales:</b>	Disfagia, diarrea
<b>Cavidad oral:</b>	Candidiasis, gingivitis, leucoplaquiapilosa, lesiones violáceas (Sarcoma de Kaposi)
<b>Dermatologico:</b>	Herepes zoster, exantema, candidiasis ungueal.
<b>Respiratorio:</b>	Tos, disnea.
<b>Sistema nervioso:</b>	Deterioro mental (memoria, conducta, juicio, lenguaje, concentración), cefalea, convulsiones.
<b>Genitales:</b>	Ulcera crónica o recurrente, condilomas múltiples recurrentes, candidiasis vaginal recurrente.

### 2.3- Examen físico.

<b>Habitus exterior:</b>	Caquexia, variaciones recientes de peso corporal, estatura y frecuencia respiratoria.
<b>Regiones ganglionares:</b>	Examinar alteración
<b>Inspeccionar cavidad oral:</b>	Candidiasis oral, leucoplaquia pilosa, retracción gingival, úlceras orales (herpes simplex).
<b>Examen detallado de la piel:</b>	Dermatitis, foliculitis, resequeidad y descamación fina, herpes simplex, varicela zoster, sarcoma de kaposi e infecciones por hongos.
<b>Examen del ojo:</b>	Agudeza visual y fundoscopia.
<b>Examen de torax:</b>	Auscultar y practicar radiografía.
<b>Examen neurológico:</b>	Examen mental, marcha, datos de focalización, signos meníngeos.

### 2.4- Pruebas de laboratorio

Existen diferentes técnicas de laboratorio para detectar la presencia de infección por VIH en un individuo. La mayoría de ellos se agrupan en dos grupos básicos:

- 1.- Directo: El cual permite identificar al virus, por sus antígenos, su material genético o su aislamiento y caracterización.
- 2.- Indirecto por la detección de anticuerpos anti-VIH en el suero, plasma o líquidos cefaloraquídeo. Estos estudios si la persona ha sido infectada por el VIH y no se diagnostican el SIDA, cuyo diagnóstico se basa en la sintomatología del paciente.

### Prueba de Elisa o (EIA)

Existen distintas pruebas de laboratorio para detectar anticuerpos anti-VIH en la sangre del paciente. La mayoría de ellas se basa en un tipo de estudios denominado ELISA o EIA que significa, Estudio Inmunoenzimático. Las pruebas de ELISA consisten en una serie de reacciones entre el antígeno viral y el anticuerpo del paciente, cuyo producto final proporciona una reacción con color. Es positivo cuando se obtiene un nivel de color similar o mayor a uno preestablecido como positivo.

Originalmente los primeros formatos de la técnica de ELISA contenían un antígeno viral poco purificado. A estos reactivos se les denominó de primera generación y presentaban un alto número de resultados falsos positivos (Individuos no infectados por el VIH, pero en quienes la prueba resulta positiva). Posteriormente se desarrollaron los reactivos de la segunda generación obteniendo anti genos virales por medio de ingeniería genética los cuales mejoran en forma muy considerable la calidad del diagnóstico.

La técnica de ELISA es rápida (habitualmente los resultados se obtienen antes de tres horas), económica y permite estudiar un gran número de muestras. Se requieren 3 mm de sangre sin anticoagulante y no es necesario que el paciente este en ayunas, pero debe abstenerse antes del estudio de ingerir una comida copiosa o que contenga grasa.

El individuo que posee anticuerpos contra el VIH se denomina seropositivo y el que no los posee seronegativo. El tiempo que toma para que un individuo se vuelva seropositivo a partir del contagio es de dos a doce semanas, pudiendo tardar hasta seis o doce meses. Este lapso se conoce como “ventana”, y su importancia radica en que el estudio practicado durante este momento resulta negativo. El momento en que el individuo se vuelve seropositivo se conoce como “seroconversión”.

Así como la técnica ELISA puede dar falsos positivos (2 a 11% según el fabricante), también puede dar resultados falsos negativos (de 0 a 15% así mismo según el fabricante).

Los falsos positivos pueden presentarse en pacientes politransfundidos, pacientes con cirrosis, pacientes con trastornos autoinmunes, mujeres con embarazos múltiples y otros. Los falsos negativos pueden deberse a que el estudio se practicó antes que el individuo produzca anticuerpos (en la etapa de ventana) a defecto de reactivo o a error técnico.

### Pruebas confirmatorias

El proposito de estas pruebas confirmatorias es el diferenciar los falsos positivos de los verdaderamente infectados por el VIH. En el momento actual se cuenta con diversas pruebas confirmatorias:

- Inmonofluorescencia indirecta (IFA)
- Western-blot (WB)
- Radioinmunoanálisis (RIA)
- Radioinmunoprecipitación (RIPA)
- Cultivo del VIH y otras

Las más ampliamente utilizadas son las dos primeras: IFA y WB. La prueba WB proporciona un perfil de anticuerpos presentes en la muestra de sangre estudiada, por ello se le considera en indicador más confiable. Actualmente, con el objeto de estandarizar la interpretación, se aceptan los siguientes criterios:

- “Resultado positivo”: Presencia de bandas de anticuerpos contra las proteínas virales (antígenos) codificados por los tres genes principales. (gag, pol y env).

- “Resultado negativo”: Ausencia de bandas.

- “Resultado sospechoso”: Presencia de bandas de anticuerpos contra los antígenos virales codificados por uno o dos genes principales o contra otros antígenos no virales. Con fines de diagnóstico deberá someterse a otra prueba confirmatoria o repetir el estudio semanas más tarde.

La prueba WB puede dar resultados falsos positivos por las mismas razones que la técnica de ELISA (autoinmunidad, etc.), también puede deberse a títulos bajos de anticuerpos o a defecto en la calidad del reactivo.

### Otras pruebas confirmatorias

Existen otros métodos confirmatorios menos empleados por ser poco prácticos además que requieren equipo costoso (microscopio de inmunofluorescencia para la técnica de IFA, equipo de medicina nuclear para la técnica de RIA etc.).

Debe recordarse que una prueba confirmatoria positiva sólo indica que el individuo a estado expuesto al VIH y no establece diagnóstico de SIDA.

## **2.5-Clasificación de la infección por VIH**

### GRUPO I: INFECCION AGUDA

El virus entra en el organismo y se producen síntomas como: Gripe, fiebre, dolor de cabeza, flujo nasal, malestar general por siete días más o menos. Todo esto desaparece con o sin tratamiento CD4= normales.

### GRUPO II: INFECCION ASINTOMATICA

No detectaron nivel de antígenos pero si de anticuerpos, la duración va de 2 a 7 años. Los linfocitos están normales (CD4). El

sistema inmunológico se encuentra normal o íntegro. Se pueden encontrar en algunos casos dermatitis seborreica.

### GRUPO III: LINFOADENOPATIA GENERALIZADA

Esta es persistente, las cadenas ganglionares (axiales, cervicales, etc) se inflaman y no se va a quitar, siempre están palpables se pueden presentar infecciones oportunistas.

### GRUPO IV: = SIDA

#### a) SINDROME DE DESGASTE

Enfermedad constitucional diarrea son causa aparente de más de tres evacuaciones al día por más de un mes, debilidad importante pérdida de peso del 10% al 15%.

#### b) SINDROME NEUROLOGICO

Parestesias, parálisis de nervios, hemiplejía, encefalopatías.

#### c) INFECCIONES OPURTUNISTAS

Neumonía por *Peumocystis Carini*, Meningitis, infección por Cytomegalovirus, Candidiasis, Hepatitis y Tuberculosis entre otras.

#### d) NEOPLASIAS

Neoplasias secundarias como el Sarcoma de Kaposi (en piel y mucosas), linfomas, leucemia, carcinoma epidermoide, linfoma no-Hodkin.

**2.6- Lesiones bucales asociadas a infección por VIH****POR HONGOS**

- 1.- Candidiasis oral
- 2.- Pseudomembranosa
- 3.- Eritematosa
- 4.- Hiperplásica
- 5.- Nodular
- 6.- Queilitis angular

**POR BACTERIAS**

- 1.- G.U.N.A.
- 2.- Periodontitis progresiva
- 3.- Mycobacterium
- 4.- Klebsella
- 5.- Enterobacterium
- 6.- Periodontitis Apical

**POR VIRUS**

- 1.- Estomatitis Herpética
- 2.- Leucoplaquia Velloso
- 3.- Herpes Zoster oral
- 4.- Papiloma Virus
- 5.- Verruga Vulgar
- 6.- Condyloma acuminado

**NEOPLASIAS**

- 1.- Sarcoma de Kaposi
- 2.- Linfoma no Hodkin
- 3.- Carcinoma epidermoide oral.

Desde el inicio de la epidemia de SIDA y de la infección por VIH, las lesiones bucales se reconocen como elementos que se destacan de dicha patología.

Algunas de ellas reflejan de presión de la función inmunitaria y se expresa en forma de alteraciones oportunistas de la boca, que

son a menudo, las manifestaciones más tempranas de la infección por VIH.

### CANDIDIASIS

En la actualidad se demostró que la candidiasis bucal como la leucoplasia vellosa predicen el desarrollo de SIDA en pacientes infectados con VIH, independientemente de células CD4.

La candidiasis pseudomembranosa se presenta en cualquier superficie de la mucosa bucal y toma la forma de placas blanquecinas estas placas son muy pequeñas: de 1 a 2 mm, o extensas o diseminadas . Si se desprenden dejan al descubierto una mucosa eritematosa y aún sangrante.

La forma atrófica se observa como placas rojas y planas en el paladar blando o duro, en la mucosa bucal o en la superficie dorsal de la lengua; tales lesiones son insignificantes y pasan desapercibidas.

La leucoplasia mononiliasica suele presentarse en la mucosa de la boca, en la lengua o en el paladar duro y se confunde con leucoplasia vellosa, para distinguirla se recurre al frotis, al estudio histopatológico y a la respuesta terapéutica.

La quelitis angular, consecutiva a infección por Candida, produce eritema, grietas y fisuras en la comisura de la boca.

La candidiasis bucal que se asocia a infección por VIH suele responder a los antimicóticos tópicos, como la nistatina vaginal en

tabletas, en dosis de 100,000 unidades tres veces al día, disueltas en la boca en forma lenta, durante 1 ó 2 semanas o tratamiento de mantenimiento debido a las frecuentes recaídas.

### GINGIVITIS Y PERIODONTITIS

En la infección por VIH también es posible detectar formas poco frecuentes de gingivitis y de enfermedad periodontal. La enfermedad periodontal ocurre en aproximadamente 30 a 50% de los pacientes con SIDA clínico. Pero raras veces se observa en individuos asintomáticos positivos de VIH. El padecimiento periodontal se asemeja en algunos aspectos a la gingivitis ulcerativa necrosante aguda (GUNA) que se agrega a periodontitis de rápido progreso, existe en algunos casos halitosis hay necrosis en la punta de las pupilas interdentes y formación de úlceras crateriformes a diferencia de la GUNA estos pacientes cursan con hemorragia espontánea e intenso, dolor que se ubica en capas profundas que no cede a los analgésicos.

El régimen terapéutico incluye desbridación y raspado completo seguidos por la aplicación de una combinación de antisépticos tópicos, entre los que resaltan la irrigación con yodopovidona después enjuagues bucales de clorhexidina, que a veces se suplementa con un curso de cuatro a cinco días de antibiótico como metronidazol, 250 mg cuatro veces al día.

### HERPES SIMPLE

Esta infección se presenta en forma de lesiones periódicas intrabucuales con brotes de pequeñas y dolorosas vesículas que se ulceran. En pacientes con antecedentes de brotes prolongados (más de 10 días) de esta virosis se recomienda aciclovir tan pronto como aparecen los síntomas. Una cápsula de 200 mg cinco veces al día, suele ser una dosis efectiva.

### HERPES ZOSTER

Se observaron varicela como herpes zóster que se asocia con infección por VIH, en zoster bucofacial las vesículas y úlceras siguen la distribución de una o más ramas del nervio trigémino en un lado de la cara. Los síntomas prodrómicos incluyen dolor en uno o más dientes sanos. El aciclovir oral en dosis de hasta 4 g diarios es útil en los casos más graves.

### LINFOMA

Las lesiones en la boca son una característica común del linfoma que se asocia con VIH. Datos de engrosamiento alveolar mal definido o discretas masas bucales en personas seropositivas al VIH demuestran por biopsia, deberse a un linfoma no-Hodgkin.

### CARCINOMA

Las lesiones de la boca de este son especialmente en la lengua se reportaron casos graves de carcinoma bucal de células escamosas de jóvenes homosexuales, no está claro si dichas lesiones tienen relación alguna con la infección por VIH.

### **2.7- Manifestaciones bucales de la infección por VIH de etiología desconocida ó controversial y trastornos neurológicos.**

#### ULCERACION AFTOSA Y RECURRENTE (AFTAS)

Las aftas son ulceraciones de la mucosa bucal libre (no adherida) característicamente cubiertas de membrana blancuzcas y tejido necrótico y rodeadas de un halo eritematoso. Etiología de las Aftas bucales es reacción de hipersensibilidad, las aftas son de dos tipos

- a) Aftas menores
- b) Aftas mayores

La hipersensibilidad celular en contra del estreptococo Alfa Hemolítico de la mucosa bucal parece ser características de las Aftas recurrentes.

Un aparente aumento de la frecuencia de las Aftas menores se ha visto en los grupos de riesgo de SIDA, frecuentemente el paciente va a reportar a ataques recurrentes de Aftas, luego de 10 años o más libres de ésta condición.

### PURPURA TROMBOCITOPENICA

Transtorno hemorrágico caracterizado por disminución del número de plaquetas, es una manifestación de la infección por VIH. En la cavidad bucal se observa en forma de equimosis y petequias palatinas.

Enrojecimiento del borde de las encías: en algunos pacientes con SIDA se ha observado un enrojecimiento gingival en forma festoneada siguiendo los bordes de la encía a veces sangrante.

### APIDERMOLISIS TOXICA

Variante del Eritema multiforme caracterizado por necrosis difusa cubierta de escaras de las superficies cutáneas y mucosas, produciéndose una situación clínica análoga a una quemadura de tercer grado, se observa en SIDA pediátrico y también se ve en adulto.

### LENTA CICATRIZACION DE HERIDAS BUCALES

Se ha visto lenta cicatrización de las exodoncias y de las osteotomías de los pacientes VIH positivos.

### TRASTORNOS DEL DESARROLLO O EMBRIOPATIAS

Se han observado trastornos de desarrollo del macizo facial y cavidad bucal en niños con SIDA perinatal.

AGRANDAMIENTO DE LAS PAROTIDAS Y XEROSTOMIA

En pacientes seropositivos hay inflamación uni o bilateral de las glándulas parótidas. La xerostomia puede reflejarse a una infección de la glándula salival con el Citomegalovirus, el cual se encuentra comúnmente en pacientes con VIH.

MANIFESTACIONES BUCALES DE DESORDENES NEUROLOGICOS EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH.

NEUROPATIAS TRIGEMINALES

Se reporto un caso que involucraba al nervio mentoniano con odontalgia y anestesia en un paciente positivo al VIH.

PARALISIS FACIAL.

Se han reportado casos de parálisis facial en pacientes como parte de la infección del VIH.

## CAPITULO III

### SIDA EN PEDIATRIA

En infantes, el SIDA plantea muchos problemas especiales para el paciente, la familia y los médicos que intervienen en su atención así como para la sociedad. A medida que aumenta el número de pacientes infectados, más médicos deberán atender a éstos y de ahí la importancia que todo facultativo que trate infantes se familiarice con el diagnóstico y los principios del tratamiento de esta infección.

#### 3.1- Síndrome clínico

Los lactantes infectados con VIH en forma normal son asintomáticos al nacer; aunque el surgimiento de los síntomas es variable. La edad grave promedio en que surge la inmunodeficiencia grave varía de cinco a diez meses, en donde 50 a 90% de los lactantes ya está enfermo para su primer cumpleaños; son mínimos los lactantes infectados de manera vertical que permanecen asintomáticos más allá del tercer año de vida.

Los principales signos y síntomas de infección pediátrica por VIH se enumeran en el siguiente cuadro. Es importante señalar que la candidiasis oral o dermatitis por cándida son frecuentes en infantes infectados con VIH, pero también muchos normales. La falta de

crecimiento es otra manifestación muy frecuente de infección por VIH.

### SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES DEL SIDA EN PEDIATRIA

Falta de desarrollo	Afección neurológica
Diarrea	Retardo en el desarrollo
Otitis media frecuente	Pérdida de los logros en el desarrollo
Otras infecciones pediátricas comunes frecuentes	Demencia
Infecciones invasoras o diseminada	Encefalopatía
Candidiasis bucal	Microcefalea congénita o adquirida.
Infecciones oportunistas	Linfoadenopatía
Neumonía intersticial linfocítica	Hepatosplenomegalia
Enfermedades de la piel (candida y seborrea)	Cardiomiopatía
Crecimiento de parótidas	Lesiones eczematoides crónicas

Todos los órganos del cuerpo están sujetos a infección por VIH la cuál puede volverse manifiesta desde el punto de vista clínico. Se describen cardiomiopatía, hepatitis, pancreatitis, trombocitopenia y anemia hemolítica.

Las infecciones oportunistas ocurren en infantes lo mismo que en adultos. La neumonía por *Pneumocystis Carini* es la más

frecuente de éstas y se presenta en 50% de los infantes con SIDA. En éstos se describió la mayor parte de las demás infecciones oportunistas, sobre todo por *Mycobacterium Avium Intracellulare*, por *Cándida* y muchas otras.

El crecimiento de Parótidas es una manifestación singular en la infancia. La sobrevida mediana, tras establecer el diagnóstico de SIDA mediante los criterios de los CDC, es de nueve meses, los infantes a quienes se les diagnostica en el primer año de vida tienen un tiempo de sobrevida todavía más breve.

### **3.2- Modos de transmisión del VIH en niños**

**Se considera que los niños en las siguientes categorías tienen “el riesgo” de adquirir la infección por VIH:**

- 1.- Niños nacidos de madres positivas a anticuerpo VIH
- 2.- Niños nacidos de quienes usan drogas intravenosas o niños que las utilizan.
- 3.- Hemofílicos y niños nacidos de hemofílicos
- 4.- Niños nativos o que vivieron en África, Medio Oriente, E.U. Americanos o el Caribe.
- 5.- Niños que han recibido transfusiones de sangre, en especial en el periodo neonatal.
- 6.- Niños que estuvieron expuestos a abuso sexual por personas portadoras del VIH.
- 7.- Adolescentes con relaciones sexuales tempranas.

### **3.3- Transmisión del VIH en mujeres y niños vinculadas al embarazo**

La transmisión del VIH vinculada al embarazo puede ocurrir cuando una mujer está intentando concebir un hijo, durante el embarazo, posiblemente al amamantar o en el parto, y por medio de la inseminación artificial donde los donantes del semen eran portadores del VIH.

Se cree aunque no ha sido demostrado, que el contagio puede ocurrir durante el parto, posiblemente cuando la sangre materna e infantil se mezclan a través del cordón umbilical, debido a la ingestión de mucosidad vaginal y/o sangre por parte del bebé.

En las modalidades del parto en una mujer seropositiva, no está justificada la cesárea sistemática. En trombopenias graves (plaquetas inferiores a  $50 \times 10^9/l$ ), si está autorizada la cesárea como método de seguridad en los demás casos, debe recurrirse a la vía baja, las indicaciones de las episiotomías y de las extracciones instrumentales son las habituales. La incidencia de complicaciones sistémicas obstétricas no es superior a la observada en serie de mujeres sanas.

Todos los recién nacidos de madres seropositivas son seropositivos cuando nacen, con una persistencia a la seropositividad que puede superar el decimo quinto mes de vida. Entre el 25% al

40% desarrollan el SIDA 50% de ellos fallecen como máximo a los dos años de haber aparecido los primeros signos de la enfermedad.

La infección a través de la leche materna tendría que ocurrir a través de los tejidos bucales o gastrointestinales del bebé. La presencia de llagas o heridas o otro tipo de infección en la boca o en la garganta del bebé podría contribuir a que esto resulte más factible.

### **3.4- Datos de laboratorio**

El diagnóstico de SIDA se establece por los datos clínicos, pero depende mucho de la confirmación con los estudios de laboratorio los infantes con infección por VIH tienen afección temprana e importante de las células B; esto se manifiesta por hipergammaglobulinemia policlonal y por una respuesta de anticuerpo deficiente a antígenos específicos.

La participación de las células T es una de las principales características de esta infección y el mejor medio de seguir el proceso de la enfermedad es cuantificar las células CD4 (el cual de manera normal es mayor en lactantes).

También se encuentran otras anomalías en las mediciones de la función inmunitaria y de la función orgánica.

**PRINCIPALES DATOS DE LABORATORIO EN INFECCIONES EN PEDIATRIA POR VIH**

Anticuerpos anti-VIH (confirmado por la prueba de Western Blot ó inmunovaloración).

Aislamiento viral

Reaccion de cadena de polimeraza

Hipergammaglobulina policlonal.

Recuento de celulas CD4 y relacion CD4 CD8 invertida

Pérdida de la inmunidad mediada por celulas (anergia)

Deficiente respuesta de anticuerpo al estimulo antigenico

Datos en el LCR positivos (pleocitosis, proteinas elevadas)

IgA contra VIH

Trombocitopenia

Leucopenia

Prueba de Coombs Positiva para anemia

**3.5- Características del SIDA infantil**

En la actualidad se distinguen dos formas de presentación de la infección por VIH en el niño:

1.- Una forma de inicio precoz, en la que las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad aparecen ya en los primeros meses de vida (entre los 4 y 8 meses de vida) con encefalopatía, neumonía por *P. Carinii*, síndrome caquéctico e infecciones bacterianas recidivantes. El periodo de incubación es

corto, siendo la edad media de diagnóstico de SIDA los doce meses. La tasa de supervivencia de este grupo de pacientes es baja, y fallecen en su mayoría antes de los tres años.

2.- Un segundo patrón de la enfermedad tiene un curso lentamente progresivo, con inicio de la sintomatología tardía y cuyas manifestaciones clínicas destaca la neumonía intersticial linfoide, proceso linfoproliferativo (Linfoadenopatías, hepatosplenomegalia e hipertrofia parotidea), e infecciones bacterianas. el período de incubación es más prolongado en éste grupo, siendo la edad media de diagnóstico del SIDA a los tres años.

La infección por VIH en el niño tiene un curso rápidamente progresivo en relación al adulto con un corto período de incubación. La inmadurez del sistema inmunitario del recién nacido y lactante sin duda desempeña un importante papel. Dado que se trata de una infección prenatal en la mayoría de los casos.

### **3.6- Manifestación oral del SIDA infantil**

La forma más común de transmisión del VIH a los niños es por el contagio prenatal a partir de una madre infectada. Un porcentaje menor corresponde a transfundidos y algunos pocos casos a causa de violaciones.

Se han descrito manifestaciones orales en éstos niños y son básicamente similares a las que presentan los adultos pero su

incidencia y evolución y pronóstico aún no están bien establecidos, sin embargo, es bien conocido el hecho de que septicemias a partir de focos orales (gangrenas pulmonares) pueden comprometer la vida de éstos pacientes.

#### INFECCIONES POR HONGOS

La forma más común de éste tipo de infecciones es la candidiasis oral, sobretodo en recién nacidos en todas sus variedades.

#### INFECCIONES BACTERIANAS

Se han descrito gingivitis VIH y periodontitis VIH asociadas a la primera dentición. Es característica en la lesión eritematosa del margen gingival de la encía en la gingivitis y puede progresar rápidamente a la periodontitis. También se han descrito gingivitis agudas ulceronecroticas..

#### INFECCIONES VIRALES

La infección más común es la gingivoestomatitis herpética primaria, provocada por el virus Herpes Simplex, con manifestaciones orales y sistémicas. Las lesiones bucales empiezan como vesículas que se rompen y se ulceran, localizándose en la encía, caras internas de las mejillas y el borde bermellón de labio.

El Herpes Zoster provoca úlceras orales acompañadas de las lesiones de la piel características de ésta enfermedad, es decir unilaterales y muy dolorosas.

La leucoplasia pilosa se ha descrito, pero no como un hallazgo frecuente.

### NEOPLASIAS

Las neoplasias se presentan frecuentemente en adultos infectados, pero al parecer éste hecho no es muy común en niños, ya que no se han descrito ni sarcomas de Kaposi, ni carcinomas espinocelulares.

### GLANDULAS SALIVALES

El compromiso de éstos órganos parece ser mucho más común en niños que en adultos enfermos, sobre todo el aumento de volumen de las parótidas ya sea uni o bilateral, acompañada de dolor y fiebre pudiendo persistir por mucho tiempo. Se acompaña de linfadenopatía generalizada.

### ETIOLOGIA INDEFINIDA

Ulceraciones aftosas y lesiones orales asociadas con trombocitopenia parecen no ser frecuentes en niños.

## **3.7- Tratamiento**

Debe ser interdisciplinario; estos infantes tiene problemas sociales y emocionales de extraordinaria complejidad, además de sus problemas médicos. Muchos tienen madres que fallecieron, se encuentran enfermas o imposibilitadas a causa de enfermedades o fármacodependencia. Muchos requieren atención en una casa de crianza.

Los médicos no pueden ni deben tratar de atender a éstos infantes sin un equipo apropiado. Muchos de ellos son pobres y el acceso a la atención constituye un problema.

Los infantes infectados con VIH requieren atención primaria diligentes. Los síntomas menores son signos de infecciones graves, incluso letales.

La tos es la primera manifestación de enfermedad pulmonar grave. La nutrición es importante; debe hacerse todo lo posible por proporcionar calorías y proteínas adecuadas.

#### **Tratamiento del infante con infección por VIH**

- Acceso a la atención
- Supervisión de salud continua
- Tratamiento energético de infecciones pediátricas comunes
- Tratamiento radical y temprano de infecciones oportunistas
- Inmunización
- Atención a la ingestión calórica
- Provisión de oportunidad para desarrollo social y emocional
- Prevención de neumonía por *Pneumocystis Carinii*  
(Tratamiento profiláctico)
- Prevención de infecciones comunes  
(inmunoglobulina por vía IV)
- Tratamiento antirretroviral.

Después del nacimiento, el niño permanecerá con su madre pero está absolutamente prohibida la lactancia materna, aunque continúe siendo hipotético el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche.

Aún cuando puede haber un riesgo teórico (se ha demostrado el VIH en las lágrimas, la orina, las heces y la saliva), no existe en la actualidad ningún dato que abogue por una transmisión horizontal del VIH.

Los niños pueden llevar una vida normal en el seno familiar, a condición de que se apliquen escrupulosamente normas elementales de higiene, especialmente en casos de niños que no controlen sus secreciones, muerdan o presenten heridas abiertas.

No está prohibida la integración en la colectividad de los niños infectados por el VIH ( guarderías, escuelas). aun cuando debe subrayarse que en éstos niños aumenta el riesgo de contagio de infecciones virales, las cuáles dada su inmunosupresión puede tener consecuencias dramáticas.

El uso de medicamentos antivirales como la Zidovudina, antiguamente llamada por sus iniciales A.Z.T. tiene su cuando y su porqué, aunque el momento preciso, aún no se ha encontrado, es importante señalar que ningún tratamiento será efectivo sin el apoyo emocional que se dé a los niños y a sus padres. La presentación de Zidovudina en jarabe deberá ser indicada exclusivamente por un médico especialista en enfermedades infecciosas y de preferencia

pediatra el medicamento como cualquier otro también puede tener efectos indeseables como son: anemia y la baja de glóbulos blancos. así es que se debe disminuir la dosis o suspender el tratamiento por un tiempo o definitivamente.

Los medicamentos que se deben evitar cuando se administra Zidovudina son: aspirina, acetaminofén, fenitoina etc.

Además de Zidovudina se están estudiando otros fármacos antirretrovirales de uso pediátrico, entre ellos: Didesoxilinosina (ddi), ya que ha sido aprobada por la administración de alimentos y medicamentos. (FDA) de E.U.. Didesoxicitosina (ddc).

CD4 recombinante.

CD4-Ig e IG hiperinmune IV(IGiv).

Se está estudiando también el uso de agentes antirretrovirales (particularmente AZT) en recién nacidos y mujeres embarazadas con el fin de interrumpir la infección perinatal de VIH.

### **3.8- Recomendaciones para la inmunización sistemática de infantes con VIH (VACUNAS)**

Está contraindicada la administración a éstos niños de vacunas con determinados virus vivos (BCG, Fiebre Amarilla, Poli bebible) pero se recomiendan de forma tajante que sean vacunados con vacunas de agentes muertos (Difteria, Tétanos, Tosferina, Polio inyectable (SALK)).

También es relevante la inmunización oportuna de: Parotiditis, Sarampión y Rubeola(MMR) y vacuna que se aconseja contra Haemophilus Influenzae tipo B (HBCV).

<b>Recomendaciones para inmunización sistémica de infantes con VIH</b>	
<i>VACUNA</i>	<i>EDAD</i>
Difteria, Pertusis, Tétanos(DPT)	Esquema sistemático
Vacuna de la polio con virus inactivados(VPI)	Esquema sistemático
Sarampión, Paperas, Rubeola, con virus vivos atenuados (SPR)	15 meses
H. Influenzae conjugado (PRP-D) vacuna que se conjuga con Haemophilus. Influenzae Tipo B(HBCV).	2 meses
Vacuna con Polisacárido neumocótico	24 meses
Vacuna de la Influenza	6 meses

---

## CAPITULO IV

### PREVENCIÓN EN LA CONSULTA DENTAL

#### 4.1- Protección del paciente

Esta garantizada mediante el uso de material aséptico para cada paciente: desechable cuando sea posible o esterilizado con calor o desinfectado con productos químicos.

El VIH se inactiva:

- Con la desinfección entre uno y otro paciente de instrumentos termo sensibles no esterilizables con calor o que se usan muchas veces a lo largo del día (porta amalgama, bruñidor, etc.), para la infección se utilizaran toallitas desechables empañadas con soluciones antisépticas apropiadas, también se desinfecta el material antes de tirarlo.
- Esterilización de todos los instrumentos metálicos, ya que no esterilizarlos correctamente constituyen un riesgo de transmisión.

#### 4.2- Protección del Cirujano Dentista

La principal recomendación precautoria es no dejar nunca expuesto al aire libre un instrumento contaminado:

- Prevención de riesgos de pinchazos
- La mejor protección contra los pinchazos, es utilizar guantes y tener mucho cuidado con los instrumentos punzo-cortantes.

Anestesia por una parte existe riesgo del pinchazo cuando se coloca la protección de la aguja y por otra, es necesario mantener la jeringuilla y la aguja desprotegidas durante la maniobra, apartada de los demás instrumentos.

Endodoncia: La manipulación de los instrumentos de endodoncia expone al Cirujano Dentista a pinchazos tanto más frecuente y peligrosos cuanto que: los instrumentos para canales se utilizan exclusivamente con los dedos, en un medio extremadamente séptico, con hemorragias apicales al realizar un pulimiento de los canales, en una biopulpectomía, la hemorragia a veces supera ampliamente el ámbito de los canales.

-Prevención del riesgo de heridas en el curso de algunos actos de tipo quirúrgico.

La cirugía paradóntica, el desincrustamiento o limpieza dental, extracciones etc., producen hemorragias y ensucian los instrumentos de sangre; por lo que es necesario:

- Utilizar guantes estériles desechables para tocar las mucosas y las lesiones.
- Utilizar mascarilla y gafas para evitar proyecciones.

- Prevención de heridas de las manos, aún cuando el uso de guantes garantiza una proyección eficaz, también es indispensable:

- Prescribir al empleo de cepillos para uñas.
- Usar jabones suaves, si es posible de recipientes distribuidores.
- Lavarse las manos con agua fría.

#### **4.2.A- Uso de vestimenta protectora y técnicas de barrera para la atención del paciente infectado por VIH.**

- 1.- El personal odontológico debe usar guantes cuando toca instrumentos con sangre, fluidos corporales, secreciones o superficies contaminadas y lesiones bucales.
- 2.- Debe usarse máscara quirúrgica (tapa boca), lentes de protección o máscara plástica hasta el mentón cuando se trabaja con saliva sangre y fluidos corporales.
- 3.- Es necesario el uso de gorros desechables, batas de laboratorio o uniformes cuando la vestimenta pueda mancharse con sangre u otros fluidos corporales.
- 4.- Debe usarse papel plástico o de aluminio para cubrir superficies por ejemplo manilla de lámparas o cabezales de RX que puedan contaminarse con sangre o saliva y que son difíciles de desinfectar.
- 5.- Todos los procedimientos y manipulación de material potencialmente infectados debe hacerse cuidadosamente para minimizar la formación de gotas, manchas y aerosoles. Siempre que sea posible debe usarse dique de hule cuando se trabaje con alta velocidad.

#### **4.2.B- Uso y cuidados de instrumentos afilados y agujas**

Objetos afilados (agujas, bisturí, e instrumentos afilados que se concideran potencialmente infectados y deben manejarse con mucho cuidado para prevenir traumas accidentales.

Para prevenir los pinchazos, las agujas no deben ser tapadas, dobladas o rotas, tapar una aguja puede aumentar el riesgo de un pinchazo cuando se requieren inyecciones multiples en el mismo paciente se recomienda colocar la aguja sin tapa en un campo esteril más que tapar la aguja.

#### **4.3- Metodos para la desinfección de alto nivel ó de esterilización**

Antes de la desinfección los instrumentos deben lavarse para remover los restos esto puede ser con detergentes o con el uso de aparatos mecánicos, limpiados ultrasónico.

Los instrumentos dentales metálicos y estables al calor deben esterilizarse entre uso y uso con vapor a presión (autoclave). Los instrumentos sensibles al calor pueden requerir hasta 10 horas de exposición de un agente líquido químico seguido por un baño de agua estéril.

#### **4.3.A- Descontaminación de superficies ambientales**

Al completar los procedimientos, las superficies que pudieron haberse contaminado con saliva o sangre deben limpiarse con papel absorbente de hipoclorito de sodio, en una concentración de 5.000 ppm.

#### **4.3.B- Descontaminación de materiales de laboratorio**

La sangre y saliva deben ser cuidadosamente limpiados de los materiales que han sido usados en la boca especialmente antes de tallar o pulir aparatos intrabucales. Deben lavarse y desinfectarse antes de mandarlos al laboratorio dental y cuando regresa del laboratorio, incluyendo cuando se coloca en la boca del paciente.

#### **4.3.C- Uso y cuidado de pieza de mano y unidades dentales**

La pieza de mano debe ser irrigada y luego desinfectada, limpiada o frotada con un detergente para eliminar el material adherido posteriormente limpiada con material absorbente saturado de un germicida químico, que sea desinfectante, cualquier residuo químico debe eliminarse. Es prudente para las piezas de mano enfriadas con agua dejarlas correr y descargarlas en un contenedor de 20 a 30 segundos esto se hace para dejar salir el material que dado o aspirado en la pieza de mano o en la línea de agua.

#### 4.3.D- Material de desecho

Las agujas y los bisturios deben ser colocados en contenedores resistentes a la punción antes de desecharlos, la sangre, los fluidos succionados y otros líquidos de desecho deben ser vertidos en una tubería conectada a un sistema de desagüe sanitario; otros desechos sólidos contaminados con sangre y otros fluidos corporales deben colocarse en bolsas selladas antes de su desecho.

#### 4.4- Que hacer en caso de accidente

Si ha ocurrido una herida punzo cortante con sangre infectada por VIH o líquidos de alto riesgo o potencialmente infectantes, el Cirujano Dentista deberá observar las siguientes medidas:

- Suspender inmediatamente la actividad
- Exprimir la herida para que sangre
- Lavar con agua abundante y jabón
- Acudir de inmediato al servicio responsable, para que se tomen muestras para detección de VIH.

Considerese la posibilidad de iniciar Zidovudina (AZT) profiláctica. En caso de duda se hace evaluación médica y apoyo psicológico.

#### **4.4.A- Quimioprofilaxia post-exposición.**

Desde que la Zidovudina se autorizó como agente que disminuye la infección por VIH en personas con enfermedad avanzada se incremento el interés en la quimioprofilaxia postexposición en los trabajadores de la salud que resulten expuestos de una manera ocupacional. De modo teórico, cuando la Zidovudina u otros nucleótidos análogos se administraron de manera temprana después de la exposición pudieron evitar la infección de VIH al prevenir también la réplica del virus en las células blanco iniciales.

La protección es más aparente cuando el tratamiento se inicia dentro de las 24 hrs. después de la exposición; la quimioprofilaxia con Zidovudina no es 100% efectiva, pero su valor en situaciones más comunes aún se desconoce.

En la actualidad progresan los esfuerzos conjuntos para evaluar la seguridad de la profilaxia con Zidovudina por investigadores de la National Institutes of Health (NIH) y del San Francisco.

La dosis y la duración óptimas de la profilaxia aún no se establece pero gran parte de los protocolos utilizan de 1 a 1½ g/día durante 2 a 6 semanas. El tratamiento a mujeres embarazadas a

---

personas que no practican la anticoncepción efectiva no se debe aconsejar. El control muy cercano de trastornos hematológicos hepáticos renales y neurológicos es indispensable, es una estrategia sin demostrarse para evitar la infección por VIH en trabajadores de la salud hasta que la eficacia y toxicidad de cualquier otro agente se determinen de manera específica.

Profilaxia con Zidovudina: 200 mg/4hrs. por tres días después, durante 25 días.

De manera ideal el tratamiento se inicia una hora después de la exposición.

---

## CAPITULO V

### ASPECTOS SOCIALES DEL SIDA

En las primeras etapas de la epidemia, los CDC declararon: “que los infantes con SIDA se benefician al asistir con normalidad a clases y no plantean riesgo en sus compañeros”.

La realidad es que pocos infantes con infección transmitida en forma vertical viven lo suficiente como para asistir a la escuela aquellos cuya infección se transmite a través de los productos sanguíneos, incluyen pequeños de todas las edades, pero cada vez es menor su número.

Los adolescentes que huyen de sus hogares y que viven en la calle y a menudo subsisten al involucrarse en la prostitución, tienen muy alto riesgo para adquirir infección por VIH. Estos adolescentes tienen pocos sistemas de apoyo, por lo general son desertoras de la escuela y rompieron sus lazos familiares. Es necesario planear la atención para este tipo de adolescente, algunas de las cuáles desarrollan SIDA de manera inevitable.

El aspecto decisivo para prevenir la diseminación de la transmisión de VIH es la educación, al tratar los aspectos de los infantes cabe hacer hincapié en que la educación debe iniciarse durante la infancia, es nuestra obligación ver que las comunidades en las cuales vivimos y ejercemos contemplemos la educación de los jóvenes en la planeación para atacar al SIDA.

### 5.1- Problemas éticos de la asistencia médica a los enfermos de SIDA

El SIDA es una enfermedad y por tanto un problema sanitario, es una enfermedad más "moral" o "social", que "natural"; por eso se "discriminan" socialmente a la población:

- a) A afectado fundamentalmente a marginados (homosexuales, drogadictos)
- b) Incidiendo sobre los grupos sociales (matrimonio, familia etc.) más desestructurados o conflictivos.

Una enfermedad de ésas características necesita un tratamiento médico, pero sobre todo, una transformación de los hábitos sociales.

En su relación con los pacientes infectados por el VIH, el sistema sanitario debe tomar una actitud básicamente colaborada y educativa, no autoritaria. Salvo casos de excepción no debe obligarse a los pacientes a la prueba del VIH, y tampoco debe obligarse a los sanitarios a la asistencia de estos enfermos.

Los equipos voluntarios que trabajan con este tipo de pacientes deben tener razones positivas (religiosas, morales, humanitarias, etc.) para ocuparse de ellos, recibir una formación especializada.

## **5.2- Apoyo a profesionales de la salud que tratan a pacientes con infección por VIH**

En 1981, en San Francisco y Nueva York, médicos y enfermeras técnicas de laboratorio y nutriólogos discutieron la nueva enfermedad y especularon acerca de la transmisibilidad.

La consternación acerca del riesgo que se asocia con el tratamiento de pacientes infectados con VIH aumentó en el verano de 1987 cuando los Centers for Disease Control describieron tres casos en los cuales, al parecer, el virus se transmitió a profesionales de la salud por exposición de la piel y membranas mucosas. Varios cirujanos anunciaron que no realizarían intervenciones quirúrgicas a pacientes infectados por VIH, de manera independiente de las consecuencias para el paciente.

En abril de 1990, un artículo de New York Times con título "Muchos médicos rehuyen a la guerra contra el SIDA", después de 9 años de la epidemia del SIDA, aún gran parte de los médicos rehusan a tomar parte en la lucha para tratar de controlar ésta mortal enfermedad, el informe de agosto de 1990 de la aparente transmisión de VIH por un odontólogo con infección a uno o más de sus pacientes hizo sugerir nuevos temas acerca de los profesionales de la salud la posibilidad de la prueba de VIH obligatoria y restricción del ejercicio profesional.

### 5.3- Prevalencia a la renuencia a dar tratamiento.

Son demasiadas las descripciones anecdóticas de profesionales de la salud que rehusan atender pacientes con infección por VIH, se sugiere que del 33 al 65% de los médicos es renuente a tratar pacientes infectados con VIH y en odontólogos es de 75%.

Todos los médicos deben tener una actitud abierta de acogida y consejo de éstos pacientes, y deben cumplir con el punto 3 de la "Declaración de Madrid" de la Asociación Médica Mundial, que dice:

"Los médicos reciben la formación requerida para hacerse consejeros eficaces sobre el tema, a fin de que los pacientes reconozcan actitudes eficaces que permitan evitar los riesgos de la enfermedad para sí mismo y para los demás".

Con respecto a los pacientes seropositivos, los médicos deben ser capaces de aconsejarles eficazmente:

- Actitud reponsable para evitar contagiar la enfermedad
- Medidas para proteger la propia salud
- Necesidad de hacer saber a sus parejas pasadas o presentes, que pueden ser portadores del virus del SIDA.

## RESULTADOS

1.- Podemos afirmar que a nivel nacional y a lo largo del tiempo, la epidemia ha presentado tres tipos de tendencia en cuanto a su magnitud:

- De 1983 el crecimiento fue lento.
- De 1987 fué de tipo exponencial.
- A partir de 1991 ha sido un crecimiento exponencial amortiguado con una tendencia a la estabilización.

Podemos decir que el SIDA en México se continúa heterosexualizando, ruralizando y que la transmisión sanguínea se encuentra bajo control.

La situación del SIDA en México hasta el 31 de Enero de 1996 es el siguiente		
Total de casos acumulados.....		<u>25,947</u>
Casos en el año.....		<u>201</u>
Casos estimados corrigiendo retraso y subregistro.....		<u>37,077</u>
Tasa <u>30.8</u> por 100,000 habitantes		
Casos vivos.....	<u>9,337</u>	<u>36.0%</u>
Casos fallecidos.....	<u>14,745</u>	<u>56.8%</u>
Casos con evolución desconocida.....	<u>1,865</u>	<u>7.2%</u>
Hombres.....	<u>21,825</u>	<u>84.1%</u>
Mujeres .....	<u>3,418</u>	<u>13.2%</u>
Niños (menores de 15 años).....	<u>704</u>	<u>2.7%</u>

De los casos pediátricos acumulados hasta el 1 de enero de 1996, el 60.4% se transmitió por vía perinatal; el 23.2% por transmisión sanguínea; el 14.6% en hemofílicos y el 1.8% por abuso sexual.

Las entidades con mayores tasas de incidencia por millón de habitantes son : El Estado de México, Jalisco y el Distrito Federal éste último presenta de cada 1,333 habitantes 1 tiene SIDA o ha fallecido por éste padecimiento.

2.- El gran número de casos de SIDA en México y en el D.F. está aumentando, y por ello a medida que el número de infantes afectados aumenta más médicos deberán atender a éste por eso es importante hacer un buen diagnóstico del paciente a través de la anamnesis, evaluación clínica y física y pruebas de laboratorios para dar una atención adecuada.

3.- Se cree aunque no ha sido demostrado, que el contagio puede ocurrir durante el parto, posiblemente cuando la sangre materna e infantil se mezclan a través del cordón umbilical, debido a la ingestión de mucosidad vaginal y/o sangre por parte del bebé.

Como método de seguridad está autorizada la cesárea. De todos los recién nacidos de madres seropositivas; el 50% de ellos fallecen, como máximo a los dos años de haber aparecido los primeros signos de la enfermedad.

4.- El tratamiento debe ser interdisciplinario; éstos infantes tienen problemas sociales y emocionales de extraordinaria complejidad, además de sus problemas médicos. Muchos tienen madres que fallecieron, se encuentran enfermas o imposibilitadas a causa de enfermedades o farmacodependencia. Muchos requieren atención en una casa de crianza. Muchos de los niños infectados son pobres y el acceso a la atención constituye un problema.

Está contraindicada la administración a éstos niños de vacunas con determinados virus vivos (BCG, Fiebre Amarilla, Polio bebible), pero se recomienda de forma tajante que sean vacunados con agentes muertos (Difteria, Tétanos, Tosferina, Polio inyectable).

5.- Si ha ocurrido una herida punzocortante, con sangre infectada por VIH ó líquidos de alto riesgo:

- Suspender inmediatamente la actividad
- Lavar y exprimir la herida con jabón y agua abundante
- Acudir a la muestra para detección del VIH, se considera la posibilidad de iniciar Zidovudina (Retrovir, AZT) profiláctica, de manera ideal, el tratamiento se inicia de una hora después de la exposición.

---

## CONCLUSIONES

1.- El VIH pertenece a la familia de los retrovirus, almacenan su información genética en forma de ARN, poseen una enzima (transcriptasa reversa) que les permite copiar su ARN, a ADN provirus se integra al ADN de las células infectadas y posteriormente es utilizado como base de la replicación viral. Presentan una alta frecuencia de cambio, lo cuál dificulta el desarrollo de una vacuna efectiva, el VIH tiene al menos dos variantes principales VIH-1 y VIH2, para poder infectar a alguien el VIH tiene que penetrar en el riego sanguíneo, atacando el sistema inmunológico.

2.- Las vías de transmisión conocidas

- Coito sin protección, tanto vaginal como anal
  - La sangre o productos hemoderivados infectados recibidos en una transfusión o inyección. Los implementos utilizados para la inyección de drogas que contengan sangre infectada.
- Embarazo y posiblemente el parto.

No compartir objetos potencialmente infectados con sangre, objetos punzocortantes de uso personal como: rastrillos, cortauñas etc.

Las madres infectadas por VIH no deberán amamantar a su hijo de preferencia utilizar sustitutos de leche materna.

3.- SIDA significa: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Se dice que una persona tiene el SIDA, si el VIH reduce el sistema inmunológico hasta un cierto nivel y/o cuando se encuentran presentes una o más enfermedades vinculadas al VIH.

4.- Para poder detectar a un paciente con infección por VIH en el consultorio dental es necesario lo siguiente:

Anamnesis detallada y completa.

Evaluación clínica del paciente.

Exámen físico.

En caso de duda confirmar con pruebas de laboratorio.

5.- Las lesiones bucales asociadas a infección por VIH-SIDA son:

.-Candidiasis

.-Queilitis Angular

.-Herpes simple y Zoster

.-Carcinoma

.-Leucoplasia Monolítica

.-Gingivitis y Periodontitis

.-Linfoma

6.- Manifestaciones bucales de la infección por VIH de etiología desconocida o controversial y transtornos neurológicos son:

.-Ulceración aftosa y recurrente.

.- Epidermis tóxica

- Agrandamiento de las Parótidas.
- Xerostomias Parálisis Facial.
- Purpura Trombocitopénica.
- Lenta cicatrización de heridas bucales.
- Neuropatías trigeminales.

7.-Se considera que los niños en las siguientes categorías tienen el riesgo de adquirir la infección por VIH:

- Niños nacidos de madres positivas a anticuerpos VIH.
- Niños nacidos de quienes usan drogas ultravenosas o niños que las utilizan.
- Hemofílicos o niños nacidos de Hemofílicos.
- Niños nativos o que vivieran en Africa, Medio Oriente, E.U.A o el Caribe.
- Niños que han recibido transfusiones de sangre en especial en el periodo neonatal.
- Niños infectados por abuso sexual.
- Adolescentes con relaciones sexuales tempranas.

8.- Las características del SIDA infantil son:

- Infecciones repetidas, en especial diarrea, algodoncillo, vías respiratorias superiores y oídos.
- Tumefacción generalizada de ganglios linfáticos.
- Falta de desarrollo.
- Retraso para alcanzar aspectos esenciales del desarrollo.

9.-Transmisión del VIH en mujeres y niños vinculadas al embarazo puede ocurrir cuando la mujer está intentando concebir un hijo, durante el embarazo, posiblemente al amamantar o en el parto y por medio de la inseminación artificial donde los donantes de semen son portadores de VIH, se cree aunque no ha sido demostrado, que el contagio puede ocurrir durante el parto, por ello está autorizada la cesarea como método de seguridad. La infección a través de la leche materna tendría que ocurrir a través de los tejidos bucales o gastrointestinales del bebé, la presencia de llagas o heridas u otro tipo de infección en la boca o garganta del bebé podría contribuir a que esto resulte más factible.

10.- La manifestación oral del SIDA infantil son básicamente similares a las que presentan los adultos, pero su incidencia, evolución y pronóstico aún no están bien establecidos, sin embargo es bien conocido el hecho de que septicemias a partir de focos orales (gangrenas pulmonares) pueden comprometer la vida de estos pacientes estos pueden ser:

- Infecciones por hongos.
- Infecciones virales.
- Infección en glándulas salivales.
- Infecciones bacterianas.
- Neoplasias.
- Otras lesiones de etiología indefinida.

11 - El tratamiento debe ser interdisciplinario; éstos infantes tienen problemas sociales y emocionales de extraordinaria complejidad además de sus problemas médicos. La nutrición es importante debe hacerse todo lo posible por proporcionar calorías y proteínas adecuadas, supervisión de salud continua, tratamiento energético de infecciones pediátricas comunes, tratamiento radical y temprano de infecciones oportunistas, inmunización, atención con inmunoglobulina por vía intravenosa, tratamiento antirretroviral.

12.- Los odontólogos, sus auxiliares y su equipamiento están particularmente expuestos a la contaminación por éste tipo de enfermedad, puesto que permanentemente tienen contacto con sangre y fluidos corporales al trabajar en un territorio anatómico donde la población microbiológica es de gran magnitud. Por otra parte la existencia de portadores crónicos asintomáticos (individuos que no presentan la enfermedad, pero que poseen el virus), complica toda la situación y obliga a que el cumplimiento de las precauciones se aplique a todo paciente, considerándolo potencialmente infectado e infectante para ello es necesario:

.-Elaborar un historia clínica completa.

.-Utilizar métodos de barrera como: Guantes, cubrebocas, bata, dique de hule, protección de superficies ambientales.

.-Prevención de contaminación cruzada: minimizar aerosoles, gotas y salpicaduras, lavado de mano, esterilización y desinfección del instrumental, manejo adecuado de material punzocortante, lavado y

desinfección de pieza de mano (aire, agua,) y cavitron, descontaminación de áreas de trabajo, manejo adecuado de material de desecho.

13.- El SIDA es una enfermedad y por tanto un problema sanitario, es una enfermedad más “moral” o “social” que “natural”. Por eso se “discrimina” socialmente a la población: Afectando fundamentalmente a:

- .-Marginados (homosexuales, drogadictos).
- .-Inciendiando sobre los grupos sociales (matrimonio, familia, etc.) más desestructurados o conflictivos.

Una enfermedad de esa característica necesita un tratamiento médico, pero sobre todo una transformación de los hábitos sociales.

Los médicos deben ser capaces de aconsejarles eficazmente sobre:

- .-Actitud responsable para evitar contagiar la enfermedad.
- .-Medidas para proteger la propia salud.
- .-Necesidad de hacer saber a sus parejas, pasadas o presentes, que pueden ser portadores del virus del SIDA.

El aspecto decisivo para prevenir la diseminación de la transmisión de VIH es la educación, al tratar los aspectos de los infantes cabe hacer hincapié en que la educación debe iniciarse durante la infancia, es nuestra obligación ver que las comunidades en las cuáles vivimos y ejercemos contengan la educación de los jóvenes en la planeación para atacar el SIDA.

---

## GLOSARIO

- Asintomático:** Que no muestra síntomas o que no los causa.
- Anticuerpo:** Molécula de inmunoglobulina que tiene una solución específica de aminoácidos por virtud de lo cual reacciona únicamente con el antígeno que produjo sus síntesis en las células de la serie linfoide (especialmente células plasmáticas) o con antígeno íntimamente relacionado.
- Atenuados:** Acción y efecto de atenuar, debilitar, adelgazar, disminuye la virulencia del virus para el huésped.
- Caquexia:** Estado profundo e intenso de un trastorno constitucional, mala salud en general y mal nutrición
- Cardiomiopatía:** Término diagnóstico general que designa enfermedad miocárdica primaria a menudo de etiología desconocida.
- Cefalea:** Nombre por el cual se designa todos los dolores de cabeza, sea cual fuere su naturaleza.
- Cefalopatía:** Cualquier enfermedad de la cabeza.
- Convulsión:** Contracciones involuntarias e instantáneas que determinan movimientos localizados en uno o varios grupos de músculos o generalizados por todo el cuerpo.

- 
- Demencia: Pérdida orgánica de las funciones intelectuales.
- Dermatitis: Inflamación de la piel.
- Diagnostico: Arte de diferenciar una enfermedad de otra. Es el análisis de características anatómicas, funcionales y patológicas de un sujeto para precisar su estado de salud o enfermedad.
- Diarrea: Evacuaciones demasiado frecuentes de heces líquidas.
- Disfagia: Dificultad para tragar.
- Disnea: Respiración difícil o dolorosa.
- Epidemia: Enfermedad de mortabilidad alta que solo se presenta de cuando en cuando en una comunidad humana.
- Epidemiologia: Estudio de las relaciones de los diversos factores que rigen la frecuencia y la distribución de enfermedades en una comunidad humana.
- Episiotomia: Incisión quirúrgica del peritoneo y la vagina con fines obstétricos.
- Etica: Es una ciencia racional, normativa y práctica que estudia la bondad y maldad de los actos humanos.
- Foliculitis: Inflamación de un folículo o de muchos suele emplearse

- Hemaglutinación: Aglutinación de eritrocitos que puede ser causada por anticuerpos.
- Hemiplajia: Parálisis de un lado del cuerpo.
- Hemofilia: Diatesis hemorrágica hereditaria que depende de deficiencia del factor VIII de la coagulación se caracteriza por hemorragia subcutaneas e intramusculares espontáneas, o traumáticas hemorragias de boca, lengua, encías, etc.
- Hepatitis: Inflamación del hígado.
- Hepatoesplenomegalia: Agrandamiento simultanea del hígado y el brazo.
- Infección: Invación y multiplicación de microorganismos en los tejidos corporales que pueden ser clinicamente inadvertido o causar lesión celular local por metabolismo competitivo creación antígeno anticuerpo.
- Inmunización: Proceso cuya finalidad es hacer inmune a un individuo o adquirir una misma inmunidad.
- Inmunofluorecencia: Método para precisar el sitio de antígeno (o anticuerpos) en los tejidos valiendose del cuadro de fluorecencia resultante.
- Inmunoglobulina: Proteína de origen animal dotada de actividad conocida de anticuerpo, y sintetizada por los linfocitos y las células plasmáticas.

- Leucopenia:** Reducción del número de leucocitos de la sangre, con una cuenta de 5.000 por mm<sup>3</sup> o menos.
- Linfocitos:** Leucocito mononuclear de 7 a 20 u de diámetro con núcleo que se tiñe profundamente, contiene cromatina densa y citoplasma que adopta una coloración azul pálida.
- Microcefalia:** Pequeñez anormal de la cabeza que suele acompañarse de retardo mental.
- Neumonía:** Inflamación de los pulmones con consolidación del tejido pulmonar.
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*:** Neumonía intersticial de células plasmáticas.
- Otitis media frecuente:** Inflamación del oído medio.
- Pancreatitis:** Inflamación aguda o crónica del páncreas puede ser sintomática o asintomática, pancreático causado por auto ingestión del jugo del tejido pancreático por sus propias enzimas.
- Parestesia:** Sensación mórbida o pervertida, sensación anormal, como ardor, punciones, hormigueo.
- Profilaxia:** Prevención de las enfermedades, tratamiento preventivo.
- Quimioprofilaxia:** Uso de agentes quimioterápicos para impedir la aparición de una enfermedad específica.

- Retrovirus: Grupo extenso de virus RNA que incluye leucovirus y lentivirus.
- Salpullido: Denominación vulgar para una erupción cutánea.
- Seropositivo: Es la demostración de anticuerpos frente a las proteínas virales.
- Signos: Indicación de la existencia de algo, cualquier prueba objetiva de una enfermedad.
- Síndrome: Conjunto de signos y síntomas de enfermedades de origen común.
- Síntoma: Cualquier prueba subjetiva de enfermedad o del estado de un paciente.
- Tos: Espulsión súbita y ruidosa de aire de los pulmones producido para mantener las vías aéreas pulmonares libres de sustancias externas.
- Transmisión: Transferencia de una enfermedad o impulso neural; con municación de las cualidades hereditarias a los descendientes.
- Trombocitopenia: Disminución del número de plaquetas sanguíneas.
- Virus: Cada uno de los miembros de un grupo de minúsculos agentes infecciosos, se duplican sólo dentro de células huésped vivas.
- Xerostomía: Sequedad de la boca por falta de secreción normal de saliva.

---

**BIBLIOGRAFIA**

## ACTUALIDADES MEDICO-ODONTOLÓGICAS

EL SIDA en la cavidad bucal

Editorial: Latinoamericana

Pags: 116

## BERER MARGE CON SUANDA RAY

La mujer y el VIH/SIDA

Publicado en inglés en 1993. Inglaterra

Pags: 384

## CONSEJO GEBERAL DE MEDICINA UNIVERSITARIA

Bioética Volumén 3

Federal TIABI

BRASIL, BRASILIA

## CASSUTO J.P. A. PESCE J.F. QUARANTA

Manual del SIDA e infección por VIH

Editorial: Masson

Año: 1991. Pags: 240

## CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DEL SIDA (CONASIDA)

El odontólogo frente al SIDA

Primera edición: 1989, Pags: 102

---

DATOS ACTUALIZADOS HASTA EL CUARTO TRIMESTRE DE 1995

Situación epidemiológica del SIDA en México

SIDA ETS/1995: Vol: 1 No: 3

Pags: 50

FARTHING CHARLES F., M-B, CHB, MRCP, FRACP

AcLOUR atlas of AIDS

and HIV Disease

Second Edition 1988

No Pagas. 115

G. DANIELS VICTOR

SIDA Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Editorial: El manual moderno S.A. de C.V.

México D.F.

Año: 1988 segunda edición, Pags: 245

GATELL ARTIGAS JOSEP M.

Guía práctica del SIDA clínica, diagnóstico y Tratamiento.

Editorial científicas y técnicas S.A. Salvat. Masson

segunda edición, Pags: 350

GREENSPAN DEBORAH, GREENSPAN JOHNS, J. PINDHORG JENS

Actualidades médico odontológicas

Editorial: Latinoamericana

Primera edición 1990

GREENSPAN DEBORAH, GREENSPAN JOHNS

JUENS U. PINDBORG, MORTEN SOHIODT

EL SIDA en la cavidad bucal

Edición 1990

IMSS, ISSSTE, SALUBRIDAD, CONASIDA

Guía para la atención médica de pacientes con infección

por VIH/SIDA en consulta externa y hospitalaria.

K. WEISMANN/C. S. PETERSEN/J. SONDERGAARD/

Signos Cutaneos en el SIDA

Editores: DOYNA

Dinámica 1988

No. Pags. 171

LOBOS JAIMES FREYRE NELSON

SIDA y Odontología

Ediciones: Avances médicos-dentales S.L.

Impreso en España., Pags: 280

SEPULVEDA AMOR JAIME

SIDA ciencia y sociedad en México

Edición: 1989 Primera

No. pags: 507

VOLBERDÍN SANDE

Manejo médico del SIDA

Editorial: Interamericana MC graw-hill

Pgs: 541