



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



**“PROTOCOLO PARA LA ELABORACIÓN DEL
DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO
ESTOMATOLÓGICO DEL PACIENTE CON VIH-SIDA
EN EL CONSULTORIO DENTAL”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

YURITZI QUISAY HUERTOS VALENCIA

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. JOSEFINA MORALES VÁZQUEZ

MEXICO D.F

MAYO DEL 2010



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
MARCO TEÓRICO	5
• EPIDEMIOLOGÍA	
• ANTECEDENTES	
• DEFINICIÓN	
• VIAS DE TRANSMISIÓN	
• MANIFESTACIONES CLÍNICAS GENERALES	
• AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	
• FASES	
• CLASIFICACIONES DE LA INFECCIÓN VIH-SIDA	
• MANIFESTACIONES BUCALES	
○ INFECCIONES MICÓTICAS	
○ INFECCIONES BACTERIANAS	
○ INFECCIONES VIRALES	
○ NEOPLASIAS	
○ OTRAS LESIONES	
• ENFERMEDADES OPORTUNISTAS	
○ TUBERCULOSIS	
○ INFECCIÓN POR CYTOMEGALOVIRUS	
• TRATAMIENTO	
OBJETIVOS	31
○ GENERAL	
○ ESPECÍFICOS	
DISEÑO METODOLÓGICO	32
○ TIPO DE ESTUDIO	
○ RECURSOS	
PROTOCOLO	33
CONCLUSIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

**“PROTOCOLO PARA LA
ELABORACIÓN DEL
DIAGNÓSTICO Y PLAN DE
TRATAMIENTO
ESTOMATOLÓGICO DEL
PACIENTE CON VIH-SIDA EN EL
CONSULTORIO DENTAL”**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

POR DARMÉ LA OPORTUNIDAD DE DISFRUTAR DE LA VIDA Y DE LAS PERSONAS QUE AMO. PORQUE ME AYUDO LAS VECES QUE SE LO PEDÍ Y MÁS CUANDO VIVÍA EN ESA OSCURIDAD DE LA CUAL NO PODÍA SALIR Y QUE GRACIAS A ÉL ME DIO LAS FUERZAS PARA SEGUIR ADELANTE Y DEJAR TODO EN EL PASADO COMO UNA GRAN EXPERIENCIA DE MI VIDA.....ME GUIO, ME DIO LA INTELIGENCIA, LA PACIENCIA, LA FE Y LAS GANAS DE SEGUIRME SUPERANDO, PORQUE SIN SU AYUDA MIS LOGROS NO SE HABRÍAN CONCRETADO. PORQUE SIN EL NADA ES POSIBLE " GRACIAS "

A MI MADRE

UNA META MÁS EN MI VIDA SE HA CUMPLIDO... MIL PALABRAS NO BASTARÍAN PARA AGRADECERTE TU APOYO Y TU COMPRENSIÓN EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES DE MI VIDA, GRACIAS POR HABER FOMENTADO EN MÍ EL DESEO DE SUPERACIÓN Y EL ANHELO DE TRIUNFO EN LA VIDA, POR COMPARTIR MIS PENAS Y MIS ALEGRÍAS, MIS PEQUEÑAS VICTORIAS Y DOLOROSOS FRACASOS, SIEMPRE RECIBIENDO DE TI LA PALABRA DE ALIENTO QUE ME DIO LA FUERZA PARA SEGUIR LUCHANDO. HOY, QUE ME HE CONVERTIDO EN PROFESIONISTA, ME DISPONGO A CONQUISTAR NUEVAS METAS Y A LOGRAR MI REALIZACIÓN PERSONAL. A TI DEBO ESTE LOGRO, Y CONTIGO LO COMPARTO. " TE AMO "

A MI HERMANA

POR LA PACIENCIA QUE SIEMPRE ME TUVISTE, POR SER LA PERSONA QUE MAS QUIERO EN LA VIDA, POR SER LA MEJOR AMIGA Y MI EJEMPLO A SEGUIR....POR TOMARME DE LA MANO PARA HACER EL CAMBIO, POR TUS REGAÑOS, TUS CONSEJOS, POR TU GRAN CAPACIDAD DE DARLO TODO SIN ESPERAR NADA A CAMBIO, PORQUE SÉ QUE PARA MI ERES MI ÁNGEL QUE SIEMPRE ME CUIDARA; PORQUE JUNTAS VAMOS A COMER NOS EL MUNDO ENTERO..... POR SIEMPRE MI BIBI.

A MIS AMIGOS

POR PERMITIRME CONOCERLOS Y SER PARTE DE SU VIDA, PORQUE GRACIAS A ELLOS SÉ LO QUE ES LA AMISTAD VERDADERA, VALOR IMPORTANTE EN MI VIDA, POR ACONSEJARME, REGAÑARME, COMPARTIR RISAS Y LLANTOS EN TODO ESTE TIEMPO. POR AYUDARME Y ESTAR CONMIGO A LO LARGO DE LA CARRERA, Y AUN DESPUÉS...

A MI DIRECTORA

DEBO AGRADECER DE MANERA ESPECIAL Y SINCERA A LA MTRA. JOSEFINA MORALES VÁZQUEZ POR ACEPTARME PARA REALIZAR ESTA TESIS BAJO SU DIRECCIÓN, SU APOYO Y CONFIANZA EN MI TRABAJO Y SU CAPACIDAD PARA GUIAR MIS IDEAS, HA SIDO UN APOORTE INVÁLUALE, NO SOLAMENTE EN EL DESARROLLO DE ESTA TESIS, SINO TAMBIÉN EN MI FORMACIÓN PERSONAL. LAS IDEAS PROPIAS, SIEMPRE ENMARCADAS EN SU ORIENTACIÓN Y RIGUROSIDAD, HAN SIDO LA CLAVE DEL BUEN TRABAJO QUE HEMOS REALIZADO JUNTAS, EL CUAL NO SE PUEDE CONCEBIR SIN SU SIEMPRE OPORTUNA PARTICIPACIÓN..... POR COMPARTIR SU CONOCIMIENTO CONMIGO E INSPIRAR EN MI MUCHA ADMIRACIÓN.

AL CD. J. JESÚS REGALADO AYÁLA

POR AYUDARME A LO LARGO DE LA TESIS DESINTERESADAMENTE Y ACOMPAÑARME EN ESTE CAMINO QUE HOY CULMINA EN EL PRESENTE PROYECTO Y BRINDARME SU AMISTAD INCONDICIONAL.

AGRADEZCO A LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA POR DARMER LA OPORTUNIDAD DE FORMARME DENTRO DE SUS INSTALACIONES DE SER ORGULLOSAMENTE UNAM Y LLEVAR EN ALTO EL NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD.

AGRADEZCO A MIS SINODALES POR SUS VALIOSAS APORTACIONES PARA MEJORAR MI TRABAJO: C.D. YOLANDA GÓMEZ GUTIÉRREZ, C.D. AURORA CALLEJAS SAN PEDRO, DRA. MA. TERESA DE JESÚS ZARAGOZA MENESES, C.M.F. ALFREDO CALDERÓN DURAN.



INTRODUCCIÓN

La aparición de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) han hecho un impacto en la humanidad. Después de transcurrido un cuarto de siglo, el VIH se ha convertido en el causante de una de las epidemias más destructivas que haya sufrido la humanidad. A la fecha, más de 65 millones de personas se han infectado con el VIH y más de 25 millones de personas han muerto desde que la enfermedad fue inicialmente reconocida en 1981, aun cuando se ha alcanzado progreso para diferenciar sus características y mecanismo de infección, no se ha descubierto un tratamiento eficaz para curar la enfermedad, por lo que resulta importante que el Estomatólogo domine a su nivel de profesionalidad la patogenia, la evolución, las manifestaciones bucales tempranas y las medidas de control y prevención del SIDA.

El SIDA no es una enfermedad, sino la etapa final de la infección por VIH, caracterizada por un conjunto de enfermedades potencialmente fatales.

El VIH-SIDA siendo su característica principal la depresión del Sistema Inmunológico presenta signos y síntomas, alteraciones o enfermedades que pueden variar entre cada paciente; entre las enfermedades que puede presentar un paciente con VIH podemos mencionar las siguientes: Sarcoma de Kaposi, Linfoma no-Hodgkin, Ulceración Atípica, Citomegalovirus, Varicela-Zoster, Papiloma Humano. Y en relación a cabeza y cuello se pueden mencionar las siguientes: Candidiasis, Leucoplasia Pilosa, Enfermedad Periodontal, Sarcoma de Kaposi, Ulceración Atípica, Herpes Simple, Alteraciones de las Glándulas Salivales, por mencionar algunas.

A partir de 1983 se instrumentan un grupo de medidas con el propósito de disminuir los riesgos de la enfermedad y conocer precozmente la presencia de casos de SIDA en el país. En 1986 se puso en ejecución el Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA, pero, a pesar de ello, siguió el incremento de casos con VIH-SIDA.

El nivel de los conocimientos actuales sobre la naturaleza y evolución de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la limitación de la terapéutica conocida, la lucha contra esta pandemia que azota a la humanidad marcha por dos vertientes:

- 1) La educación a toda la población, para evitar el contagio.
- 2) El conocimiento adecuado por el personal de la salud.



Desde los primeros momentos de la aparición de la pandemia comenzaron las comunicaciones de hallazgos estomatológicos y mientras más se desarrollaba la enfermedad, aparecían más manifestaciones en el complejo bucal, muchas de ellas no sólo definitorias, sino también de gran valor predictivo.

Ha sido destacado que la cavidad bucal es el primer sitio que refleja la infección por el VIH y en consecuencia Pindborg afirma que el estomatólogo tiene que enfrentar un gran desafío: detectar, en estadios tempranos de la enfermedad, las lesiones bucales y poder indicar que un paciente determinado está infectado por el VIH.

Dentro de nuestro perfil ocupacional se encuentra la prevención y contribución al diagnóstico precoz de enfermedades bucales, así como manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas. En este contexto el estomatólogo debe estar capacitado y así permitirle ser protagonista por derecho y deber propios de las acciones de salud que enfrentan el desafío que ha lanzado el SIDA a la medicina. Lo que es obvio, es que el SIDA y los trastornos relacionados con el mismo permanecerán con nosotros por siempre, y si no es así, hasta que se descubra cura para esta enfermedad.

Por tal motivo, resulta importante la realización de este trabajo de investigación biblio-hemerográfica para lograr así la realización de un protocolo de acuerdo a los lineamientos de: CONASIDA (México), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Costa Rica, El Salvador, Chile), Comisión Nacional del Sida, entre otros para el diagnóstico y tratamiento estomatológico del paciente con VIH-SIDA en el consultorio dental, con el objetivo de orientar al estomatólogo de práctica general a la atención integral del paciente con VIH-SIDA.



JUSTIFICACIÓN

Para describir la relación de VIH-SIDA/Salud Bucal, es necesario mencionar que hoy en día de acuerdo a la revisión documental realizada, la población portadora del Virus del VIH está aumentando día a día. Los primeros informes de la aparición de este síndrome se ubican en la década de los 70's en Estados Unidos, en este periodo se han comunicado más de 65,000 casos de VIH-SIDA en el mundo y desafortunadamente se pueden esperar aún más casos ya que el periodo de incubación de esta enfermedad es prolongado, teniendo un rango de 3 a 7 años, por lo que la probabilidad que este núcleo de población necesite nuestros servicios será más frecuente.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) estima que son 39.5 millones las personas que actualmente viven con VIH. Sólo durante el 2006 se produjeron 4.3 millones de nuevas infecciones y 2.9 millones de personas fallecieron por SIDA. Ello se traduce en una frecuencia de poco más de 11 000 nuevos casos por día, y de ellos más de 1 500 en menores de 15 años. La mitad de las infecciones están ocurriendo en mujeres y cerca del 40% en adolescentes y adultos jóvenes.

Por este motivo resulta necesario que todo personal de salud esté capacitado y tenga la información necesaria para diagnosticar un paciente portador de este virus, a fin de reforzar las medidas precautorias para brindar atención estomatológica. Además de considerar la probabilidad que en algunas ocasiones el propio paciente no refiere conocimiento de que es portador del VIH y en otras ocasiones niega toda información, razón por el cual es importante señalar los elementos clínicos que pueden orientar el interrogatorio para realizar un diagnóstico presuntivo de este síndrome.

En el presente estudio se realizara de manera general la descripción de las alteraciones bucales relacionadas con VIH de acuerdo a los criterios y clasificación de la Organización Panamericana de Salud y la Organización de las Naciones Unidas. Señalando los elementos de diagnóstico que oriente al Cirujano Dentista, así como la normatividad vigente en materia de control de infección en el consultorio dental.

Tomando en cuenta la problemática e importancia de este síndrome y la inquietud del Estomatólogo, la presente investigación tiene como finalidad realizar un protocolo para que oriente al estomatólogo de práctica general en la identificación, diagnóstico, tratamiento y en su caso referir al especialista aquellas alteraciones bucales asociadas con la infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como saber realizar un interrogatorio, inspección y manejo de los auxiliares de diagnóstico dirigido a este tipo de pacientes, siendo para el Estomatólogo un instrumento importante para la identificación de este síndrome.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estomatólogo como miembro de un equipo de salud no debe negar la atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas, incluyendo la infección de VIH-SIDA que es el tema de interés a investigar. Por lo que nos realizamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los pasos a seguir para el Diagnóstico y Tratamiento Estomatológico del paciente con VIH-SIDA en el consultorio dental?



MARCO TEÓRICO

EPIDEMIOLOGÍA

ESTIMACIÓN MUNDIAL.

ONUSIDA estima que son 39.5 millones las personas que actualmente viven con VIH. Sólo durante el 2006 se produjeron 40.3 millones de nuevas infecciones y 2.9 millones de personas fallecieron por SIDA.^{1,2} Ello se traduce en una frecuencia de poco más de 11 000 nuevos casos por día, y de ellos más de 1 500 en menores de 15 años. La mitad de las infecciones están ocurriendo en mujeres y cerca del 40% en adolescentes y adultos jóvenes.

Su impacto ha sido devastador, en especial en los países más afectados como África, Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), Colombia, México, entre otros, donde la pandemia ha alterado sus cimientos sociales, productivos y hasta su gobernabilidad, con efectos que seguramente trascenderán a las generaciones actuales.^{1,2}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene dividido el mundo en regiones según el comportamiento de la infección VIH.

1. **ÁFRICA:** los países que más problemas de infección tienen son los de África Central: Zaire, Uganda, Kenia y Tanzania.
2. **OCEANÍA:** la incidencia es mucho menor solamente Australia y Nueva Zelanda, que son los países más grandes y desarrollados, y posiblemente los que tienen mejores sistemas de reportes, son los que han dado a conocer más casos.
3. **EUROPA:** Francia en primer lugar, seguido por Italia, España, Alemania Occidental, Gran Bretaña, Suiza y Holanda. Especialmente en Italia y España se ha visto que más del 50% son por drogadicción, cifras muy diferentes a otros continentes y países.
4. **ASIA:** la incidencia es realmente baja y hay razones culturales que lo explican. Se sospecha que el virus llegó más tarde a estas zonas y apenas está comenzando. Países como Japón que está constituido por islas, tiene mayores posibilidades de controlar la enfermedad, por no tener países limítrofes y porque pueden tratar de limitar la entrada de infectados.
5. **AMÉRICA:** donde Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) está en primer lugar de incidencia seguido de Argentina, Colombia, Belice, Honduras, Brasil, Canadá, México, Haití y República Dominicana. Todos estos países son de alta incidencia.³⁻⁶



África subsahariana sigue siendo la región más castigada por la epidemia mundial. El 65% del total mundial de adultos y niños con VIH/SIDA viven en esa región, cuya población ha tenido además una pérdida impresionante en su expectativa de vida. En la actualidad ésta ha descendido a menos de 47 años, o sea 30 años menos que en la mayoría de los países de ingresos medios. Los expertos estiman que de continuar la tendencia observada, en África para el 2025 podrían morir 100 millones de personas.¹

Según datos de la OMS, la cobertura de esta región con tratamiento de antirretrovirales oscila entre un 5% especialmente en África del Norte y el Oriente Medio.

En África Subsahariana a pesar de los avances registrados en materia de acceso a los medicamentos, esta región continúa con un 70% de las necesidades de tratamiento insatisfechas en especial países más pobres.

Debe señalarse que la proporción de mujeres que viven con VIH continua creciendo como resultado de la vulnerabilidad social y biológica; en África Subsahariana, por cada 10 varones adultos que viven con VIH hay 14 mujeres adultas infectadas con el virus; o sea que en esta región el 56% de los casos son mujeres.

También es importante hacer notar que en los últimos dos años, el número de personas que viven con VIH aumentó en todas las regiones del mundo. El incremento más preocupante se registró en Asia y Europa Oriental donde en el 2006 el número de casos de personas viviendo con VIH fue un 21% más alto que en el 2004.

Para esta región la cobertura con antirretrovirales es del 13% especialmente en Europa Oriental y Asia Central.

En la actualidad, más del 95% de las personas infectadas por el VIH viven en el mundo en desarrollo, y es en estos países en los que se ha producido el 95% de todas las defunciones causadas por el SIDA hasta la fecha, sobre todo en adultos jóvenes que, en condiciones normales, se encontrarían en los años de máxima actividad productiva y reproductiva. Las múltiples repercusiones de estos fallecimientos están alcanzando proporciones de crisis en algunas partes del mundo. Sea cual sea el patrón de medida utilizado (deterioro de la supervivencia infantil, descenso de la esperanza de vida, sobrecarga de los sistemas de asistencia sanitaria, aumento de la orfandad o reducción de los beneficios empresariales), **nunca hasta ahora había planteado el SIDA una amenaza tan grande.**^{7,8,9}



Aunque en el Continente Americano las nuevas infecciones se mantuvieron en términos generales dentro de una relativa estabilidad, es importante destacar que el Caribe continúa siendo la segunda región del planeta con la prevalencia más alta después del África Subsahariana. Los datos disponibles indican que casi tres cuartas partes de las aproximadamente 250 000 personas que viven con VIH en el Caribe se concentran en los dos países de la isla La Española, en Haití y República Dominicana. En otros países caribeños, como por ejemplo en Bahamas y Trinidad y Tobago, la prevalencia en adultos oscila entre 2 y 4% respectivamente.

En América Latina, en varios países los patrones de transmisión del VIH están cambiando; sin embargo, en su conjunto las pandemias tienden a permanecer estables. En el 2006, las nuevas infecciones por el VIH fueron del orden de 140 000 casos y alrededor de 65 000 personas fallecieron por SIDA. Si bien las dos terceras partes de los 1.7 millones de latinoamericanos que se estiman están infectadas por el VIH viven en Argentina, Brasil, Colombia y México, que son los cuatro países con mayor población, es en los países más pequeños de América Central donde se registran las prevalencias más altas de la Región, con cifras del 2.5% en Belice y 1.5% en Honduras.³

En la mayoría de los países de América Latina, la pandemia está concentrada en los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH); en usuarios de drogas endovenosas (UDI); trabajadores sexuales (TS) y en población penitenciaria. Más del 80% de las infecciones son por transmisión sexual.

En cuanto a la proporción de mujeres con VIH en América Latina es del 30% del total de infectados y del 51% en el Caribe; estas cifras continúan creciendo como resultado de la vulnerabilidad social y biológica.

Se calcula que en el 2006, alrededor de 1.6 millones de personas han tenido acceso al tratamiento antirretroviral. De acuerdo con la OMS, en los países de ingresos bajos y medios, en menos de tres años la proporción de personas atendidas con medicamentos pasó del 7% al 24%. Las coberturas más amplias se dan en América Latina y el Caribe con un 75%.^{1,2, 10,11,12}

Resumen Estadístico para México

• Personas con VIH diagnosticadas en el 2008	2 415
• Prevalencia registrada de VIH en el 2008	0.02%
• Casos de SIDA registrados en el 2008	6 747
• Defunciones por SIDA 2007 (datos definitivos)	5 093
• Tasa de mortalidad 2007 por 100 mil habitantes	4.8 ^{13,14,15}



ANTECEDENTES

En junio de 1981, los Centros para el Control de Enfermedades (CCE) y el Centers for Disease Control (CDC) publicaron los casos de cinco varones homosexuales en California que habían adquirido neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC). En julio se publicó un informe adicional de 26 casos en Nueva York de NPC y sarcoma de Kaposi en varones homosexuales. Todos estos enfermos tenían un deterioro notable de la respuesta inmunológica celular, con gran disminución del fenotipo **T** colaborador de linfocitos en sangre periférica.

Fueron estas dos publicaciones de 1981 las primeras descripciones de una pandemia que ha ganado importancia mundial. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del SIDA, se identificó en 1983, una enfermedad que se sabe hoy en día es causada por un nuevo retrovirus único, llamado en la actualidad virus linfotrópico **T** humano tipo III (HTLV-III). Se han descrito retrovirus similares relacionados con el SIDA y se conocen como virus de la linfadenopatía (LAV) o virus relacionado con el SIDA (ARV).^{16, 17}

Al parecer, la propagación extensa del SIDA comenzó a fines del decenio de 1970 y comienzos del de 1980 entre hombres y mujeres sexualmente promiscuos en África oriental y central y entre hombres homosexuales y bisexuales en determinadas zonas urbanas de las Américas, Europa occidental, Australia y Nueva Zelanda. En la actualidad el virus se está transmitiendo en todos los países.^{3,6,7}

Se han reconocido dos tipos principales de VIH, el VIH-1 y el VIH-2. El VIH-1 es el tipo predominante en el mundo. El VIH-2 se encuentra principalmente en África occidental, pero se han notificado casos en África oriental, Europa, Asia y América Latina. Existen al menos 10 subtipos genéticamente diferentes de HIV-1, pero por el momento su importancia biológica y epidemiológica es poco clara. El VIH 1 es probable que provenga del chimpancé y podría haber existido hace largo tiempo en poblaciones humanas que lo toleraban relativamente bien. El VIH 2 es un pariente próximo del virus de los monos africanos. El VIH 2 causa también SIDA pero su transmisión es más difícil y causa la enfermedad con menor frecuencia y menor rapidez que el VIH 1.¹⁸

Tanto el VIH-1 como el VIH-2 se transmiten de la misma manera.

- La vía principal es la relación sexual sin protección entre hombre y mujer (heterosexual) o entre hombres (homosexual). No hay casos documentados de transmisión entre mujeres.



- El VIH también se transmite por conducto de la sangre y los productos sanguíneos, de órganos donados y del semen. La transmisión por la sangre ocurre principalmente por la utilización de agujas, jeringas u otros instrumentos insuficientemente esterilizados que atraviesan la piel y por la transfusión de sangre infectada.
- Por último, una madre infectada puede transmitir el virus al feto, también durante el trabajo de parto y durante la lactancia. Esta vía de transmisión se llama de madre a hijo, o vertical.^{16,17,19,20}

Si bien por las mismas vías, el VIH-2 parece transmitirse menos fácilmente que el VIH-1, y la progresión al SIDA de la infección por el VIH-2 parece ser más lenta que la de la causada por el VIH-1. El SIDA parece ser clínicamente idéntico en ambos casos.

El SIDA es la última fase de la infección por el VIH y se caracteriza por una grave debilidad del sistema inmunitario, que se vuelve incapaz de detener las infecciones oportunistas y los carcinomas que amenazan la vida.

Se prevé que la gran mayoría de las personas infectadas por el VIH desarrollarán, en su momento, el SIDA. Aunque no se ha finalizado ningún estudio a largo plazo de cohortes, el avance de la infección inicial por el VIH al comienzo del SIDA tal vez sea más rápido en los países en desarrollo.²¹



DEFINICIÓN

El VIH significa “Virus de la Inmunodeficiencia Humana”. Este es el virus que causa el SIDA. El VIH es diferente a la mayoría de los virus por que ataca el sistema inmunitario, el cual le permite al cuerpo combatir las infecciones. El VIH encuentra y destruye un tipo particular de glóbulos blancos: las células **T o CD4**, utilizadas por el sistema inmunitario para combatir las enfermedades sobre todo las llamadas oportunistas.

El término SIDA significa “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”. El SIDA representa la etapa final de la infección por el VIH. Es posible que una persona infectada por el VIH tarde varios años en alcanzar esta etapa aun sin recibir tratamiento. En las personas que tienen el SIDA, el virus ha debilitado su sistema inmunitario a tal grado que al cuerpo se le dificulta combatir las infecciones. Se considera que alguien tiene SIDA cuando presenta una o más infecciones y un numero bajo de células **T**.¹⁶

Las primeras manifestaciones clínicas del SIDA realizada por el Centro para el Control de la Enfermedad (CDC) en 1982 y revisada en junio de 1985 y posteriormente en 1987 incluyen:

- Infecciones oportunistas
- Sarcoma de Kaposi
- Neumonía intersticial linfoide
- Algunos linfomas malignos
- Encefalopatía por VIH

La definición en vigor (1987) según la CDC es:

El SIDA se define por una o varias patologías denominadas “indicativas de SIDA demostrado”¹⁷

VIAS DE TRANSMISIÓN

Muchos piensan que es posible adquirir el SIDA a través del contacto diario normal con una persona infectada. No sucede así. No se puede adquirir VIH simplemente por estar cerca de una persona infectada, comer con ella o tocarla. Tampoco se contagia tocando los objetos utilizados por alguien que tiene el virus. Nadie se ha infectado jamás por nadar en la misma piscina con una persona infectada, compartir ropas o toallas o beber en la misma copa. El VIH es muy frágil y fácil de destruir fuera del cuerpo. No hay razón alguna para pensar que puede diseminarse por el aire o el contacto social casual.^{4,16}



Existen tres modos fundamentales de transmisión del VIH:

- Transmisión sexual.
- Transmisión parenteral: por el uso compartido de agujas o jeringuillas, instrumentos contaminados, transfusión sanguínea, entre otras.
- Transmisión vertical o de la madre al feto.

Transmisión sexual

Las relaciones sexuales con penetración vaginal o anal, heterosexuales u homosexuales, pueden transmitir el virus del SIDA. Los contactos oro-genitales (contacto boca-órgano-genital) pueden transmitir el VIH si hay lesiones en cualquiera de las dos zonas.

- Todas las prácticas sexuales que favorecen las lesiones y las irritaciones aumentan el riesgo de transmisión.
- Las relaciones anales son las de mayor riesgo porque son las más traumáticas y la mucosa anal es más frágil que la mucosa vaginal.
- El riesgo de infección aumenta con el número de relaciones sexuales, pero una sola puede ser suficiente. El riesgo de transmisión es mayor en el sentido hombre-mujer que en el contrario, mujer-hombre.
- El riesgo aumenta si la mujer tiene la regla (a causa del flujo de sangre)

Los besos profundos y la masturbación entre la pareja no transmiten el SIDA siempre que no existan lesiones sangrantes que puedan poner en contacto sangre contaminada con lesiones del eventual receptor.^{17,22}

Transmisión sanguínea

La transmisión del VIH por la sangre es, en la actualidad, el principal modo de transmisión del SIDA en España ya que la mayoría de portadores de anticuerpos VIH son UDVP (usuarios de drogas por vía parenteral). Las jeringuillas y agujas contaminadas que son compartidas pueden transmitir el VIH; además los objetos que se utilizan para la preparación de la droga también pueden estar contaminados.

La transmisión del VIH por transfusiones o inyecciones de productos derivados de la sangre es en la actualidad prácticamente nula ya que existe la obligatoriedad de detectar anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre y para estos fines sólo se utilizan muestras que son seronegativas.

- Toda persona que piense que ha tenido un comportamiento de riesgo en los últimos meses debe de abstenerse de dar sangre u órganos.



- Los elementos de cuidado corporal (tijeras, hojas de afeitar, cepillo dental, pinzas, entre otros) presentan un riesgo teórico de transmisión del VIH ya que pueden entrar en contacto con la sangre. Su empleo exige la limpieza con una solución desinfectante o su calentamiento.^{23,24}

Transmisión madre – hijo

Puede producirse durante el embarazo, por el paso transplacentario del VIH en mujeres infectadas gestantes, en niños nacidos por cesárea y en los que se ha aislado el VIH en fetos de 15 a 20 semanas o en el momento del parto.

- Mujer seropositiva que quede embarazada.
- Amamantar al recién nacido es una potencial vía de transmisión.^{17,24,25}



MANIFESTACIONES CLÍNICAS GENERALES

No existe ninguna manifestación clínica que sea característica de la infección VIH o del SIDA y, aunque la presencia de alguna de ellas puedan sugerir en un contexto determinado la presencia de la infección, no es posible establecer un diagnóstico clínico de la enfermedad por lo que éste solo se puede establecer de un modo definitivo por técnicas de laboratorio. Por medio de ellas es posible detectar al propio virus o algunos de sus componentes, como proteínas y ácidos nucleicos (métodos directos, ya sea mediante cultivo vírico, detección de antígeno viral o la amplificación de una parte del material genético del virus.^{3,5,6,8,16,17,23,26,28}

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

La investigación de anticuerpos específicos frente al VIH-1 es la metodología más ampliamente utilizada para detectar a las personas infectadas por este virus. Aunque la muestra que se puede analizar puede ser de diferente naturaleza, en la actualidad lo más frecuente es el empleo del suero o del plasma obtenido de una extracción sanguínea del sujeto; pero también pueden emplearse diferentes líquidos orgánicos, especialmente orina y saliva, con los que también pueden realizarse pruebas confirmatorias, y que pueden ser útiles en cribados

Pruebas de cribado

Existen diferentes métodos para la realización de las pruebas de cribado para la detección de anticuerpos específicos frente al VIH. Entre ellos las técnicas ELISA (enzyme-linked immunoabsorbent assay), pruebas de aglutinación y análisis dot-blot son las más utilizadas, especialmente el ELISA que también se denomina análisis inmunoenzimático (abreviado, EIA).^{4,5,29}

PRUEBA DE ELISA O DE PRIMERA INTENCIÓN.

Dada sus características técnicas, la prueba de ELISA es el análisis serológico que más se utiliza para la detección de anticuerpos antiVIH.

El fundamento de la prueba ELISA permite detectar los anticuerpos antiVIH, pero no los antígenos virales, de tal manera que con esta prueba es imposible detectar una infección por VIH en su estado inicial.

Existen cuatro tipos de ELISA diferentes: indirecto, competitivo, tipo sándwich y de captura. Los dos últimos suelen ser los más sensibles y específicos; dentro de los primeros los indirectos son más sensibles que los competitivos y éstos más específicos que aquellos.



Las técnicas ELISA, por lo general muy sensibles, detectan mínimas cantidades de anticuerpos por lo que pequeñas interferencias de sustancias similares podrían conducir a un resultado positivo falso. Así pues, las pruebas ELISA pueden plantearse solamente como pruebas de detección y, si son positivas, deben ser ratificadas por otra prueba denominada de confirmación.^{5,17,30}

Pruebas de confirmación

Las pruebas llamadas de confirmación tienen como objeto verificar (confirmar) que los resultados obtenidos con las pruebas de cribado son correctos.

PRUEBA WESTERN BLOT

Es una técnica de inmunotrasferencia. Históricamente, la técnica de la transferencia por capilaridad de ADN a nitrocelulosa fue descrita en 1975, por E.M. Southern (de ahí la denominación Southern Blot) y a continuación se aplicó a las moléculas de ARN (Northern Blot) y a las proteínas Western Blot (WB). La transferencia por electroforesis ha permitido mejorar el rendimiento de la técnica.

La Western Blot (WB) sirve para ratificar los resultados positivos con ELISA y utiliza antígenos del VIH purificados y separados por electroforesis. De este modo, permite determinar si los anticuerpos detectados con ELISA son específicos de los antígenos del VIH o si se trata de una reacción cruzada con otros componentes, no virales, del sistema ELISA. Ambas pruebas detectan antígenos de tipo **IgG**.

De un modo muy esquemático se puede decir que el WB puede ofrecer tres tipos de resultados diferentes:

Positivo: Cuando cumple los criterios de positividad adoptados por la técnica que se está empleando (presencia de ciertas bandas).

Negativo: Cuando ninguna de las bandas presenta reacción.

Indeterminado: Cuando no es positivo ni negativo.^{5,17,31,32}



FASES

Se podrían distinguir al menos **tres fases evolutivas** de la infección:

- **INICIAL, PRECOZ O AGUDA;**
- **INTERMEDIA O CRÓNICA Y**
- **FINAL, DE CRISIS O DE SIDA.**

FASE INICIAL, PRECOZ O AGUDA

Independientemente de su mecanismo de transmisión las manifestaciones que aparecen tras la penetración del VIH en el organismo pueden guardar relación con la dosis infectante, la virulencia de la cepa de VIH y la capacidad de respuesta del sujeto infectado.

El VIH se disemina e invade muchos tejidos, especialmente el tejido linfoide y los ganglios linfáticos. El paciente infectado puede o no presentar sintomatología; por lo general existe un cuadro de **síndrome mononucleósico** al que no se le suele prestar demasiada atención.

A las 2-6 semanas del contagio se detecta antígeno del VIH (antígeno **p24**), el cultivo viral se positiviza y existen muchos linfocitos **CD4** infectados; progresivamente van apareciendo los anticuerpos circulantes (4-12 semanas) y la inmunidad celular y el antígeno **p24** desaparece y descienden las células infectadas. En este período puede existir una inmunodepresión pasajera que puede facilitar la aparición o reactivación de algunas infecciones oportunistas.

Manifestaciones clínicas en la fase aguda

Los principales síntomas y signos son:

- Fiebre y/o sudoración,
- Adenopatías,
- Odinofagia (dolor al tragar),
- Erupción cutánea,
- Artralgias y mialgias (dolor de articulaciones y músculos),
- Trombopenia,
- Leucopenia,
- Diarrea,
- Cefalea (dolor de cabeza),
- Elevación de las transaminasas,
- Anorexia, náuseas o vómitos,
- Hepato y/o esplenomegalia (aumento tamaño de hígado o bazo),^{3,5,8,17,33}



FASE INTERMEDIA O CRÓNICA

Esta fase tiene una duración variable estimada en varios años y en ella persiste la proliferación viral, aunque a bajo nivel. Se estima que 1 de cada 10000 linfocitos **CD4** circulantes estaría infectado pero sólo en el 10% de ellos existiría replicación viral.

Los pacientes suelen estar asintomáticos, con o sin adenopatías, cifra baja de plaquetas y mínimos trastornos neurológicos puestos de manifiesto por pruebas electrofisiológicas.

Aunque existen amplias variaciones individuales, se estima que en 10 años el 50% de los adultos y el 80% de los niños habrán evolucionado a estadios más avanzados, aunque la progresión de la enfermedad puede verse influida por numerosos factores.^{5,17,18,23,28,34}

FASE FINAL DE CRISIS O DE SIDA

Se caracteriza por un aumento de la replicación del VIH (que podría producirse en 1 de cada 10 linfocitos **CD4**) y coincide clínicamente con una profunda alteración del estado general del paciente (wasting syndrome, síndrome de desgaste), aparición de graves infecciones oportunistas, ciertas neoplasias y alteraciones neurológicas, de modo que se dice que el infectado por el VIH tiene SIDA.

El pronóstico es variable en cuanto a supervivencia. La edad, el mecanismo de contagio, la forma de presentación parecen influir en la supervivencia. El tratamiento con antirretrovirales ha favorecido la prolongación de la supervivencia en el tiempo: Antes de ellos la supervivencia no era superior al 30-50% a los 2 años y menor del 10-20% a los 4 años.

Manifestaciones clínicas del sida

- Sarcoma de Kaposi
- Linfomas en la infección VIH
- Manifestaciones neurológicas
- Gastroenterocolitis
- El dolor y la neuropatía periférica
- Manifestaciones endocrinas
- Hepatitis víricas
- Alteraciones dermatológicas en la infección VIH/SIDA
- El síndrome de desgaste



Infecciones oportunistas

- Cytomegalovirus
- Infecciones por bacterias
- Tuberculosis
- Infecciones por hongos
- Pneumocystis carinii
- Infecciones por parásitos
- Toxoplasmosis
- Infecciones por virus
- Candidiasis
- La sífilis en la infección VIH
- Cryptosporidium^{3,5,8,17,18,30,31,35}

CLASIFICACIONES DE LA INFECCIÓN VIH-SIDA

Con fines epidemiológicos es útil la clasificación más sencilla de pacientes portadores o pacientes con SIDA.

Sin embargo, con fines a establecer comparaciones que permitan evaluar los ensayos clínicos de diferentes tratamientos, establecer el valor pronóstico de determinados marcadores o conocer la historia natural de la infección, se ha hecho necesaria la creación de clasificaciones más complejas.

Entre 1986 y 1987 los CDC elaboraron una clasificación de la infección por VIH-1 y la definición de caso de SIDA en adultos y en niños menores de 13 años que fue sustituida por otra a principios de 1993. De un modo parejo la OMS establece en 1985 la definición de caso de SIDA en África.^{4,5,17}

Clasificación CDC 1993

Se basa fundamentalmente en el recuento de linfocitos **CD4**. Añade nuevas categorías clínicas a las aceptadas con anterioridad.

Categorías según la cifra de linfocitos **CD4** (o porcentaje respecto a los linfocitos totales)

- **Categoría 1:** Más de 500 / microlitro (> 28%) Categorías clínicas: A1, B1 y C1
- **Categoría 2:** Entre 499 y 200 / microlitro (28-14%) Categorías clínicas: A2, B2 y C2
- **Categoría 3:** Menos de 199 / microlitro (< 14%) Categorías clínicas: A3, B3 y C3



La **categoría clínica A** se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente.

La **categoría clínica B** se aplica a los pacientes que han presentado síntomas relacionados con la infección por el VIH pero que no se encuadren dentro de la categoría clínica C.

La **categoría clínica C** se aplica a los pacientes que han presentado alguno de los cuadros incluidos en la definición de SIDA de 1987 más otros tres nuevos (ver situaciones clínicas diagnósticas de SIDA).

Los pacientes incluidos en las categorías C1, C2, C3, A3 y B3 se consideran afectados de SIDA. Las dos últimas categorías, basadas en el recuento de **CD4**, no se aceptan por la OMS para Europa.

Situaciones clínicas diagnósticas de SIDA

Se aceptan cuando existe una infección por VIH bien documentada y no existe otra causa de inmunodeficiencia.

Son las incluidas en la categoría C:

- 01. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar
- 02. Candidiasis esofágica
- 03. Coccidioidomicosis generalizada
- 04. Criptococosis extrapulmonar
- 05. Criptosporidiasis con diarrea de más de 1 mes
- 06. Infección por citomegalovirus de un órgano diferente al hígado, bazo o ganglios linfáticos
- 07. Retinitis por citomegalovirus
- 08. Encefalopatía por VIH
- 09. Infección por el virus del herpes simple que cause úlcera mucocutánea de más de 1 mes de evolución o bronquitis, neumonitis o esofagitis.
- 10. Histoplasmosis diseminada
- 11. Isosporidiasis crónica
- 12. Sarcoma de Kaposi
- 13. Linfoma de Burkitt o equivalente
- 14. Linfoma inmunoblástico o equivalente
- 15. Linfoma cerebral primario
- 16. Infección por MAI o M kansasii diseminada o extrapulmonar
- 17. Tuberculosis extrapulmonar o diseminada
- 18. Infección por otras micobacterias, diseminada o extrapulmonar
- 19. Neumonía por P carinii
- 20. Leucoencefalopatía multifocal progresiva



- 21. Sepsis recurrente por especies de Salmonella que no sean Styphi
- 22. Toxoplasmosis cerebral
- 23. Wasting syndrome (síndrome de desgaste)
- 24. Carcinoma de cérvix invasivo
- 25. Tuberculosis pulmonar
- 26. Neumonía recurrente

Las infecciones por citomegalovirus, herpes simple y toxoplasma si se producen en pacientes con edad superior al mes. Ninguna de estas infecciones o neoplasias son indicativas de SIDA si no están asociadas a una seropositividad VIH demostrada; además deben demostrarse por histología, citología y/o cultivo.^{4,5,12,17,21,36}

Clasificación de la OMS

Criterios mayores

- Pérdida de al menos el 10% del peso corporal
- Diarrea crónica de más de un mes de evolución
- Fiebre intermitente o constante de más de un mes de evolución
- Astenia y debilidad corporal

Criterios menores

- Tos persistente de más de un mes de evolución
- Dermatitis extensa y pruriginosa
- Herpes zoster recurrente durante los últimos 5 años
- Candidiasis orofaríngea
- Herpes simple crónico diseminado
- Linfadenopatía generalizada

La presencia de sarcoma de Kaposi o de meningitis por criptococo son suficientes por sí solos para aceptar el diagnóstico de SIDA.

Se deben cumplir al menos dos criterios mayores y uno menor en ausencia de cualquier otra causa de inmunosupresión: Neoplasias, malnutrición severa u otros factores.^{4,5,12,17,31,37}



MANIFESTACIONES BUCALES

Desde el inicio de la identificación del SIDA como nueva enfermedad comenzaron los intentos de diagnosticar, clasificar y establecer criterios para definir las manifestaciones del síndrome en el complejo bucal. En las primeras comunicaciones sobre el padecimiento se mencionan las manifestaciones bucales. Pindborg, en 1989, publicó una lista de 30 lesiones bucales relacionadas con la infección por el VIH. En ese mismo año Lozada-Nur señaló los indicadores tempranos de las manifestaciones bucales de la infección por el VIH e insistió en la presentación clínica, el diagnóstico y la conducta a seguir con estas lesiones.^{4,5,31}

Un grupo de expertos en patología bucal (OMS) se reunieron en Ámsterdam (1991) y redactaron un documento sobre Actualización de la clasificación y criterio diagnóstico de las lesiones bucales en la infección por el VIH. Con la experiencia acumulada sobre la materia se propusieron 3 grupos de lesiones. Éstos son:

Grupo 1. Lesiones fuertemente asociadas con la infección por el VIH:

- Candidiasis:
 - Eritematosa
 - Hiperplásica
 - Seudomembranosa
- Leucoplasia Pilosa
- Enfermedad periodontal
 - Gingivitis por VIH (Eritema Gingival Linear)
 - Gingivitis Necrotizante (ulcerativa) por VIH
 - Periodontitis (ulcerativa) por VIH
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma no Hodgkinianos

Grupo 2. Lesiones menos comúnmente asociadas con la infección por el VIH:

- Ulceraciones atípicas
- Enfermedad de glándulas salivares
- Boca seca por disminución del flujo salival
- Inflamación unilateral o bilateral de las glándulas salivares mayores
- Púrpura trombocitopénica
- Infecciones virales
 - Virus del herpes simple
 - Virus papiloma humano (lesiones parecidas a verrugas)
 - Condiloma acuminado
 - Hiperplasia epitelial focal



- Verruga vulgar
- Virus varicela zóster
- Herpes zóster
- Varicela

Grupo 3. Lesiones con cierta posibilidad de asociación con la infección por el VIH:

- Infecciones bacterianas (se excluye la gingivitis y la periodontitis)
- Infecciones por hongos diferentes de Candidiasis.
- Enfermedad arañazo de gato
- Reacciones a las drogas (ulceración, eritema multiforme y lesión liquenoide)
- Alteraciones neurológicas:
 - Parálisis facial
 - Neuralgia del trigémino
- Osteomielitis
- Sinusitis
- Celulitis submandibular
- Exacerbación de la periodontitis apical
- Hiperpigmentación melanocítica
- Carcinoma de células escamosas

Existen otras clasificaciones, que al igual que ésta, circulan internacionalmente, pero en su mayoría no se apartan en lo fundamental aun cuando no estén agrupadas por su frecuencia. Trabajaremos con la clasificación (OMS) que tiene en cuenta la etiología de estas manifestaciones bucales.^{4,5,12,31}

INFECCIONES MICÓTICAS

La Candidiasis es la infección micótica intraoral más común en pacientes infestados con el VIH. Se han reportado otras como *Cryptococos neoformans* que provoca úlceras persistentes, profundas, de bordes elevados y muy dolorosas localizadas en distintos sitios de la mucosa bucal. También se han comunicado lesiones en el complejo bucal en pacientes con histoplasmosis.^{3,4,5,17,38}

Candidiasis de la Mucosa Bucal (CMB)

El agente causal es la *Cándida albicans*. Se ha comprobado que la CMB precede al desarrollo del SIDA, por lo que tiene un gran valor predictivo, también precede al desarrollo de Candidiasis esofágica y faríngea, por lo que muchos autores lo consideran un marcador seguro de la esofagitis candidiásica.



El Centro de colaboración de Manifestaciones Bucales de la Infección por el VIH, perteneciente a la OMS, que radica en Copenhague, clasificó CMB en cuatro tipos.

Seudomembranosa: Conocida también como algodoncillo, son placas o puntos blancos o amarillentos, que pueden ser removidos, pero queda una superficie sangrante y dolorosa. Se localiza fundamentalmente en paladar blando. Está asociada a una supresión inicial y progresiva del sistema inmune y es la más frecuente en pacientes de SIDA.^{17,18,23,38,40}

Hiperplásica: También se conoce como Candidiasis leucoplásica, caracterizada por placas blancas firmes y adheridas, no se pueden remover. Es rebelde a todo tipo de tratamiento. Está asociado a supresión severa del sistema inmune.

Eritematosa: Se caracteriza por áreas rojas, sin puntos o placas blancas removibles, frecuentemente localizado en el paladar, carrillo y dorso de la lengua (aspecto liso).

Queilitis Angular (Estomatitis Comisural): Se presenta como fisuras o grietas, eritema o ulceración de la comisura labial. Puede presentarse durante los períodos iniciales y en el VIH progresivo, algunas veces en conjunto con Xerostomía. El padecimiento puede ser asintomático o asociarse a dolor, ardor o irritación. El diagnóstico generalmente se puede realizar por su aspecto clínico, pero se puede complementar por frotis o empleando métodos biopsicos.^{3,4,5,12,17,39,40}

INFECCIONES BACTERIANAS

Varios tipos de bacterias se han vinculado con las infecciones bucales en pacientes con SIDA. Las más comunes se manifiestan en forma de enfermedades periodontales. En pacientes seropositivos el establecimiento de la enfermedad periodontal es muy precoz y rápido, puede ir desde una gingivitis específica y leve hasta una periodontitis severa y rápidamente progresiva.

En la literatura se describen tres tipos de formas de Enfermedad Periodontal:

Gingivitis asociada al VIH o Gingivitis Linear o Eritema Gingival Linear:

Se caracteriza por una banda eritematosa en todo el trayecto de la encía marginal de 2 a 4 mm de ancho, especialmente por vestibular con leve dolor y fácilmente sangrante.

También se describe el eritema difuso y punteado. El punteado gingival puede involucrar por completo a la encía adherida. Esta gingivitis es una precursora de la periodontitis.^{3,4,5,12,17,18,38,41}



Gingivitis Necrosante asociada al VIH.

Se caracteriza por encías hiperémicas, hemorragias espontáneas, dolores agudos, rápida progresión de la enfermedad y úlceras en estadios necróticos. Esta condición está asociada a una supresión severa del sistema inmune, con recuento celular de CD4 por debajo de 100 células / mm³ y puede ser precursora de la periodontitis ulcerativa necrosante.

Periodontitis asociada al VIH

Tiene todas las características de la gingivitis, aunque es más frecuente el eritema difuso que el punteado, además de graves manifestaciones de dolor profundo, sangramiento gingival, necrosis de los tejidos blandos y destrucción rápida de la unión periodontal, puede haber exposición del hueso subyacente. La movilidad dentaria puede ser profunda con riesgo a perder los órganos dentarios.

En los pacientes portadores de VIH / SIDA se pueden observar otras infecciones bacterianas que involucran a la boca.^{3,5,23,31,44,45}

INFECCIONES VIRALES

En pacientes seropositivos a VIH se han observado infecciones por varios virus como: Virus Epstein Barr (VEB), Virus Herpes Simple (VHS), Virus Herpes Zóster (VHZ), Citomegalovirus, Papilomavirus Humano, entre otras.

Leucoplasia Velloso o Leucoplasia Pilosa (LP)

La descripción de LP y su relación con el Virus de Epstein Barr contribuyó al reconocimiento como una manifestación bucal del VIH; pero más que eso, la LP está relacionada con la inmunosupresión provocada por esta enfermedad, lo que se corrobora por la presencia ocasional de LP en pacientes con inmunosupresión no SIDA.

En 1984 Guenspan y col. describieron esta nueva lesión en patología bucal. La LP es una mancha blanca de superficie corrugada y forma pliegues, arrugas o plisados de orientación vertical. Esta lesión no se elimina por el raspado y tiene el aspecto en su superficie de pequeños mechones de pelos, característica por la cual toma su nombre.

Se localiza fundamentalmente en el borde lateral de la lengua, puede ser unilateral o bilateral, también se puede extender a la cara dorsal o ventral de la lengua y ocasionalmente se puede hallar en otros sitios de la mucosa bucal.



Se ha encontrado Candidiasis sobreañadida a la LP, pero se ha demostrado que no es la responsable causal, por la respuesta negativa a la medicación antifúngica y por la presencia del VEB en el epitelio de la LP, así como la detección de antígenos virales el Acido Desoxirribonucleico (ADN) de dichos virus.

La LP es asintomática, aunque algunos pacientes sufren molestias leves por la aspereza o rugosidad de la superficie de la lesión. Esta manifestación es una indicación temprana de supresión del sistema inmune, su importancia radica en su valor predictivo.^{18,23,31,40,46}

Virus del Herpes Simple (VHS)

Las manifestaciones clínicas del VHS en los pacientes infectados por VIH son diferentes a aquéllas en pacientes no infectados. En pacientes VIH positivos, estas lesiones pueden ocurrir en cualquier parte de la boca especialmente en el paladar, labios y áreas alrededor de la boca; generalmente son de 0.5 a 3.0 mm de diámetro.

Las úlceras son profundas, dolorosas y pueden persistir por varias semanas y hasta meses, siendo muy frecuentes las residivas. Puede acompañarse de neuralgias del trigémino o parálisis facial periférica.

Una infección mucocutánea por el VHS de más de 30 días de duración en un paciente seropositivo al VIH es confirmativa de SIDA. El diagnóstico se realiza llevando a cabo el raspaje citológico pertinente y técnicas de cultivo apropiado, que son capaces de reaccionar con anticuerpos específicos del VIH.

Papilomavirus Humano (PVH)

Los PVH desempeñan una función importante en un rango de enfermedades, particularmente en varios tipos de verrugas y en proliferaciones mucosas. Hasta el momento se han reconocido 60 tipos diferentes de PVH. Entre los procesos bucales relacionados con el PVH en las personas que están infestadas con el VIH se encuentra la hiperplasia epitelial focal, el papiloma, la eritroplasia, la leucoplasia, el carcinoma in situ, el condiloma acuminado y la verruga vulgar.^{3,4,5,12,17,40,47}



NEOPLASIAS

Las principales neoplasias vinculadas con la infección por el VIH son el Sarcoma de Kaposi, Linfoma no Hodgkin y Carcinomas.

Sarcoma de Kaposi. (SK)

Es la neoplasia intraoral más relacionada con el SIDA. Se encuentra más comúnmente en el paladar y la gíngiva y otros autores lo describen también en mucosa de los carrillos, nariz, faringe y amígdalas. Las lesiones en etapas tempranas se presentan planas, azul púrpura o rojo púrpura, coloración que no blanquea con la presión, en estadios tardíos las lesiones se vuelven nodulares y elevadas, éstas al progresar se pueden ulcerar y se asocian con dolor y sangramiento. EL SK es un tumor multifocal y los pacientes también pueden tener manifestaciones en piel de las extremidades, tórax o piel de la cara.

Algunos autores han relacionado la patogénesis del SK con el Citomegalovirus (CMV), además de intervenir otros elementos.

La incidencia del SK ha disminuido, inicialmente era del 35 al 40 % de los pacientes con SIDA, hoy es de un 14 %.

Usualmente, las características clínicas del SK son tan típicas, que si se presentan en un paciente con riesgo de estar infectado por el VIH, lo definen, aunque el estudio histopatológico es imprescindible.^{3,4,5,12,17,18,23,45,46}

Linfoma no Hodgkin.

Son linfomas de células **B**, tiene un alto grado de malignidad y se considera una condición definitoria del SIDA en los infestados con el VIH.

En la actualidad su incidencia ha aumentado. Varios autores lo han asociado al VEB y se presentan en individuos que tienen recuento de **CD4** menores a 100 células / mm³.

Entre sus características clínicas están las linfomegalias cervicales, también se describe presencia de masas tumorales en la encía, el paladar y en la mucosa del carrillo. Estas formaciones crecen agresiva y rápidamente y también pueden afectar con gran especificidad la glándula parótida.^{31,38,45,47,48}



OTRAS LESIONES

Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR)

Las ulceraciones aftosas recurrentes constituyen una manifestación relativamente común de la infección por el VIH. En estos pacientes se caracteriza por úlceras de mayor duración y más severidad, generalmente múltiples y dolorosas que pueden interferir con el lenguaje y la deglución. Se clasifica de tres formas: EAR menor, EAR mayor y forma herpetiforme.

EAR menor: Úlceras planas, redondas u ovals de menos de 5 mm, cubierta por una pseudomembrana gris blanquecina y rodeada por un halo eritematoso. Se presenta con mayor frecuencia en la mucosa del labio, del carrillo y en el suelo de la boca.

EAR mayor: Úlceras grandes de más de 1 cm y hasta 3 cm de diámetro, muy persistentes, fuertemente dolorosas, socavadas, profundas y rebeldes a tratamiento, muchas de base nodular. Se encuentran en labios, paladar blando y lengua.

EAR herpetiforme: Es menos frecuente y se caracteriza por úlceras pequeñas distribuidas por toda la cavidad bucal.

Otras condiciones asociadas al VIH / SIDA incluyen el agrandamiento de las glándulas salivares y xerostomía. El agrandamiento de las glándulas salivares puede ser neoplásico o no neoplásico, comúnmente es indoloro. Es más frecuente en niños.^{3,4,5,12,17,18,23,31}



ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

TUBERCULOSIS

La tuberculosis (TB, TBC) es una enfermedad infecciosa ocasionada por una bacteria *Mycobacterium tuberculosis* (MT) que es un bacilo aerobio, inmóvil, que no forma esporas; su temperatura óptima de crecimiento es a 37 grados, pero es resistente al frío y a la desecación. Se da en todo el mundo y en la actualidad se puede prevenir y curar.^{17,31,44}

- En las personas infectadas por el VIH existe una alta incidencia de TB ya sea por la reactivación de una infección TB previa o por una infección TB primaria.
- En las personas infectadas por el VIH la TB presenta características clínicas atípicas con predominio de sus formas extrapulmonares.
- Existe un bajo nivel en el cumplimiento del tratamiento lo que favorece la aparición de resistencias adquiridas a las drogas antituberculosas.

La TB tiende a presentarse pronto en el curso de la evolución de la infección por el VIH. En general el diagnóstico de TB se debe tener en cuenta en los pacientes VIH positivos que:

- Presentan fiebre y síntomas respiratorios de más de una semana de evolución.
- Presentan fiebre y adenopatías periféricas.
- Presentan fiebre y síndrome meníngeo.
- Presentan fiebre de origen desconocido.

Sintomatología

La TB pulmonar a su inicio no suele causar ningún síntoma y su descubrimiento puede deberse al azar en un examen radiológico rutinario.

Cuando la población bacilar ha aumentado empiezan a aparecer síntomas constitucionales inespecíficos como pueden ser pérdida de apetito (anorexia), fatiga, ligera pérdida de peso, sensación de escalofríos, fiebre remitente por la tarde que al descender produce sudoración. Estos síntomas se suelen tolerar bien e incluso pueden pasar desapercibidos.

Suele existir tos, más o menos intensa, y expectoración; ésta suele ser mucopurulenta y cuando contiene sangre (hemoptisis) suele indicar una enfermedad avanzada.^{3,4,5,12,17,18,23,31,44}



INFECCIÓN POR CYTOMEGALOVIRUS

El Cytomegalovirus (CMV) es un virus miembro de la familia de los herpes que infecta y produce enfermedad en humanos. Los virus de la familia de los herpes son frágiles y no sobreviven mucho tiempo en el medio ambiente de modo que su transmisión precisa de la inoculación, del material que lo contiene, directamente desde la persona infectada a la persona que es susceptible (no infectada anteriormente).

Los sitios más susceptibles son las mucosas de la boca, ojos, genitales, ano y vías respiratorias. La infección se adquiere sobre todo por contacto íntimo. El contacto directo con las lesiones, las relaciones sexuales y el contacto orogenital transmiten el CMV; también son posibles la transmisión materno-fetal, por transfusiones sanguíneas y por transplantes de órganos.

Manifestaciones clínicas.

Incluso en el paciente inmunodeficiente la infección por CMV es con frecuencia asintomática y un cuadro de mononucleosis febril puede ser la presentación clínica más frecuente en los pacientes infectados por VIH.

El CMV puede ocasionar neumonía, hepatitis, úlceras gastrointestinales, retinitis, encefalopatía, alteraciones endocrinas. El grado de morbilidad y la extensión del proceso suelen estar determinados por el grado de supresión de los linfocitos **CD4**.

La **neumonía** intersticial es una de las manifestaciones más frecuentes de la infección por CMV en el paciente inmunodeficiente: Existen molestias respiratorias de días de evolución, tos no productiva, fiebre y disnea. Con frecuencia se asocia con la neumonía por *Pneumocystis carinii* por lo que no siempre queda muy claro el papel desempeñado por el CMV.

La **retinitis** por CMV es una manifestación de severa inmunosupresión, probablemente es la infección oftalmológica oportunista más frecuente en los pacientes VIH+, sobre todo en homosexuales.^{3,4,5,12,17,18,23,31,52,53}



TRATAMIENTO PARA SIDA

Los medicamentos empleados para tratar el VIH/SIDA se denominan antirretrovirales (ARV). Estos medicamentos impiden que el VIH se reproduzca. Los tratamientos más efectivos son combinaciones de estas medicinas, que se clasifican como: Terapia Antirretroviral de Gran Actividad o eficacia (TARGA).

El tratamiento con TARGA reduce normalmente la cantidad de virus en la sangre del paciente, permite recuperar las células **CD4** y restablece la función inmunitaria. Sin embargo, la TARGA no cura.⁵⁴

Los objetivos del tratamiento antiviral consisten en mejorar la calidad de vida, reducir la frecuencia de infecciones oportunistas, disminuir la mortalidad con medicamentos que idealmente tengan pocos efectos secundarios, sean fáciles de tomar y se asocien a baja tasa de resistencia.³¹

En la actualidad no existe medicamento★ antiviral que actúe específicamente contra el VIH 1. Inicialmente se utilizó la Suramina, medicamento empleado en el tratamiento de la Oncocercosis, por su capacidad de inhibir “in Vitro” el crecimiento de los retrovirus, se usó la Rivabirina, que tampoco atraviesa la barrera hematorraquidea y su efectividad ha sido muy cuestionada; recientemente aprobaron en los Estados Unidos, el uso de la Azidotimidina (AZT) o Zidivudina para el tratamiento del SIDA, por las publicaciones que existen de mejoras clínicas e inmunológicas observados en los pacientes tratados con ellas.

★NOTA: Todos los medicamentos son citados, como sales o sustancia activa. (No son nombres comerciales)

La AZT es un análogo de la timidina, utilizada inicialmente como la droga antineoplásica; inhibe “in vitro” la replicación del VIH; el medicamento es fosforilizado in vivo, por enzimas titulares a **5 trifosfato**, el cual inhibe la transcriptasa inversa rompe la cadena del ácido nucleico viral; los estudios preliminares con el medicamento demostraron que puede prolongar la vida del paciente con SIDA y reducir la frecuencia de infecciones oportunistas por *Pneumocystis carinii*; se ha administrado a la dosis de 200mg cada cuatro horas por vía oral, durante seis semanas; se ha empleado hasta por 19 meses.

El medicamento se indica en pacientes con SIDA que han presentado un episodio de neumonía por *P. carinii*; tiene la ventaja, sobre otras drogas antivirales que se han ensayado, de atravesar la barrera hematoencefálica. La AZT no cura el síndrome, pero retarda su evolución natural.

No está desprovista de efectos adversos; entre ellos se señalan cefaleas, náuseas, mialgias, insomnio y supresión de la médula ósea, con neutropenia y anemia que requieren transfusiones sanguíneas.



En Estados Unidos de Norteamérica se está utilizando la Didioxynosine (DDI) para pacientes con SIDA resistentes a la AZT o cuando no toleran la AZT; tienen menor toxicidad sobre la médula ósea, pero produce pancreatitis y neuropatías periféricas. Actualmente no se dispone de ningún medicamento que restituya la respuesta inmunitaria normal del paciente con SIDA.

El único recurso posible en el tratamiento del SIDA es la aplicación individual de terapéuticas específicas, para las infecciones por gérmenes oportunistas que se manifiestan en cada caso en particular.^{31,54}

TRATAMIENTO CON OTRAS COMPLICACIONES

Infecciones parasitarias. La infección parasitaria más común en estos pacientes, es la neumonía por *P. carinii*, que se trata con Trimetropim-Sulfametoxazol; la Pentamidina y la combinación de Trimetropim y Dapsona son las alternativas. También se han recomendado aerosoles de Pentamidina en la profilaxia de esta neumonía.

Toma E y Fournier S, han empleado la combinación de Clindamicina (intravenosa) en 600mg, con Primaquina oral 15mg base, durante tres semanas, con buenos resultados.

La diarrea por *Cryptosporidium* es de difícil manejo y se puede utilizar en ella la Espiarmicina.

Infecciones bacterianas comunes. Las infecciones por micobacterias atípicas del complejo avium-intracelular se deben tratar con Clofazimina mas Rifampicina y Etambutol, la alternativa es la Amikacina. La salmonelosis se trata con Ampicilina y la alternativa es Ciprofloxacín.

Infecciones micóticas. Las comunes son la Candidiasis localizada o sistémica, la histoplasmosis y la criptococosis, que responden bien a la terapia con Anfotericina B; la droga alternativa es el Ketoconazol.

Infecciones virales. La enfermedad de inclusión citomegalia responde al Gancyclovir y la droga alternativa es el Forcanet. Las infecciones sintomáticas por herpes simple y herpes zoster responden al Acyclovir, la alternativa es la Vidaravina.^{19,23,31,54,55}



OBJETIVO GENERAL

Realizar un protocolo para orientar el Diagnóstico y tratamiento Estomatológico del paciente con VIH/SIDA en el consultorio dental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Señalar el panorama y distribución epidemiológica del Síndrome de Inmunodeficiencia a nivel general, particular y singular.
2. Describir las alteraciones bucales relacionadas con el VIH-SIDA de acuerdo a la clasificación de la OMS.
3. Realizar protocolo para:
 - Pacientes con VIH no diagnosticado
 - Pacientes con VIH diagnosticado
 - Pacientes con SIDA



DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

- ➔ Revisión Documental

RECURSOS

➔ **HUMANOS**

- P. C. D. Yuritzi Quisay Huertos Valencia
- Mtra. Josefina Morales Vázquez

➔ **FÍSICOS**

- Biblioteca: Fes-Zaragoza, Facultad de Odontología, Posgrado en Odontología, Biblioteca central de Ciudad Universitaria.

➔ **MATERIALES**

- Laptop HP
- Revistas, libros, tesis
- Hojas de impresión
- USB
- Pluma, lápiz, goma, marcatextos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



Carrera de Cirujano Dentista.

Protocolo para el Diagnóstico y Tratamiento Estomatológico del paciente con VIH-SIDA en el consultorio dental.

Los protocolos médicos son documentos que describen la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud.

Estos deben describir el proceso en la atención de una enfermedad para mejorar la rapidez en el diagnóstico y tratamiento.

Estos documentos son de utilidad para mejorar los procesos de atención médica.⁵⁴

El propósito del presente protocolo es identificar a los pacientes de alto riesgo con VIH no diagnosticados, así como la atención clínica a los pacientes diagnosticados con VIH y pacientes con SIDA.

El presente protocolo se divide en los siguientes puntos:

1. Diagnosticar a pacientes con VIH (cuando acuden a la consulta estomatológica en fase I de la enfermedad).
 - Por medio de la elaboración de la historia clínica, haciendo referencia o mayor énfasis en el interrogatorio.
 - Y la exploración clínica (palpación de ganglios, presencia de inflamación gingival y/o periodontal).
2. Atención clínica a pacientes diagnosticados con VIH (cuando acuden a la consulta estomatológica en las fases I y II de la enfermedad).
3. Atención clínica a pacientes con SIDA (cuando acuden a la consulta estomatológica en la fase III de la enfermedad).
4. Consideraciones generales.



Hoy en día es importante considerar la recomendación de la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales, donde dice: “todos los pacientes deben considerarse como potencialmente infecciosos sin excepción”⁵³ por tal motivo, al llegar el paciente al consultorio dental es indispensable elaborar su historia clínica, independientemente de su nivel de escolaridad, ocupación, nivel socio-económico, apariencia física o motivo de la consulta.

La atención de las personas VIH positivos, no es de mayor complejidad ni distinta al requerido por las personas VIH negativas, debido a que el protocolo de control de infecciones rige para toda persona que recibe atención clínica.

1. DIAGNOSTICAR A PACIENTES CON VIH (CUANDO ACUDEN A LA CONSULTA ESTOMATOLÓGICA EN FASE I DE LA ENFERMEDAD).

Es importante resaltar que los pacientes con VIH, al inicio de la enfermedad son ASINTOMÁTICOS y en algunos de los casos el paciente no lo sabe o bien omite datos al Cirujano Dentista por miedo a no ser atendido, por lo que es importante la realización de un diagnóstico temprano apoyados en la elaboración de la Historia Clínica dando mayor importancia al interrogatorio guiado a identificar los riesgos analizando los antecedentes (conductas de riesgo) y datos clínicos que el paciente pudiera presentar.

En vista de que es necesario interrogar antecedentes muy íntimos como:

- a) Sintomatología general
 - pérdida de peso
 - temperaturas frecuentes
 - diarreas persistentes
- b) Prácticas sexuales
- c) Transfusión o donación de sangre o plasma remuneradas
- d) Transplante de órganos
- e) Uso de drogas intravenosas
- f) Punción con agujas o instrumental punzo-cortante, potencialmente contaminado con sangre (agujas de acupuntura, perforaciones, tatuajes, entre otras).



Es importante mantener durante la consulta un ambiente de confianza cordialidad, respeto y sobre todo garantizando la confidencialidad de la información, actuando con ética y profesionalismo.^{55,57-61,63-68}

A continuación se citan las preguntas a realizar:

Propuesta de guía de interrogatorio

DATOS GENERALES

Nombre:	
Edad:	Género:
Peso:	Estatura:
Fecha de nacimiento:	
Estado civil:	Escolaridad:
Ocupación:	Migración:

NOTA: Estos datos ya están contenidos en la Historia Clínica, pero para fines de personalización se mencionan otra vez en este protocolo.



A) Sintomatología general

1. ¿Ha perdido usted peso en los últimos 6 meses?

- SI ()
- NO ()
- ¿Por qué razón? _____

2. ¿Ha presentado temperaturas altas últimamente?

- SI ()
- NO ()
- ¿Por qué razón? _____
- ¿Con que frecuencia?: _____

3. ¿Últimamente se ha sentido sin ganas de moverse, débil o con flojera (astenia y adinamia)?

- SI ()
- NO ()
- ¿Por qué razón? _____
- ¿Desde hace cuanto tiempo? _____

4. ¿Usted está en tratamiento médico o ha estado en los últimos 3 meses?

- SI ()
- NO ()
- ¿Cuál? _____
- ¿Por qué razón? _____

5. ¿Ha presentado tos?

- SI ()
- NO ()
- ¿Desde hace cuanto tiempo? _____



6. ¿Usted ha presentado dificultad para respirar o sensación de falta de aire?

- SI ()
- NO ()
- ¿Con que frecuencia? _____
- ¿Desde hace cuanto tiempo? _____

7. ¿Ha presentado usted dificultad y dolor al pasar sus alimentos (disfagia y odinofagia)?

- SI ()
- NO ()
- ¿Con que frecuencia? _____

8. ¿Ha presentado usted diarrea persistente o recurrente?

- SI ()
- NO ()
- ¿Por qué razón? _____
- ¿Con que frecuencia?: _____

B) Prácticas sexuales

¿Número de parejas sexuales que ha tenido? (total): 1 – 2 () 3 – 4 () 5 – más ()
¿Actualmente cuántas tiene?: 1 – 2 () 3 – 4 () 5 – más ()
¿Quiénes son?
Es: heterosexual () homosexual () bisexual ()



1. ¿Utiliza usted algún método de protección durante sus relaciones sexuales?

- SI ()
- NO ()
- ¿Cuál? _____

2. ¿Usted ha tenido o tuvo relaciones sexuales con una persona con VIH o SIDA?

- SI ()
- NO ()

3. ¿Usted ha tenido compañeros sexuales de alto riesgo (que tengan varias parejas, usuarios de drogas intravenosas, hemofílicos, transfundidos frecuentemente, personas con tatuajes o perforaciones)?

- SI ()
- NO ()
- ¿Especifique cuál? _____

4. ¿Usted ha tenido o tiene múltiples parejas sexuales de manera secuencial o simultánea sin protección?

- SI ()
- NO ()
- ¿Cuántas?: _____
- ¿En qué fecha?: _____

5. ¿Usted ha sufrido abuso sexual o violación?

- SI ()
- NO ()
- ¿En qué fecha? _____
- ¿Quién abuso? _____



6. ¿Por algún motivo usted ha tenido o tiene que relacionarse con sexoservidoras o comercio sexual?

- SI ()
- NO ()
- Actualmente _____
- ¿Número de veces? _____
- En qué fecha comenzó? _____
- En qué fecha se retiró? _____

7. ¿Usted ha padecido de alguna infección de transmisión sexual?

- SI ()
- NO ()
- ¿Cuál fue? _____
- ¿Fue al médico? SI () NO ()
- ¿Utilizo algún tratamiento médico? SI () NO ()
- ¿Cuál fue? _____
- ¿Por cuánto tiempo? _____
- ¿A vuelto a presentar la infección? SI () NO ()

Sólo para mujeres.

Última fecha de menstruación: _____

1. ¿Usted ha estado embarazada?

- SI ()
- NO ()

2. ¿Número de embarazos que ha tenido usted? _____

3. ¿Número de embarazos a término? _____

4. ¿Usted ha sufrido algún aborto?

- SI ()
- NO ()
- ¿En qué fecha?: _____
- ¿Tuvo alguna complicación? _____



5. Durante su embarazo a tenido prácticas de riesgo como: parejas sexuales sin protección, drogas intravenosas, tatuajes, perforaciones?

- SI ()
- NO ()
- ¿Cuál? _____

6. ¿Usted durante el embarazo fue diagnosticada con alguna enfermedad de Transmisión Sexual?

- SI ()
- NO ()
- ¿Cuál?: _____
- Fecha en que fue diagnosticada _____
- Tratamiento médico: SI _____ NO _____
- ¿Cuál? _____

7. ¿Tuvo algún contagio su bebe durante el parto?

- SI ()
- NO ()

8. ¿Usted amamanto a su bebe?

- SI ()
- NO ()

C) Transfusión o donación de sangre o plasma

1. ¿Usted ha recibido transfusiones de sangre o cual quiera de sus componentes?

- SI ()
- NO ()
- ¿En qué fecha?: _____



2. ¿Usted ha donado sangre o plasma?

- SI ()
- NO ()
- ¿En qué fecha?: _____

3. ¿Usted a tenido alguna complicación al recibir o donar sangre o alguno de sus componentes?

- SI ()
- NO ()
- ¿Cuál fue? _____

D) Transplante de órganos

1. ¿Usted ha recibido o a donado algún órgano?

- SI ()
- NO ()
- ¿En qué fecha?: _____
- ¿Tuvo alguna complicación? _____

E) Uso de drogas intravenosas

1. ¿Usted ha utilizado algún tipo de droga?

- SI ()
- NO ()
- ¿Cuál? _____
- ¿Con que frecuencia? _____
- ¿Hace cuanto tiempo comenzó a utilizarla? _____
- ¿Hace cuanto tiempo dejó de utilizarla? _____

2. ¿Ha tenido algún tipo de consecuencia con el uso de esta droga?

- SI ()
- NO ()
- ¿Cuál?: _____



F) Punción con agujas o instrumental punzo-cortante

1. ¿Usted ha sufrido algún tipo de punción con agujas o instrumental punzo-cortante accidentalmente?

- SI ()
- NO ()
- ¿Alguna complicación? _____

2. ¿Usted se vacuno después de la punción accidental?

- SI ()
- NO ()
- ¿Cuál vacuna le pusieron? _____

3. ¿Usted se ha sometido a algún tratamiento de acupuntura?

- SI ()
- NO ()
- ¿Con que frecuencia? _____

4. ¿Usted lleva sus agujas para que le realicen su tratamiento?

- SI ()
- NO ()
- ¿Por qué? _____

5. ¿Usted se a fijado si las agujas son nuevas (ya sea el caso de que usted no las lleve)?

- SI ()
- NO ()

6. ¿Usted tiene alguna perforación (persing) en alguna parte de su cuerpo?

- SI ()
- NO ()
- ¿En dónde? _____
- ¿Hace cuanto se la realizo? _____
- ¿Tuvo alguna complicación? SI () NO ()
- ¿Cuál? _____



7. ¿Usted tiene algún tatuaje en alguna parte de su cuerpo?

- SI ()
- NO ()
- ¿En dónde? _____
- ¿Hace cuanto se la realizó? _____
- ¿Tuvo alguna complicación? SI () NO ()
- ¿Cuál? _____

Las personas que respondan afirmativamente a cualquiera de los antecedentes anteriores deben considerarse con mayor riesgo para la infección por VIH.

La posibilidad de riesgo de infección por VIH varía según la conducta de riesgo. Si el paciente tiene de 4 o más rubros afirmativos de los antecedentes, se deberá investigar la posibilidad de infección y está indicado solicitar alguna prueba de inicio (biometría hemática) o bien, remitirlo al médico.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

El examen clínico odontológico debe ordenarse en la exploración extraoral e intraoral de los tejidos blandos (palpación de ganglios, enfermedad periodontal) y dejar la exploración visio-manual de los tejidos duros para la última etapa de este proceso. Todo examen clínico puede complementarse con el uso de diagnóstico por imágenes, cultivos bacteriológicos, estudios de laboratorio (biometría hemática, prueba de Elisa) y si es necesario remitir al médico.

Es importante mantener durante la consulta un ambiente de confianza, cordialidad, respeto y sobre todo garantizando la confidencialidad de la información, actuando con ética y profesionalismo.^{55-60,63-66}

- Si el paciente es VIH negativo (aparentemente sano) se debe atender siguiendo las normas de bioseguridad como con cualquier paciente.

2. ATENCIÓN CLÍNICA A PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH (CUANDO ACUDEN A LA CONSULTA ESTOMATOLÓGICA EN LAS FASES I Y II DE LA ENFERMEDAD).

Aún en situaciones en las que una persona VIH positiva, comunique sobre su estado al personal de odontología, en términos generales las indicaciones de atención y tratamiento, junto con las técnicas específicas que deben emplearse, son similares e incluso iguales a las utilizadas en personas no infectadas y también son equivalentes a aquellas utilizadas en otras patologías que afectan el estado general de un paciente.



Brindar atención clínica a personas VIH positivas como cualquier otro paciente, el tratamiento oportuno que se brinde sirve para mantener y restituir la función dental y especialmente para prevenir infecciones intraorales, relacionadas con mayor énfasis en las que guardan relación con la sobrecarga del sistema inmunológico, dentro de las cuales destacan las afecciones periodontales; este protocolo está diseñado para brindar una atención inter-multidisciplinaria al paciente con VIH en caso necesario remitirlo al médico tratante.

Es importante hacer énfasis en el personal de salud y particularmente en el personal que conforma los equipos de atención bucodental, que los tratamientos preventivos y clínicos, guardan profunda relación con aspectos como el mejoramiento de la autoestima, así como también produce beneficios y efectos psicológicos positivos en las personas seropositivos.

La historia clínica y el examen bucodental es similar al de toda persona, pero en las personas con VIH, la historia clínica incluye la fecha de la primera y subsecuentes pruebas serológicas de diagnóstico, el estadio de la infección incluyendo los valores de CD4 y las cargas virales (cabe señalar que si el paciente presenta una cifra menor de 500 células por mm^2 no se podrá atender en práctica privada y se tendrá que remitir a atención especializada), el tratamiento farmacológico que está recibiendo, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

- La atención clínica al paciente VIH positivo:
 - Se debe atender extremando las consideraciones generales;
 - Así como de preferencia al final de la jornada laboral;
 - Usar instrumental desechable en lo mayor posible

Plan de Tratamiento Estomatológico

El tratamiento dental debe brindarse en cualquier consultorio que atienda la salud bucodental y los procedimientos clínicos y preventivos que se emplean son exactamente los mismos que los aplicados en la práctica general, dentro de los cuales se pueden citar los tratamientos de endodoncia, periodoncia, exodoncia y ortodoncia. No obstante se debe hacer énfasis en lo referente a que en algunas ocasiones las manifestaciones orales de la infección por el VIH requieren de atención especializada de interconsulta y de referencia a niveles de mayor complejidad.

- El tratamiento estomatológico se debe planear de acuerdo a las fases de tratamiento según la necesidad de cada paciente.



FASES:

□ Fase de higienización.

El objetivo es eliminar el agente causal y de todos los factores que puedan favorecer el acumulo de ellos.

Consecuencia o resultado: lograr disminución e idealmente eliminación de la inflamación gingival, logrando que esos efectos sean duraderos en el tiempo. En algunos casos con esta fase se elimina la patología.

Etapas:

1. Elaboración de Historia Clínica
 2. Prevención:
 - Control de Placa Bacteriana: profilaxis o técnicas de cepillado, uso de colutorios y auxiliares dentales.
 3. Tratamiento Curativo:
 - Amalgamas, resinas, pulpotomias, pulpectomias, exodoncias.
- ∞ Las acciones de promoción de la salud son las de mayor importancia colocándolas en primer orden.
 - ∞ Los tratamientos preventivos ocupan el segundo orden de importancia estratégica en el abordaje de estas personas, tomando en consideración los factores de protección que debe brindarse a la persona que vive con VIH.
 - ∞ La persona que vive con VIH, debe recibir cobertura de protección obligatoria con la aplicación semestral de soluciones tópicas a base de fluoruros, complementadas con enjuagatorios también a base de fluoruros en sus hogares.
 - ∞ La aplicación de sellantes de fosas y fisuras para personas que viven con VIH es imperativa, debido a que por este medio se reduce aún más, la posibilidad de que deban practicársele tratamientos invasivos, en muchos casos evitables.
 - ∞ Desde el punto de vista de los abordajes invasivos, el tratamiento periodontal ocupa el primer orden y le siguen los tratamientos restaurativos. Los tratamientos citados, pueden ser aplicados en cualquier establecimiento de atención clínica.



- ∞ El tratamiento de mantenimiento y control periodontal, es uno de los de mayor relevancia, por facilitar la observación, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, de otros factores de riesgo.
- ∞ El tratamiento periodontal debe ser enfocado al control de los factores de riesgo de infección y al mantenimiento de los tejidos de soporte. En el caso de tratamiento de mayor complejidad como cirugías, estas deben realizarse con instrumentos manuales que no requieren electricidad.

□ **Fase quirúrgica.**

Objetivos:

- Permitir el acceso a la superficie radicular u ósea.
- Corrección de alteraciones mucogingivales.
- Crear o devolver una anatomía óptima de los tejidos blandos para una función fisiológica.
- Crear o devolver una morfología ósea adecuada.

Etapas:

1. Extracciones de terceros molares
 2. Frenilectomias
 3. Gingivoplastia
 4. Gingivectomias
- ∞ Los procedimientos de exodoncia u otro tipo quirúrgico, deben ser realizados de forma similar que en personas VIH negativas, para lo cual el manejo de los efectos inflamatorios postquirúrgicos deben tenerse presentes por estar relacionados con un mayor riesgo de infección.

Como la infección puede causar trombocitopenia, toda persona VIH positiva, debe ser valorado en su función hemostática.

- ∞ Desde la perspectiva de las complicaciones postquirúrgicas comparadas entre personas seropositivas y seronegativas, no existe evidencia de resultados diferentes entre las mismas, ni hay confirmaciones sobre los beneficios de la aplicación de terapia antimicrobiana pre y posquirúrgica.



- ∞ Si la persona está experimentando un período de neutropenia (menos de 500 células por milímetro cúbico), debe suministrarse antibiótico-terapia (AB) antes y después de la cirugía, para poder medicar es necesario considerar:
 - Tipo, frecuencia y susceptibilidad AB de las bacterias aisladas.
 - Existencia de alergias medicamentosas.
 - Disfunciones orgánicas. Se recomienda evitar combinaciones con drogas nefrotóxicas (cisplatino, anfotericina B, ciclosporina, aminoglucósidos).
 - Tiempo previsto de neutropenia y si el paciente pertenece al grupo de alto riesgo.

□ **Fase restauradora.**

Objetivo: Devolver función y estética.

Etapas:

1. Incrustaciones
2. Prótesis fijas
3. Prótesis removibles
4. Prótesis Totales
5. Ortodoncia

- ∞ En lo relativo con el tratamiento restaurador, la aplicación de biomateriales no registra datos de incompatibilidad con ninguno de los que comúnmente se emplean, siendo los ionómeros de vidrio los materiales de elección preferidos.
- ∞ El hecho de que la persona sea VIH, no contraindica los tratamientos de endodoncia, prótesis y ortodóntico.

□ **Fase de mantenimiento.**

En el tiempo, evita que la enfermedad vuelva a aparecer y que los resultados obtenidos se mantengan. Su frecuencia depende de cada paciente. Cada 3,6,12 meses.



Se realiza:

- Nuevo examen clínico.
- Evaluación del nivel de higiene.
- Detartraje, eliminación de placa bacteriana.
- Retratamiento de los órganos dentarios que lo requieran.

Las fases se deben aplicar a todos los pacientes que acudan a tratamiento odontológico, estas se deben ajustar a las necesidades clínicas de cada paciente.⁷⁷

3. ATENCIÓN CLÍNICA A PACIENTES CON SIDA (CUANDO ACUDEN A LA CONSULTA ESTOMATOLÓGICA EN LA FASE III DE LA ENFERMEDAD).

En pacientes con SIDA la cavidad bucal es la parte más importante donde se manifiestan infecciones oportunistas localizadas, formaciones neoplásicas y patologías gingivo/periodontales atípicas asociadas al VIH.

A pesar de que el diagnóstico específico de estas lesiones se obtiene frecuentemente por la presencia clínica y las características microscópicas; pero en ocasiones se requiere realizar frotis, cultivos y hasta biopsias, por lo que es obligatoria la referencia al establecimiento de salud de nivel superior, para confirmar el diagnóstico inicial y ofrecer el tratamiento adecuado.

La presencia de lesiones intraorales está inversamente relacionada con los niveles de linfocitos CD4, lo cual significa que un nivel menor de 200 células por mm², incrementará significativamente la probabilidad de apareamiento de una o más manifestaciones bucales.

La asociación de estas manifestaciones orales con la infección por VIH/SIDA ha sido tan importante que la Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza la Candidiasis Oral como uno de los criterios indicadores de SIDA. Asimismo, la presencia de Candidiasis Oral y la Leucoplasia Velloso es de mucha utilidad para clasificar el nivel de inmunodepresión del individuo.

Existen otras clasificaciones, que al igual que ésta, circulan internacionalmente, pero en su mayoría no se apartan en lo fundamental aun cuando no estén agrupadas por su frecuencia. Trabajaremos con la clasificación (OMS) que tiene en cuenta la etiología de estas manifestaciones bucales.^{4,5,12,31}



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

Candidiasis de la Mucosa Bucal (CMB)

- La Candidiasis es la infección micótica intraoral más común en pacientes infestados con el VIH.^{3,4,5,17,38}
- El agente causal es la *Cándida albicans*. Se ha comprobado que la CMB precede al desarrollo del SIDA
- El Centro de colaboración de Manifestaciones Bucales de la Infección por el VIH, perteneciente a la OMS, que radica en Copenhague, clasificó CMB en cuatro tipos.

Seudomembranosa: Conocida también como algodoncillo

- Son placas o puntos blancos o amarillentos.
- Pueden ser removidos, pero queda una superficie sangrante y dolorosa.
- Se localiza fundamentalmente en paladar blando.
- Está asociada a una supresión inicial y progresiva del sistema inmune y es la más frecuente en pacientes de SIDA.^{17,18,23,39}

Hiperplásica: También se conoce como Candidiasis leucoplásica

- Caracterizada por placas blancas firmes y adheridas.
- No se pueden remover.
- Es rebelde a todo tipo de tratamiento.
- Está asociado a supresión severa del sistema inmune.

Eritematosa

- Se caracteriza por áreas rojas.
- Sin puntos o placas blancas removibles.
- Frecuentemente localizado en el paladar, carrillo y dorso de la lengua (aspecto liso).

Queilitis Angular (Estomatitis Comisural)

- Se presenta como fisuras o grietas, eritema o ulceración de la comisura labial.
- Puede presentarse durante los períodos iniciales y en el VIH progresivo, algunas veces en conjunto con Xerostomía.
- Puede ser asintomático o asociarse a dolor, ardor o irritación.^{3,4,5,12,17,39,40}



Tratamiento

El tratamiento tópico en caso de Candidiasis pseudomembranosa, eritematosa y hiperplásica puede involucrar el uso de nistatina en crema, suspensión o en óvulos vaginales por vía oral, ya que el contacto prolongado con la mucosa bucal hace efectiva esta presentación. En fases agudas se recomiendan dichos óvulos (100,000 unidades) cuatro veces al día por otras dos semanas y finalmente 1-2 óvulos como terapia de mantenimiento. El clotrimazol en óvulos vaginales (100 mg) 3 veces al día por una semana y el miconazol en gel u óvulos vaginales (100 mg) son otras opciones de tratamiento local. Los enjuagues con clorhidrato de clorhexidina también pueden ser beneficiosos.

Para la queilitis angular se recetan cremas que contengan nistatina una vez al día, o clotrimazole en crema al 1%, 3-4 veces al día. Los agentes sistémicos más utilizados son el ketoconazol (200-400 mg diarios), el itraconazol (100 mg diarios) y el fluconazol (50 mg diarios).

Gingivitis asociada al VIH o Gingivitis Linear o Eritema Gingival Linear:

- Se caracteriza por una banda eritematosa en todo el trayecto de la encía marginal de 2 a 4 mm de ancho.
- Especialmente por vestibular.
- Con leve dolor y fácilmente sangrante.

También se describe el eritema difuso y punteado:

- El punteado gingival puede involucrar por completo a la encía adherida.
- Esta gingivitis es una precursora de la periodontitis.^{3,4,5,12,17,18,38,41}

Gingivitis Necrosante asociada al VIH.

- Se caracteriza por encías hiperémicas.
- Hemorragias espontáneas.
- Dolores agudos.
- Rápida progresión de la enfermedad.
- Ulceras en estadios necróticos.

Esta condición está asociada a una supresión severa del sistema inmune, con recuento celular de CD4 por debajo de 100 células / mm³ y puede ser precursora de la periodontitis ulcerativa necrosante.



Periodontitis asociada al VIH: Tiene todas las características de la gingivitis.

- Más frecuente el eritema difuso que el punteado.
- Dolor profundo.
- Sangrado gingival.
- Necrosis de los tejidos blandos.
- Destrucción rápida de la unión periodontal.
- Exposición del hueso subyacente.
- Movilidad dentaria, puede ser profunda con riesgo a perder los órganos dentarios.^{3,5,23,31,41,42}

Tratamiento

El tratamiento idóneo es acompañar el raspado y alisado radicular convencional con la irrigación de una solución yodada como la yodopolividona al 8-10%. Asimismo se deben incluir enjuagues con gluconato de clorhexidina al 0.12% dos veces al día. En casos severos de gingivitis ulceronecrosantes se recomienda metronidazol (250mg) cada 6 horas durante 4-5 días. Como terapia de sostén el paciente deberá mantener una buena higiene oral utilizando una técnica de cepillado apropiada.

Leucoplasia Velloso o Leucoplasia Pilosa (LP)

- La LP es una mancha blanca.
- Superficie corrugada y forma pliegues, arrugas o plisados de orientación vertical. Esta lesión no se elimina por el raspado.
- Aspecto en su superficie de pequeños mechones de pelos, característica por la cual toma su nombre.
- Se localiza fundamentalmente en el borde lateral de la lengua.
- Puede ser unilateral o bilateral.
- Se puede extender a la cara dorsal o ventral de la lengua.
- Ocasionalmente se puede hallar en otros sitios de la mucosa bucal.

Esta manifestación es una indicación temprana de supresión del sistema inmune, su importancia radica en su valor predictivo.^{18,23,31,43}

Tratamiento

La leucoplasia Velloso generalmente es asintomática y no requiere tratamiento. Sin embargo, se ha observado remisión de esta lesión en pacientes que han recibido acyclovir, desciclovir o zidovudina.



Virus del Herpes Simple (VHS)

- Las manifestaciones clínicas del VHS en los pacientes infectados por VIH son diferentes a aquéllas en pacientes no infectados.
- En pacientes VIH positivos, estas lesiones pueden ocurrir en cualquier parte de la boca especialmente en:
 - paladar
 - labios
 - áreas alrededor de la boca; generalmente son de 0.5 a 3.0 mm de diámetro.
- Ulceras profundas, dolorosas y pueden persistir por varias semanas y hasta meses, siendo muy frecuentes las residivas.
- Puede acompañarse de neuralgias del trigémino o parálisis facial periférica.

Una infección mucocutánea por el VHS de más de 30 días de duración en un paciente seropositivo al VIH es confirmativa de SIDA.

El diagnóstico se realiza llevando a cabo el raspaje citológico pertinente y técnicas de cultivo apropiado, que son capaces de reaccionar con anticuerpos específicos del VIH.

Tratamiento

La aplicación tópica de antivirales como acyclovir en cremas tres veces al día durante el estadio prodrómico, acortan e interrumpen las recurrencias del herpes labial. En cuadros severos de úlceras intraorales se recomienda acyclovir (200mg) cinco veces al día por cinco días. Durante los episodios de úlceras recurrentes se recomiendan enjuagues con gluconato de clorhexidina al 0.12% tres veces al día.

Papilomavirus Humano (PVH)

- Se encuentra asociado a lesiones mucocutáneas como la verruga vulgar, el condiloma acuminado y la hiperplasia epitelial focal.
- La verruga vulgar y el condiloma acuminado son lesiones exofíticas:
 - Superficie papilomatosa
 - Forma de coliflor
 - Bien circunscritas
 - Generalmente sésiles
- La hiperplasia epitelial focal, se presenta como múltiples pápulas del mismo color de la mucosa bucal:
 - Bien circunscritas
 - Desaparecen al distender la mucosa ^{3,4,5,12,17,44}



Tratamiento

El tratamiento indicado es la remoción quirúrgica.

Sarcoma de Kaposi. (SK)

- ∞ Se encuentra más comúnmente en el paladar y la gíngiva.
- ∞ Otros autores lo describen también en mucosa de los carrillos, nariz, faringe y amígdalas.
- ∞ Las lesiones en etapas tempranas se presentan:
 - ∞ Planas
 - ∞ Azul púrpura o rojo púrpura
 - ∞ Coloración que no blanquea con la presión
- ∞ En estadios tardíos las lesiones se vuelven:
 - ∞ Nodulares
 - ∞ Elevadas
 - ∞ Se pueden ulcerar
 - ∞ Se asocian con dolor y sangrado.

EL SK es un tumor multifocal y los pacientes también pueden tener manifestaciones en piel de las extremidades, tórax o piel de la cara.^{3,4,5,12,17,18,23,48,49}

Tratamiento

El tratamiento paliativo de las lesiones bucales de sarcoma de Kaposi solo es necesario en caso de dolor, sangrado, disfagia, o por razones cosméticas. El primer paso consiste en mejorar la higiene bucal y tratar toda infección secundaria como puede ser la candidiasis. El tratamiento local puede incluir radiación regional y/o vinblastina intralesional. La cirugía es útil en casos de lesiones exofíticas y puede complementar a la quimio y radioterapia en el manejo global de esta neoplasia. La quimioterapia sistémica se recomienda para los casos de sarcoma de Kaposi diseminado o de rápida progresión (se ha reportado regresión de sarcoma de Kaposi bucal en un paciente que recibía zidovudina).

Linfoma no Hodgkin.

- ∞ Se presenta como una masa exofítica pedunculada o como un aumento de volumen firme.
- ∞ Asintomático.
- ∞ Mismo color de la mucosa bucal o bien rojo purpura.
- ∞ La lesión puede estar ulcerada.
- ∞ Rápido crecimiento.



- ∞ Se localiza generalmente en el paladar y proceso alveolar
- ∞ Aunque también se ha presentado en: encía, lengua y en las glándulas salivales mayores.
- ∞ Puede mostrar la apariencia de una infección de origen dentario.^{33,38,48,50,51}

Tratamiento

Generalmente los linfomas no-Hodgkin en la boca son de alto grado de malignidad, muy agresivos y con respuesta incompleta a la quimio y radioterapia.

OTRAS LESIONES

Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR)

- En estos pacientes se caracteriza por úlceras de mayor duración y más severidad, generalmente múltiples y dolorosas que pueden interferir con el lenguaje y la deglución.
- Se clasifica de tres formas: EAR menor, EAR mayor y forma herpetiforme.

EAR menor:

- Úlceras planas
- Redondas u ovals de menos de 5 mm
- Cubierta por una pseudomembrana gris blanquecina
- Rodeada por un halo eritematoso
- Se presenta con mayor frecuencia en la mucosa del labio, del carrillo y en el suelo de la boca.

EAR mayor:

- Úlceras grandes de más de 1 cm y hasta 3 cm de diámetro
- Muy persistentes
- Fuertemente dolorosas
- Socavadas
- Profundas y rebeldes a tratamiento
- Muchas de base nodular
- Se encuentran en labios, paladar blando y lengua.

EAR herpetiforme:

- Es menos frecuente y se caracteriza por úlceras pequeñas distribuidas por toda la cavidad bucal.



Tratamiento

En úlceras pequeñas y únicas se indica un esteroide tópico como fluocinonide, hemisuccinato de hidrocortisona o acetónido de triamcinolona seis veces al día por una semana. La aplicación local con una gasa o enjuagues con tetraciclina (125mg por 5ml) cuatro veces al día, seguidos de un esteroide tópico ha resultado beneficioso en algunos casos. Para las úlceras mayores crónicas se recomienda un esteroide sistémico (prednisona 40-60mg) por 7-10 días.

Otras condiciones asociadas al SIDA incluyen el agrandamiento de las glándulas salivares y xerostomía. El agrandamiento de las glándulas salivares puede ser neoplásico o no neoplásico, comúnmente es indoloro. Es más frecuente en niños.
3,4,5,12,17,18,23,31



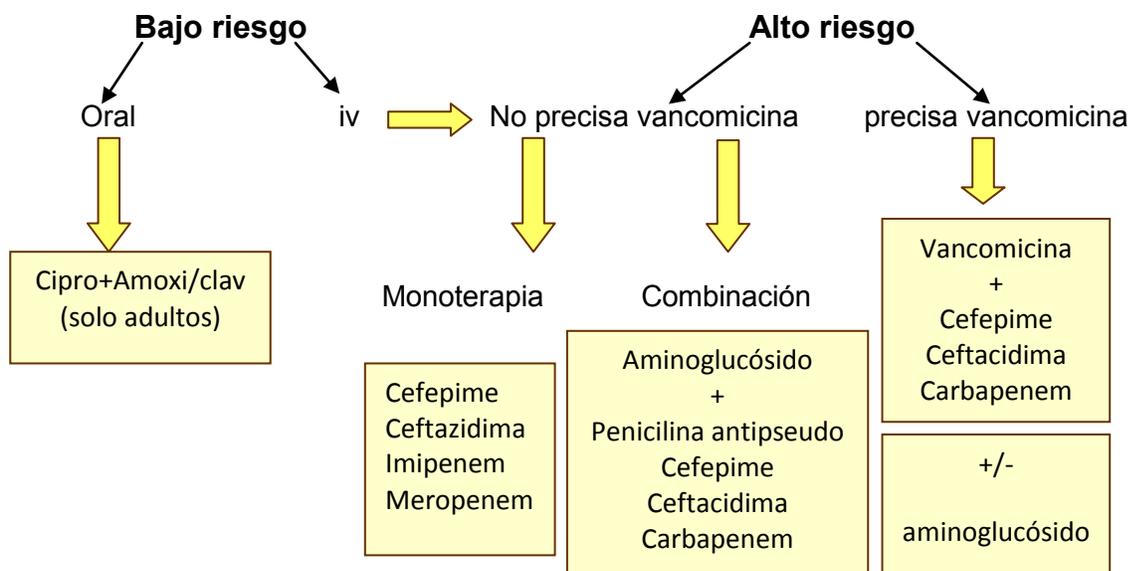
EN CASO DE NECESITAR ANTIBIOTICO-TERAPIA SE SUGIERE:

ANTIBIÓTICOS RECOMENDADOS

A pesar de la menor frecuencia de afectación por bacterias gram negativas en la actualidad, debido a su historia natural fulminante y su elevada mortalidad, el primer objetivo en estos pacientes es la adecuada cobertura de gram negativos. Este se suplementará con otros antibióticos cuando lo indique la situación clínica del paciente.

En el tratamiento empírico inicial, existen 2 posibilidades: Monoterapia o terapia con 2 antibióticos; dependiendo de la fase en que se encuentre el paciente, si esta en bajo riesgo o alto riesgo como se muestra en la siguiente figura:¹²

Manejo de la neutropenia febril. Fase inicial



Reevaluar en 3-5días

Monoterapia

La Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) en su guía de 2002 para el uso de antibióticos en pacientes con neutropenia y fiebre, considera que existen 4 apropiados para su empleo en monoterapia:



Ceftazidima

Cefalosporina de 3^a generación. Utilizada desde los años 80 con excelentes resultados en términos de eficacia y seguridad.

La ventaja es ser antibiótico de amplio espectro que cubre gram positivos y negativos incluyendo pseudomona, alcanza altos niveles bactericidas en suero y se asocia a baja aparición de resistencia. La desventaja es su escasa/nula actividad frente a ciertas bacterias gram positivas y anaerobios. Además, algunos gram negativos han desarrollado beta-lactamasas de amplio espectro (E. coli, Klebsiella spp, Enterobacter spp, Serratia marcescens).

Carbapenem: Imipenem y meropenem

Presentan un mayor espectro antibacteriano frente a aerobios gram positivos y negativos y potente actividad frente a anaerobios.

El meropenem es un nuevo carbapenem con un espectro similar al imipenem excepto por cierta menor actividad frente a gram positivos y cierta mayor actividad frente a gram negativos. Una ventaja es que produce menor toxicidad gastrointestinal y neurológica (crisis epilépticas) que el imipenem.

Cefepime

Cefalosporina de 4^a generación de amplio espectro antibacteriano que ha demostrado frente a gram positivos similar actividad que imipenem y superior a ceftazidima. Así mismo presenta muy buena actividad frente a gram negativos incluyendo Pseudomona (lamentablemente suele presentar resistencia cruzada con la ceftazidima a Pseudomona).

Terapia con dos antibióticos (sin vancomicina)

La combinación recomendada es un β -lactámico de amplio espectro que incluya pseudomona (ticarcilina, piperacilina, piperacilina/tazobactam, ceftazidima, cefepime) o carbapenem con un aminoglucósido (gentamicina, tobramicina, amikacina). El más utilizado ha sido ceftazidima+amikacina.

La ventaja de esta combinación es el posible efecto sinérgico frente a gram negativos y menor aparición de cepas resistentes. La desventaja es la potencial nefrotoxicidad, ototoxicidad, hipokaliemia y necesidad de monitorizar niveles de aminoglucósido. Además la cobertura de gram positivos (sobre todo con la ceftazidima) no es la ideal. Por otro lado, supone una mayor complejidad en la administración y coste.^{17,18}



Situaciones especiales

- a) Alergia a los medicamentos anteriores: asociar el aminoglucósido a ciprofloxacino (fluoroquinolona) o a aztreonam.
 - b) Utilización de otros fármacos nefrotóxicos (evitar aminoglucósidos): asociar un β -lactámico antipseudomona a ciprofloxacino.
 - c) No se recomiendan combinaciones de 2 β -lactámicos debido al mayor riesgo de inducción de β -lactamasas.
1. Si cesa la fiebre y se ha recuperado la neutropenia ($>500/mm$): se suspende el antibiótico tras 48 h de encontrarse afebril y de la recuperación de los neutrófilos (mantener al menos 7 días si cultivo positivo).
 2. Si cesa la fiebre durante los primeros 3 días del tratamiento empírico pero el paciente sigue neutropénico todavía el día 7, la IDSA recomienda:
 - a) Si el paciente es de bajo riesgo: pasar a antibiótico oral a las 48 h (ciprofloxacino + amox-clavulánico), pudiendo seguir el tratamiento de forma ambulatoria hasta completar 5-7 días sin fiebre.
 - b) Si el paciente es de alto riesgo: continuar el tratamiento de forma i.v. durante 14 días. Tras 2 semanas, si está afebril, cultivo negativo y sin signos de infección, se suspende el antibiótico.
 3. Persistencia de fiebre y neutropenia: es importante el examen físico diario del paciente e investigar nuevos signos y síntomas. Tener en cuenta que se precisan al menos 3 días para valorar la eficacia del tratamiento inicial.
 - ∞ La terapia antimicrobiana con antibióticos bactericidas, debe limitarse a pacientes con neutropenia y con tratamiento coadyuvante en las manifestaciones bucodentales. Esta debe consultarse con el médico tratante para proveer una terapia efectiva y reducir la probabilidad de crear resistencia bacteriana.
 - ∞ La terapia antibiótica profiláctica utilizada para pacientes con VIH, que se sugiere es la siguiente:



Antibiótico	Dosis	Vía
Amoxi/clavulánico	500mg/8h	oral
Ceftazidima	2g/8h	iv
Cefepime	2g/8-12h	iv
Piperacilina	3-4g/4-6h	iv
Imipenem	500mg/6h	iv
Meropenem	1g/8h	iv
Aztreonam	2g/6-8h	iv
Vancomicina	1g/12h	iv
Amikacina	carga: 8mg/kg/8h	iv
	Mantenimiento:	
	7.5mg/kg/8h	iv
Ciprofoxacino	400mg/12h	iv
	500-750mg/12h	oral
Levofloxacino	500mg/24h	iv/oral

Esto dependerá de los datos de la Historia Clínica y previa consulta con su médico tratante.

- ∞ En lo relacionado con el uso de soluciones anestésicas locales y antimicrobianos en personas infectadas por el SIDA, **no existen contraindicaciones especiales.**
- ∞ No existen contraindicaciones conocidas para no ofrecer tratamiento bucodental a niños SIDA positivos, teniendo como indicaciones prioritarias los procedimientos preventivos basados en la aplicación de fluoruros tópicos y sellantes de fosas y fisuras, así como las medidas de promoción de la salud para ellos y sus familias.^{12,17,18,31}

ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA A PACIENTES CON SIDA

Este tipo de pacientes normalmente no llegan a la consulta estomatológica ambulatoria, por lo general su atención clínica es a nivel hospitalario. En caso de que llegue al consultorio dental se remitirá a atención hospitalaria.

4. CONSIDERACIONES GENERALES

MEDIDAS PARA PREVENIR LA CONTAMINACIÓN CRUZADA

Para una buena asistencia clínica en el consultorio es imprescindible cumplir una rutina en el desarrollo del trabajo odontológico diario y darle estricto cumplimiento al Manual para el control de infecciones en la práctica odontoestomatológica



apartado 2,3,4 (Peru)⁶², Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales, apartado 7.⁵³ por lo que se recomienda:

1. Atención a todo paciente como **"POTENCIALMENTE INFECCIOSO"**.
2. Reducir el campo de contaminación: minimice la dispersión de aerosoles, gotas y salpicaduras. La utilización de eyectores de alta potencia, permite aumentar el control de infecciones cruzadas.
3. Eliminar el contacto con teléfonos, bolígrafos y con el expediente personal, durante el procedimiento de atención clínica.
4. Lavar las manos antes y después de utilizar los guantes.
5. Usar material e instrumental desechable cuando sea posible y descontaminarlo antes de transportarlos al área de esterilización.
6. Transportar el instrumental descontaminado en bandejas o paquetes que impidan su contacto directo con el medio ambiente.
7. Limpiar las superficies de la unidad, ductos de succión, muebles e instrumental después de cada paciente, utilizando soluciones (ya mencionadas anteriormente), que además reúnan las siguientes capacidades activas: germicida, bactericida, virucida y fungicida, al terminar las actividades diarias de trabajo.
8. Desechar todo instrumental utilizado cuyas características de fabricación sean para un uso único, cumpliendo con lo establecido en los puntos 4 y 5.
9. Manipular y almacenar en recipientes resistentes para el transporte, especímenes quirúrgicos, cuyos fines sean para biopsias.
10. Queda excluido el manejo de piezas dentales extraídas de personas que viven con VIH/SIDA para ser utilizadas con fines didácticos.
11. Los especímenes dentales para desecho, deben mantenerse en solución de hipoclorito de sodio y esterilizarse por vapor a presión o fijar por inmersión en formalina por dos semanas exactas. Para ello es obligatorio etiquetar los recipientes utilizados, consignado la fecha en que se depositan, nombre del profesional responsable e indicación del riesgo (VIH/SIDA).



- 12.** Las prácticas de consumo de alimentos dentro de las áreas de atención clínica, así como en los locales asignados para la descontaminación, lavado, esterilización y almacenamiento de ropa, equipos, instrumentos y accesorios, está contraindicada.⁶³⁻⁷²

CONTROL AL INICIO DE LA JORNADA CLÍNICA

1. Utilizar las barreras o equipos de protección individual para evitar el contacto con sangre y otros fluidos humanos: Bata, guantes, mascarillas, protectores oculares, gorro, etc. (cambio entre paciente y paciente).
2. No utilizar prendas, alhajas, anillo y recogerse el cabello.
3. Lavarse las manos con jabón líquido y agua entre cada paciente, y usar guantes para evitar el contacto con las mucosas.
4. Protegerse de cortes, lesiones, heridas con apósitos aislantes.
5. Emplear instrumental y procedimientos apropiados.
6. Utilizar material desechable (agujas, guantes, eyectores, vasos, etc) y desecharlos por cada paciente.
7. Realizar una adecuada separación de los desechos sólidos; para los infecciosos o los peligrosos o contaminados depositarlos en bolsa de color rojo y los desechos comunes en bolsa color negra.
8. Utilizar un contenedor rígido resistente (garrafas de plástico resistente) para depositar los materiales punzo cortantes utilizados.
9. Mantener un contenedor o depósito con una solución desinfectante como:
 - Hibiscrub (gluconato de clorhexidina al 2%)
 - Yodine (jabón neutro, yodopovidona) siendo jabones antisépticos para introducir los instrumentos usados y su posterior aseo, limpieza y esterilización.
10. Preparar una solución de hipoclorito de sodio (lejía al 5%) para la desinfección de todas las superficies de trabajo no metálicas para su limpieza.
11. Servirse de procedimientos, equipo y materiales adecuados para desinfectar como:



- Blanqueador casero – Hipoclorito de sodio – Diluido 1:5 a 1:100, de 10 a 30 min.
- Yodine – Yodóforo – Diluido 1: 213. De 10 a 30 min.
- Sporicidin – Glutaraldehido al 2% - Diluido 1:16, 10 min.
- Glutarex – Glutaraldehido al 2% neutral – s/diluir, 10min.

- Gafidex - Glutaraldehido al 2% con bicarbonato de sodio – s/diluir, 10min.
- Cidex 7 - Glutaraldehido al 2% alcalinos – s/diluir, 90 min.

Y para esterilizar:

Autoclave: 134-138°C por 3 min a una presión de 15lb
126-129°C por 10 min a una presión de 15lb
121-124°C por 15 min a una presión de 15lb
115-118°C por 30 min a una presión de 15lb

Calor seco: 170°C por 60 min
160°C por 120 min

12.Prevenir la enfermedad a través de inmunizaciones antes o después de la exposición, por ejemplo:

- Sarampión
- Rubéola
- Hepatitis B
- Tétanos
- Influenza
- Parotiditis
- Difteria
- Tuberculosis
- Poliomeilitis

13.Normas de higiene personal.

PRECAUCIONES DURANTE EL ACTO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON VIH/SIDA.

Desde una perspectiva de salud ocupacional y bioseguridad, las medidas que se enuncian no difieren bajo ninguna circunstancia de las precauciones comunes que deben tomarse durante la atención de una persona que se presume VIH negativa, que acuda a recibir atención odontológica o de cualquier otra especialidad médica.



CONTROL ANTES DE CADA PACIENTE

- ❖ Comprobar que todas las superficies del área de trabajo estén limpias y desinfectadas.
- ❖ Colocar barreras impermeables sobre superficies que se puede contaminar.
- ❖ Preparación de los instrumentos y materiales que vayan a ser utilizados en cada paciente.
- ❖ Utilizar bata, guantes, mascarillas, protectores oculares, gorro, etc.
- ❖ Lavarse las manos con jabón líquido y agua, ponerse guantes nuevos por cada paciente.
- ❖ Descartar los sobrantes de anestésicos de los cartuchos de cada paciente y no reutilizarlo en otro paciente.

CONTROL DESPUÉS DE CADA PACIENTE

- ❖ Eliminar los guantes y el resto de materiales, lavarse las manos con jabón líquido y agua u otro desinfectante de manos.
- ❖ Para el aseo y limpieza de los instrumentos y materiales reutilizables es necesario hacerlo con guantes de goma domésticos resistentes, previo a su esterilización.
- ❖ Eliminar las barreras impermeables y desecharlos.
- ❖ Limpiar y desinfectar las superficies de trabajo y el equipo que se haya podido contaminar con el desinfectante de superficie correspondiente. (mencionados anteriormente)
- ❖ Eliminar de forma segura los desechos sólidos peligrosos (residuos, materiales utilizados, etc.), previo a la segregación adecuada de acuerdo con sus características y su peligrosidad.
- ❖ Desinfectar impresiones, prótesis e instrumentos que se enviarán al laboratorio dental de acuerdo al material:



- Silicones: yodóforos o hipoclorito de sodio diluido (inmersión) 10min
- Polisulfuros: yodóforos o hipoclorito de sodio diluido (inmersión) 10min (lavar con agua antes y después de desinfectar)
- Alginatos: yodóforos o hipoclorito de sodio diluido (aerosol) 1 min (rociar la solución y guardar por un minuto en la bolsa de plástico)
- Pasta Zinquenólica: glutaraldehido al 2%, 30 min
- Modelina: glutaraldehido al 2%, 30 min
- Prótesis fija (metal/porcelana, metal/acrílico, porcelana): glutaraldehido al 2%.
- Prótesis removible (acrílico/porcelana): yodóforos, hipoclorito de sodio 10min
- Prótesis removible (metal/acrílico): yodóforos 10min
- Modelos de yeso: yodóforos o hipoclorito de sodio (rociado o inmersión) 10min
- Registro de mordida: yodóforos o hipoclorito de sodio (rociado o inmersión) 10min

La prótesis debe ser lavada con agua y desinfectada antes de entregar al paciente y de enviarla al laboratorio.

Los compuestos clorados no se recomiendan para metal, el glutaraldehido no se recomienda para el acrílico.

- ❖ Las películas de los Rayos "x" utilizadas en la cavidad oral del paciente deben ser abiertas en el cuarto oscuro evitando tocarlos si no es mediante el uso de guantes.



A CONTINUACION SE PRESENTA UN ESQUEMA DONDE SE RESUME TODO LO ANTERIOR.

ESQUEMA A SEGUIR PARA EL DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO EN PACIENTES CON VIH QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL.

Todo paciente que llegue a consulta dental se realizara Historia Clínica

SI PRESENTA (VIH positivo)

NO PRESENTA (sano)

Paciente con más de 3 datos positivos:

- Migración
- Más de 3 parejas sexuales
- Transfusiones
- Perforaciones

Paciente con más de 3 datos negativos:

- Migración
- Más de 3 parejas sexuales
- Transfusiones
- Perforaciones



Aplicar cuestionario



Realizar todo tratamiento odontológico siguiendo las precauciones necesarias del apartado 7, NOM-013-SSA2-2006.



Si presenta 4 o más rubros positivos del cuestionario:



Se remite al médico y se manda a realizar:

- Biometría Hemática
- Prueba Elisa



Si es negativo la atención clínica estará basada siguiendo las indicaciones según la NOM-013-SSA2-2006, apartado: 7



Si el diagnóstico es positivo se realiza plan de Tratamiento según las necesidades del paciente siguiendo:

- Fase I
- Fase II
- Fase III
- Fase IV



Extremando medidas de control de infecciones según la NOM-013-SSA2-2006:

- Evitando la contaminación cruzada, paciente-odontólogo-paciente
- Utilizar instrumentos desechables todo el que sea posible
- Si no se cuenta, dedicar un instrumento básico para este paciente.
- Utilizar guantes quirúrgicos, si no se cuenta usar doble.
- **Extremar** precauciones para evitar punciones.



CONCLUSIONES

- En la actualidad, más de 36 millones de personas en el mundo viven con el VIH-SIDA.
- Cerca de un millón y medio son menores de quince años.
- Entre los países europeos, España se sitúa a la cabeza de la lista con el mayor número de personas afectadas por el virus.
- A falta de una vacuna eficaz, hasta el momento la mejor estrategia para combatir esta pandemia es la prevención.
- Los esfuerzos educativos se dirigen fundamentalmente a evitar la transmisión sexual entre jóvenes y adolescentes, que es la principal causa de los nuevos casos.
- En los últimos 20 años ha habido importantes avances en la atención de personas que viven con VIH/SIDA.
- México es de los primeros países de América Latina que tienen acceso a antirretrovirales, pero desafortunadamente no se ha logrado que todas las personas que viven con VIH o SIDA se detecten oportunamente, lo que limita que reciban el tratamiento antirretroviral para mejorar su calidad de vida.
- Más del 50% de las personas se detectan en etapas tardías o a menos de un año de desarrollar la sintomatología, debido entre otras causas a que las personas no regresan por sus resultados, por dificultad en el acceso al laboratorio, por la ubicación de los centros de salud o por estigma y discriminación, lo que ocasiona pérdida de oportunidades diagnósticas.
- Es de suma importancia que el individuo sea responsable y conozca su condición al VIH especialmente si ha tenido prácticas de riesgo; y aun cuando haya decidido no practicarse las pruebas.
- Por otro lado, el riesgo de la transmisión perinatal del VIH se reduce considerablemente si se ofrece profilaxis a las embarazadas que cursan con VIH o SIDA, lo que requiere, nuevamente de un diagnóstico temprano.
- Generalmente a la exploración de cabeza y cuello, la cavidad bucal es el primer sitio que refleja la infección por el VIH; sin olvidar el interrogatorio realizado durante la Historia Clínica.



- Las manifestaciones bucales (según la OMS) más frecuentes por la infección por el VIH y el SIDA son:
 - Candidiasis bucal
 - Leucoplasia Pilosa
 - Gingivitis y Periodontitis
 - GUNA
 - Sarcoma de Kaposi
 - Linfoma no Hodgkin.

- La Candidiasis Bucal constituye en la actualidad una de las patologías más frecuente en la práctica estomatológica, posee un enorme valor clínico, ya que pueden ser la primera manifestación en los pacientes VIH/SIDA, constituyéndose no solo como indicador precoz de la enfermedad, sino como marcador de la severidad y marcador pronóstico de la misma.

- Entre la variedad de Candidiasis Bucal, la pseudomembranosa resulta ser la forma clínica más frecuente en los pacientes SIDA.

- Muchas de estas patologías bucales tienen un gran valor predictivo de la infección por el VIH y en los pacientes seropositivos preceden el desarrollo del SIDA.

- Los que practicamos la atención a la salud bucal desempeñamos una labor fundamental en el reconocimiento y diagnóstico de los individuos infectados, por lo que debemos estar armados de fundamentos cognoscitivos en las esferas diagnóstica y preventiva del desarrollo del SIDA.

- Por lo anterior es de suma importancia, que el personal de salud de primer contacto realice un diagnóstico oportuno del VIH, a través de:
 - La elaboración de la Historia Clínica.
 - Del uso de auxiliares de diagnóstico como las pruebas rápidas (médico principalmente).
 - La aplicación del protocolo propuesto en especial para uso del Cirujano Dentista.
 - El Cirujano Dentista puede ser uno de los primeros contactos (como personal de la salud) con los pacientes; de ahí que radica la importancia de realizar un diagnóstico oportuno, apoyados en la aplicación de este protocolo.



- Sin olvidar que este tipo de pacientes deben ser atendidos inter y multidisciplinaria.
 - Tener siempre comunicación con el médico tratante.
 - Seguir al pie de la letra los manuales de bioseguridad.
 - Hacer mayor énfasis en la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales, Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.
 - Remitir al paciente en etapa 3 y 4 con SIDA a atención Hospitalaria.
- El protocolo sirve para asistir al Cirujano Dentista en la toma de decisiones apropiadas sobre el cuidado de la salud, y en el caso específico, fortalecer y definir un diagnóstico temprano, y así mismo referir al médico.
- Todo esto con el fin de frenar el estigma y la discriminación.
- Y brindar al paciente con VIH una buena atención hasta donde se sea posible para el Cirujano Dentista
- Este protocolo no pretende realizar un análisis exhaustivo de los métodos de diagnóstico, sino que el Cirujano Dentista cuente con un documento de apoyo que permita el manejo adecuado del paciente, aprovechar las oportunidades diagnósticas y en caso necesario remitir a otro nivel de atención.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Finkelman J. Discurso del Presidente del Grupo Temático de ONUSIDA. Zacatecas, México; 2006.1-40
2. Pinzón E, col. Prevalencia y factores relacionados con la presencia de manifestaciones orales en pacientes con VIH-SIDA. Colombia Médica. 39(4); 2008(octubre-diciembre).56-92
3. Lobos N. SIDA y Odontología. Ed. Avances Médicos-Dentales. Madrid (España); 1992.Capítulo 1,2,3
4. Greenspan D, Pindborg J, Greenspan J, Schidot M. El Sida en la Cavidad Bucal. Dinamarca; 1994.7-107
5. ONU-SIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH / SIDA (versión española). Suiza:ONU-SIDA; 2002.1-36
6. Wolfensohn J, De Deus J, Piot P. Hacer frente al SIDA: prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial. Washington;2000.135-149
7. Olaiz G. SIDA: la epidemia que a todos afecta. México; 1988.85-199
8. Miller D, Weber J, Green J. Atención de pacientes de SIDA. Ed. El manual moderno. México D.F;1989.Capítulo 1,2,3,5
9. Human D. Addressing HIV/AIDS in East Asia and Pacific. The world bank. Washington; 2004. 11-16
- 10.Daniels V. Sida: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Ed. El manual moderno. México D.F; 1998.1-107
- 11.Human D. HIV/AIDS in Latin American Countries. The world bank. Washington; 2003. 1-25
- 12.Sande M, Volberding P. Manejo médico del SIDA. Ed. Interamericana McGraw-Hill. México D.F; 1992.59-135
- 13.SS/Dirección General de Epidemiología. Registro Nominal de Seropositivos a VIH. Datos al 14 de noviembre del 2008. 1-21
- 14.SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 14 de noviembre del 2008. 1-11
- 15.INEGI/SS. Registro de mortalidad 2007.1-25
- 16.División para la Prevención del VIH/SIDA. Centro Nacional para la Prevención de VIH/SIDA, Hepatitis Viral, ETS y TB; 2008. 1-7
- 17.Cassuto J, Pesce A, Quaranta J, De Prado J. Manual, SIDA e infección por VIH. Ed. Masson. Barcelona; 1991. 21-46
- 18.DeVita V, Hellman S, Rosenberg S. SIDA: Etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención. Ed. Salvat. Barcelona (España); 1990. Capítulo 1,2,3,4,12
- 19.Cedeno L, Berg E, Trujillo J. Complicaciones neurológicas en pacientes coinfectados con el VIH-1 y el Virus de la Hepatitis C. Revista Mexicana de Neurociencia.8(5); 2007. 512-515
- 20.De la Teja E, Durán A, Ceballos H, Macedo A. Rehabilitación bucal bajo anestesia general en niños con VIH+. Informe de tres casos. Acta pediátrica de México.28(6);2007. (noviembre-diciembre) 243-247



21. Richardson D. La mujer y el SIDA. Ed. El manual moderno. México D:F; 1990. 5-85
22. Ferrer J, Gafo J. SIDA y Bioética: de la autonomía a la justicia. Ed. Gráf. Madrid; 1997. 21-50
23. Heymann D. El control de las enfermedades transmisibles. American Public Health Association. Washington; 2004. 596-607
24. Suárez J, Gutiérrez M, Rosa R, Pentón R. Resultados maternos y perinatales del embarazo en pacientes que viven con VIH. Obstetricia.1; 2008. 1-10
25. Mayo D. VIH/SIDA en gestantes. Revista Cubana Obstetricia Ginecologica.31(3); 2005. 1-6
26. Vincent T, Hellman S, Steven A y col. Etiology, Diagnosis, Treatment, and Prevention. J.B. Lippincott Company. Washington; 1992. 1-5
27. Teva I, Bermúdez M, Hernández-Quero J, Buena-Casal G. Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. Salud Mental.28(6);2005. 15-21
28. López L. ¿Se puede prevenir el SIDA?. Diván el Terrible. Madrid; 2004. 11-46
29. Colectivo de Autores. Conociendo sobre VIH. Manual para el personal de la Salud y médicos de la familia en Cuba. La Habana: Pueblo y Educación; 1999. 1-56
30. Usdin S. VIH/SIDA. Ed. Intermón Oxfam. Reino Unido; 2004. 13-41
31. Ponce de León S, Rangel S. SIDA aspectos clínicos y terapéuticos. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Bogota; 2002. Capítulo 3,5,6,12
32. Arreguín V, alvarez P, Simón J, Valderrama J, Macías A. VIH en donadores mexicanos de sangre y el riesgo calculado de la transfusión. Revista de investigación clínica.60(4); 2008 (julio-agosto) 278-283
33. Bennett C, Searl S. Manual de enfermedades transmisibles. Ed. Limusa. España; 2000. 11-21
34. Pindborg JJ. Mensajes Positivos. Boletín Trimestral para las PVVIH en Cuba. La Habana: ONU-SIDA; 2006. 1-15
35. Irigoyen E, Zepeda M, López V, Molina N. Actitudes sobre el contagio con VIH en la consulta odontológica: estudio de un grupo de personas del DF. Temas selectos de investigación clínica.10; 1999. 9-23
36. Pindborg JJ. Classification of Oral Lesions associated with HIV infection. Oral Surg.67(2); 2000. 1-15
37. Ramírez Z, Díaz F, Jaimes F, Rugeles M. Origen no infeccioso del SIDA: ¿ mito o realidad?. Asociación colombiana de infectología. Vol. 11(4); 2007. 190-200
38. Molina M. Manifestaciones orales de SIDA. Medicina Interna de México.21(6); 2008. 110-146



39. Flores de Apodaca Z, Martínez G, Ruiz A, Fernández C. Candidiasis esofágica en pacientes con SIDA. Estudio clínico y microbiológico. Revista cubana.50(2); 1998. 110-114
40. Klein RS. Oral Candidiasis high -risk patients as the initial manifestation of acquire inmunodeficiency síndrome. N Engl J Med.54; 1994. 21-29
41. Arteaga F, Quiñonez B, Prado J. Manifestaciones periodontales de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana adquirida. Revista Odontologica de los Andes. Mérida-Venezuela.3(1); 2008. 54-59
42. OPS-OMS. La Salud Bucodental: Repercusión del VIH / SIDA en la práctica Odontológica. USA. 2005. 31-61
43. Santana Garay JC. Infección por el VIH en el complejo bucal. Ciencias Médicas. La Habana.23(7); 2000. 125-141
44. Ramírez V, Esquivel L, Ponce de León S, De la Rosa E, González M. Alteraciones de la mucosa bucal. Revista cubana.34(11); 2002. 15-29
45. Miralles F, Ortega L, Oropesa L, Rodríguez F, Capó V. comportamiento de linfoma relacionado con VIH/SIDA en el Instituto "Pedro Kourí". 2004-2005. Revista cubana.58(3); 2006. 1-8
46. Quiroz L, Vizcaíno M, Rengifo L. Linfoma de Burkitt en un niño con infección por VIH. Revista Colombiana de Cancerología.8(1); 2004. 36-40
47. Casanova P, Casanova P, Lima G, Aldana L, Acosta M. Manifestaciones neuropsiquiátricas de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Revista Cubana Medicina Militar.31(3); 2002. 194-200
48. Santana J, Hernández B, Negrín L, Martínez I, Rodríguez L. Sarcoma de Kaposi. Revista Cubana Oncología.16(3); 2002. 150-153
49. Bello M, Montalvo M, Rodríguez L, col. Hepatitis C en pacientes VIH positivos. Revista Cubana de Medicina Tropical.60(3); 2008. 1-6
50. Parra R, Teruel R, Rubio A, Gómez L, Rojas S. Caracterización clínica del SIDA en pacientes ingresados en la Sala de Infeccioso durante el año 2007. CCM. Holguín.12(4); 2008. 1-10
51. Irwin A, Millen J, Fallows D. SIDA GLOBAL: verdades y mentiras. Ed. Paidós. Barcelona; 2004. 24-51
52. Reyes H, Navarro P. Enfermedades Infecciosas Virales. Ed. Disinlimed.C.A. 2002. 265-277
53. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. 1-36
54. Chavesta C. Protocolos médicos. Health Level Seven. 1-15
55. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. 100-117
56. Norma Oficial Mexicana NOM-010-ssa2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 1-18
57. CONASIDA. Diferencias entre el paciente seropositivo asintomático y el que tiene SIDA. En: Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales. México. 2000. 1-54



58. CONASIDA. Curso abierto y a distancia sobre SIDA y ETS: introducción, definición y características del virus. México 2000. 1-42
59. Pérez V, Estrada A. Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH-SIDA ante su diagnóstico y su manejo. México. 71(1); 2004. 1-6
60. Mora J, Uribe M, Sepúlveda J y col. Practica Medica Efectiva VIH-SIDA. México. 4(2); 2002. 1-29
61. Ramírez V, López V, Anaya G, Lara N. Experiencias de pacientes con VIH/SIDA y respuestas de odontólogos ante el tratamiento dental en la Ciudad de México. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. México, D.F. 65(3); 2008. 1-39
62. Otero J. Manual para el control de infecciones en la práctica odontoestomatológica. Lima-Perú. 2002. 1-49
63. Alpuche C, Amaya A, Andrus J, Aranda E y col. Guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, E.U.A. 2004. 1-276
64. Heitmann I, Lerner S, Martín M, Mejía C, y col. Guía para la atención médica de pacientes con infección por vih/sida en consulta externa y hospitales. CCM. Holguín. 22(6); 2007. 1-33
65. Fernández J, Pereiro C. Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Valencia. 10(54); 2007. 1-65
66. Frenk J, Tapia R, Saavedra J, y col. Guía para la aplicación de la prueba rápida. México. 2006. 7-31
67. MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/SIDA*. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005. 1-53
68. Comisión Nacional del SIDA. Guía Clínica para la atención de las personas adultas que viven con VIH/ SIDA. Octubre de 2001. 3-75
69. Boza R. Guía de atención de personas con VIH/SIDA en la práctica de la odontología en la Caja Costarricense de Seguro Social. Caja de Seguro Social. Costa Rica; 2004. 15-46
70. Brizuela J, Navarro E, Alcides H. Protocolo de atención para personas viviendo con VIH-SIDA. Ministerio de salud pública y asistencia social. El Salvador; 2005. 5-63
71. Arrieta F, Barragán O, Trejo M. Guía de atención del VIH-SIDA. Ministerio de salud pública y asistencia social. Colombia; 2007. 1-156
72. Morales G, Ruiz H, Olvera E, Victoria K. Protocolo de manejo de pacientes con infección del VIH-SIDA. Universidad Autónoma de Guadalajara; 2002. 8-96