



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO ODONTOLÓGICO Y
LESIONES BUCALES EN PACIENTES CON VIH EN UNA
MUESTRA DE ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA, 2017.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

KARINA RODRÍGUEZ MOLINA

TUTORA: C.D. MARÍA DE LOS ÁNGELES SUSANA NAVA
GUTIÉRREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A Dios por permitirme haber llegado hasta este momento.

A mis padres Martha y Pedro

Por su apoyo, por su amor, dedicación, porque sin ellos no podría haber logrado todas mis metas. Nunca podré pagarles todo lo que han hecho por mí.

A mis hermanos Luis, José y Víctor

Por todas las experiencias que han sido únicas, por su amor y su apoyo.

A mi cuñada Elizabeth

Por todos sus consejos y amistad.

A mi amiga Karina

Porque se ha vuelto como una hermana, por todas las experiencias, cariño y por su apoyo incondicional.

A mis amigas Sandra, Rebeca, Nallely, que en tan poco tiempo se han vuelto parte importante de mi vida.

Lo que piensas, lo serás.

Lo que sientas, lo atraerás.

Lo que imagines, lo crearás.

Buda

ÍNDICE

I INTRODUCCIÓN	6
II ANTECEDENTES HISTORICOS DEL VIH/SIDA EN MÉXICO ...	8
III VIH Y SIDA	11
3.1 Factores de riesgo.....	13
3.1.1 Mecanismo de transmisión.....	14
3.1.2 Fluidos contagiosos y no contagiosos.....	15
3.2 Mecanismo de infección del VIH.....	16
3.3 Métodos de diagnóstico.....	21
3.4 Estadios de la infección por el VIH.....	28
3.4.1 Etapa de ventana.....	28
3.4.2 Etapa de seroconversión.....	28
3.4.3 Etapa asintomática.....	29
3.4.4 Etapa sintomática.....	29
3.4.5 SIDA.....	30
3.5 Clasificación de las principales lesiones en cavidad bucal.....	31
3.6 Micóticas.....	31
3.6.1 Candidiasis seudomembrnosa.....	32

3.6.2 Eritematosa.....	32
3.6.3 Hiperplasiaca.....	32
3.6.4 Queilitis angular.....	32
3.7 Bacterianas.....	34
3.7.1 Gingivitis Ulcerativa Necrotizante (GUN).....	34
3.7.2 Periodontitis Ulcerativa Necrotizante (PUN).....	35
3.8 Víricas.....	37
3.8.2 Herpes simple.....	37
3.8.3 Leucoplasia vellosa.....	37
3.8.4 Herpes zóster.....	39
3.8.5 Úlcera por citomegalovirus.....	40
3.9 Neoplásicas.....	41
3.9.2 Sarcoma de Kaposi.....	41
3.9.3 Linfoma no Hodgkiniano.....	42
4 Manejo odontológico del paciente con VIH.....	43
4.1 Medidas de higiene.....	44
4.2 Uso de barreras físicas para protección.....	44
4.3 Accidentes durante la consulta odontológica.....	46
4.6 Prevención.....	47
4.7 Revisión de la cavidad bucal.....	48
4.8 Procedimientos en la cavidad bucal.....	49
4.9 Promoción de la salud bucal.....	49

4.10 Interconsulta con el médico tratante.....	49
4.11 Procedimientos preventivos.....	50
4.12 Tratamiento periodontal.....	50
4.13 Tratamientos quirúrgicos.....	50
4.14 Tratamiento restaurador.....	51
5. Consideraciones éticas.....	51
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	53
V JUSTIFICACIÓN.....	53
VI OBJETIVOS.....	54
6.1 General.....	54
6.2 Específicos.....	54
VII MATERIAL Y MÉTODO.....	55
7.1 Tipo de estudio.....	55
7.2 Población de estudio y muestra.....	55
7.3 Criterios de inclusión.....	55
7.4 Criterios de exclusión.....	55
7.5 Variables de estudio.....	56
VIII RESULTADOS.....	56
IX DISCUSIÓN.....	60
X CONCLUSIONES.....	61
XI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

ANEXO

I INTRODUCCIÓN

El conocimiento que poseen los odontólogos acerca del VIH/SIDA, es fundamental para el tratamiento y manejo de personas portadoras, ya que debido a su condición sufren de infecciones oportunistas que se manifiestan en la cavidad bucal representando serios problemas para el paciente.

En la práctica odontológica aún existe un gran temor al contagio por el VIH y esta es la principal razón por la cual rechazan a estos pacientes. La infección producida por el virus de inmunodeficiencia constituye un problema de salud a nivel mundial debido a que un importante número de manera intencional o bien porque ignoran su condición y no informan al personal de salud sobre su situación, generan un riesgo de salubridad para los prestadores de servicios de salud y para los usuarios de ellos, por lo que cada día es de mayor relevancia los conocimientos, prácticas y actitudes adecuadas para el control de las infecciones en la atención dental, así como para la atención de pacientes portadores de este virus.¹

La literatura reporta una correlación entre la prevalencia de lesiones bucales, con los parámetros de laboratorio como lo son el conteo de las células CD4+ y la carga viral en plasma de pacientes con VIH. Estos parámetros son factores determinantes en la progresión de la enfermedad, además de otros factores que incluyen hábitos como el tabaquismo, mala higiene oral, aparatología fija o removible y xerostomía facilitan la aparición de lesiones bucales en estas personas.²

El virus de inmunodeficiencia humana está asociado con un gran número de manifestaciones bucales. Resultados de estudios han demostrado que la presencia de lesiones en la cavidad oral es muy alta en pacientes infectados. Se ha visto que dichas lesiones tienen un gran valor diagnóstico ya que están relacionadas con la progresión de la enfermedad.³ La mayoría de las personas infectadas por el VIH sufren alteraciones, cuya severidad va en aumento a medida que deprime su sistema inmunitario, estas se conocen con el nombre de infecciones oportunistas

Las lesiones orales más frecuentes asociadas con la infección de VIH son la candidiasis oral, gingivitis, periodontitis, sarcoma de Kaposi y la xerostomía.⁴

En los pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana, las manifestaciones bucales asociadas con esta infección juegan un papel importante debido a la elevada frecuencia con la que aparecen, y al mismo tiempo el deterioro en la calidad de vida que algunas lesiones bucales pueden causar al afectar funciones como la deglución y la masticación.

II ANTECEDENTES HISTORICOS DEL VIH/SIDA EN MÉXICO

El virus de la inmunodeficiencia humana, hasta la fecha, se considera mortal debido a que hay una deficiencia en la respuesta inmunológica; es decir, el organismo pierde su capacidad para defenderse contra determinadas infecciones y enfermedades.

Entre las investigaciones consultadas se cree que su origen fue en África Central, donde posiblemente se registró la primera infección en un ser humano. Se piensa que paso al Caribe y luego a Estados Unidos y Europa. En 1981 se asoció por primera vez en Estados Unidos con la relación sexual.

En un inicio alcanzo un alto interés periodístico y grupos conservadores catalogaban la enfermedad como exclusiva de la homosexualidad.

Las vías de infección más frecuente de este virus son a través del intercambio de fluidos corporales, (relación sexual), por vía parenteral por ejemplo una transfusión de sangre infectada o por el uso de agujas contaminadas, accidentes laborales con objetos punzocortantes en el caso del personal de salud y por vía perinatal de madre a hijo.⁵

Casos de SIDA notificados en México (1983-2017) 189,418 ⁶

Casos notificados de VIH y de Sida en México (2017) que se encuentran vivos según estado de evolución registrado Total: 140,676 Sida: 74,548 VIH: 66,128. ^{6,7}

Morbilidad: CENSIDA informa que en el primer trimestre del 2017 hubo un total de 1,883 casos nuevos de los cuales 844 padecen SIDA y 1,039 VIH.⁷

Mortalidad: Número de defunciones por Sida en México (2015) 4,756.⁷

1981 primeros casos de SIDA, aunque son reconocidos en forma oficial hasta 1983.

1986 " Se integra el Comité Nacional para la Prevención del sida como un grupo multidisciplinario para atender la problemática de la epidemia en México. Se establece la vigilancia epidemiológica obligatoria para los casos de

infección por VIH y sida.

1987 " Se establece como obligatoria la notificación inmediata de los casos de infección por VIH.

1988 " CONASIDA Se conforma como órgano desconcentrado de la Administración Pública Federal dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y como entidad rectora responsable del diseño e implementación de las políticas públicas para la prevención y el control del sida.

1989 " Inicia actividades el Centro de Atención telefónica Telsida como línea nacional de información y asesoría sobre sida (vigente hasta la fecha).

1992 " Se publican las primeras Guías de Atención dirigidas a profesionales de la salud.

1994 " Se publica la Norma Oficial Mexicana NOM-003- SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, para unificar criterios, actividades, estrategias y técnicas operativas del Sistema Nacional de Salud en relación a la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

1998 " Se adopta el Programa "Lazo Rojo" con el fin de contrarrestar el estigma y la discriminación hacia las personas afectadas por el VIH y el sida. " Comienzan a brindarse de manera gratuita medicamentos antirretrovirales a personas no derechohabientes del Sistema Nacional de Salud.

2000 " Gracias a la medida adoptada en 1986 en que se hace obligatoria la aplicación de la prueba de detección para todos los donadores de sangre, se registra una disminución en los casos de transmisión por transfusión sanguínea.

2001 " Se crea el Centro Nacional Para la Prevención y el Control del sida (Censida)

2003 " Se crean los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)

2006 " Cambia el término "Servicios Especializados de Atención" (SEA) por el de "Servicio de Atención Integral para las personas con VIH/SIDA" (SAI).⁸

III VIH Y SIDA

El Virus de Inmunodeficiencia Humana es un microorganismo que ataca al sistema inmune de las personas, debilitándolo y haciendo que se vuelvan vulnerables ante infecciones y enfermedades poniendo en peligro la vida del individuo.

Se han identificado dos tipos diferentes del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el VIH-1 y el VIH-2, los cuales comparten propiedades epidemiológicas, pero desde el punto de vista serológico son relativamente diferentes. Al parecer la patogenicidad del VIH-2 es menor a la del VIH-1.

Cuando el VIH ingresa al organismo no puede sobrevivir de forma independiente así que debe hacerlo en el interior de una célula. Este virus se encargará de invadir y destruir a los linfocitos CD4, encargados de dirigir el funcionamiento del sistema inmunológico.

El virus comenzara a reproducirse dentro del linfocito CD4 transmitiendo su información genética para así crear nuevas células que en lugar de proteger al individuo destruirán la capacidad de respuesta inmunitaria.

Frecuentemente se escucha hablar sobre la infección por VIH y del SIDA como si fueran sinónimos, cuando en realidad es una idea errónea, ya que tener VIH no significa tener SIDA.

Una persona infectada por VIH es aquella que estuvo expuesta al virus, pero no necesariamente tiene que desarrollar la enfermedad; de hecho, se puede permanecer sin síntomas durante mucho tiempo. Aquí el sistema inmunológico queda debilitado por el virus y el infectado es vulnerable frente a enfermedades o infecciones. Al inicio de la infección se presenta fiebre, faringoamigdalitis, malestar general, que persisten durante una o dos semanas.

Después de este tiempo los síntomas desaparecen y las personas infectadas permaneces asintomáticas en promedio de 5 a 15 años. ⁹

Por otro lado, el SIDA es una condición causada por el virus del VIH, a medida que la infección por este virus avanza disminuye la cantidad de células CD4, aquí aparecen enfermedades que están típicamente relacionadas con el avance de la infección. La severidad de las infecciones generalmente se correlaciona con la disfunción del sistema inmune.¹⁰

3.1 FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es cualquier característica de un individuo que aumente su probabilidad de padecer una enfermedad o lesión. De acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 los factores de riesgo para adquirir la infección por VIH/SIDA son los siguientes:

Prácticas sexuales de riesgo (definido epidemiológicamente): Toda práctica sexual sin condón o barrera mecánica de protección, independientemente de la preferencia sexual de una persona, toda práctica sexual sin protección con el antecedente y/o la presencia de una ITS, incluido el VIH, independientemente de la preferencia sexual de las personas.

- Personas que tengan o hayan tenido accidentes con material punzo-cortante contaminado con sangre y/o salpicadura de sangre, hemoderivados o productos biológicos contaminados con el VIH y que están en seguimiento serológico y que tengan prácticas de riesgo con sus parejas sexuales.

- personas expuestas a condiciones de riesgo (definido epidemiológicamente) son: Personas con hemofilia y personas transfundidas entre los años 1980 y 1987 y que no hayan sido sometidas a la prueba de detección del VIH.

-Hijos(as) nacidos(as) de mujeres que viven con VIH/SIDA.

-Personas trabajadoras del Sistema Nacional de Salud que tienen exposición percutánea o en mucosas a fluidos potencialmente contaminantes.

-Personas que reciban o sufran punción o heridas con instrumentos punzo-cortantes, contaminados por sangre, como son los usados en acupuntura, perforaciones y tatuajes.¹¹

Teniendo en cuenta estos factores el odontólogo y cualquier trabajador del sector salud no está exento de riesgo pues se ve amenazado continuamente por la posibilidad de infectarse con algún virus debido a un accidente con un objeto punzocortante que este contaminado o al no usarse las medidas

adecuadas de protección, por lo tanto, al realizar cualquier procedimiento no se debe descuidar la bioseguridad y el autocuidado en la consulta odontológica.¹²

La atención odontológica a pacientes infectados por el virus del VIH debe incluir un tratamiento oportuno de las infecciones presentes en la cavidad oral. A menudo la atención brindada a estos pacientes no es la adecuada ya sea por la falta de información acerca del tema o por la escasa habilidad manual por parte del profesional.¹³

3.1.1 MECANISMO DE TRANSMISION

El VIH se puede transmitir por tres formas diferentes:

Transmisión sexual.

El VIH se transmite al tener relaciones sexuales sin protección con una persona infectada pues la exposición directa a secreciones como semen y secreciones vaginales favorece la transmisión del virus.

Transmisión sanguínea.

Al tener contacto con sangre infectada como:

-transfusiones de sangre, si no ha sido examinada por un laboratorio será la forma más efectiva de contraer el VIH pues pasa una gran cantidad de virus al individuo no infectado.

- trasplantes de órganos, al no realizar los controles preventivos como exámenes sanguíneos sobre los donantes existe un alto riesgo de infectarse.

El control preventivo de los donantes de órganos entro en vigencia en los Estados Unidos 1985, momentos en que la epidemia de SIDA tuvo su apogeo.¹⁴

vía parenteral, todo elemento punzocortante contaminado que entre en contacto con la sangre de una persona sana por ejemplo un accidente laboral en el caso de los prestadores de servicios de salud o de personas con problemas de adicción al compartir agujas para administrarse drogas, es muy probable el contagio de VIH.

Transmisión perinatal: una mujer embarazada con VIH tiene un nivel muy elevado de infectar a su hijo por medio de la lactancia materna, durante en el embarazo, o en el momento del parto al tener contacto con la sangre de la madre.²¹

Datos de la UNICEF dicen que esto NO ocurre en el 100% de los casos, siempre existe la posibilidad de que una mujer embarazada infectada, no infecte a su hijo (a). Se calcula científicamente que puede ocurrir entre un 25-30% de los embarazos de una persona infectada y en el 14 o 16% de las madres infectadas que amamantan a sus hijos (as).^{15,16}

La OMS menciona que intervenciones eficaces como terapia antirretroviral permiten reducir las cifras a niveles inferiores.¹⁷

3.1.2 FLUIDOS CONTAGIOSOS Y NO CONTAGIOSOS

Fluidos corporales infecciosos

El VIH puede ser transmitido de una persona a otra a través de:

- Sangre
- Secreciones vaginales
- Semen
- Leche materna

La sangre contiene la mayor concentración de virus, seguido por el semen y los fluidos vaginales. Estos son los tres fluidos básicos que infectan a las personas con el VIH. La leche materna puede contener altas concentraciones de virus, pero en estos casos, la transmisión depende de quién y cómo. Un adulto puede ingerir una pequeña cantidad de leche materna con un riesgo mínimo. Pero un bebé, con un sistema inmunológico que se está desarrollando, consume una gran cantidad de leche materna. Por lo tanto, un bebé corre el riesgo de contraer el VIH, mientras que un adulto probablemente no.¹⁸

Fluidos corporales no infecciosos

- Saliva
- Heces
- Sudor
- Lágrimas
- Orina

El sudor no contiene VIH, los otros fluidos no contienen suficiente cantidad de VIH como para infectar a otra persona.¹⁸

3.2 MECANISMO DE INFECCIÓN DEL VIH

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus (retroviridae) subfamilia lentivirus, este es capaz de invertir el sentido en el proceso de información, por este motivo se les denomina retrovirus, este virus necesita infectar a una célula viva para poderse replicar.

Las infecciones por el virus del VIH se caracterizan por presentar un curso crónico de la enfermedad, un período largo de incubación, una replicación persistente del virus. Los retrovirus son virus de cadena sencilla de RNA que poseen una enzima que es la transcriptasa inversa esta les permite convertir el RNA en DNA, para poder integrarlo al genoma de la célula del individuo,

gracias a la transcriptasa inversa se logra la reproducción de células infectadas en lugar de células sanas. ¹⁹

El mecanismo de acción del VIH para infectar a las células se puede describir en los siguientes puntos:

El VIH penetra en el organismo y una vez dentro del torrente sanguíneo, identifica a la célula huésped por sus moléculas GP120 (el VIH no puede infectar a cualquier célula, solo a aquellas que en su membrana externa contengan las moléculas específicas CD4 y que funcionarán como receptores).

- Enlace o fijación: el VIH se fija a los receptores en la superficie del linfocito CD4.

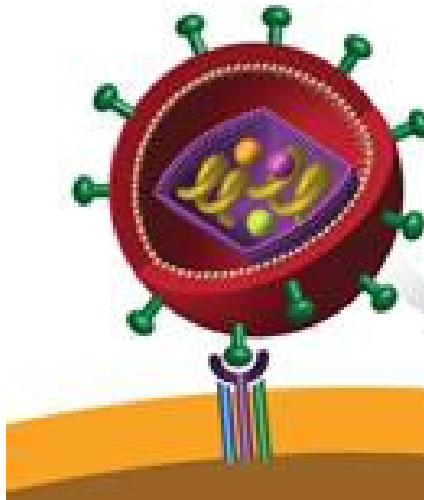


Figura 1. Enlace o fijación ⁶³ .

- Fusión: la envoltura del VIH y la membrana del linfocito CD4 se unen, lo que permite que el VIH entre a la célula.

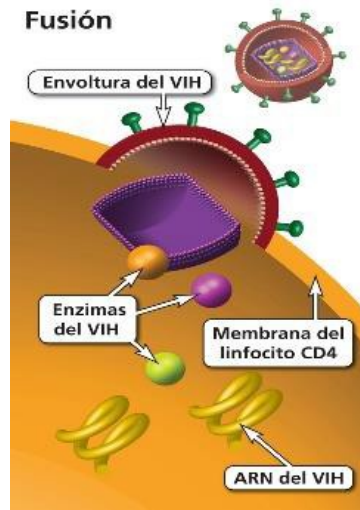


Figura 2 Fusión⁶³.

- Transcripción inversa: dentro del linfocito CD4, el VIH libera y usa la transcriptasa inversa para convertir el ARN del VIH en ADN, esta conversión le permite al VIH entrar al núcleo del linfocito CD4 y combinarse con el ADN del linfocito.

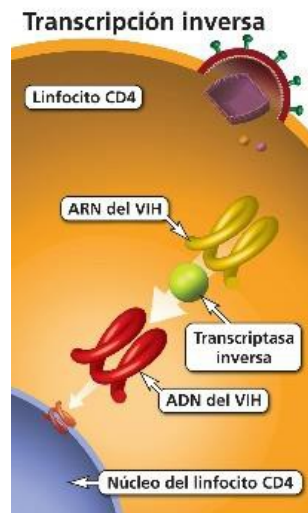


Figura 3 Transcripción inversa⁶³.

- Integración: dentro del núcleo del linfocito CD4, el VIH libera una enzima llamada integrasa. El VIH usa esta enzima para integrar su ADN vírico dentro del ADN del linfocito CD4.

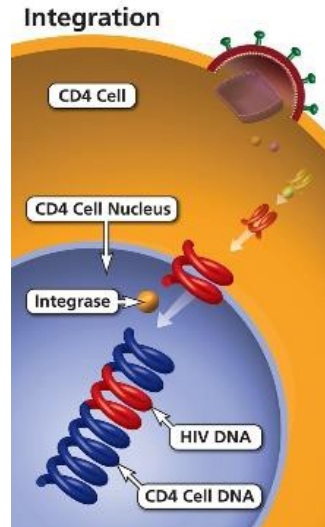


Figura 4 Integración⁶³.

- Multiplicación: una vez que el VIH se integra dentro del ADN del linfocito CD4, comienza a emplear el mecanismo de este linfocito para crear cadenas largas de proteínas del VIH. Esas cadenas de proteínas son elementos para producir más copias del VIH.

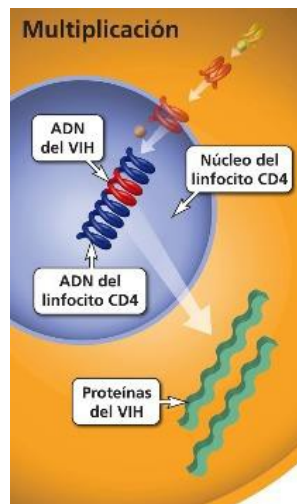


Figura 5 multiplicación⁶³.

Ensamblaje: el nuevo ARN del VIH y las proteínas víricas producidas por el linfocito CD4 salen a la superficie de la célula y se ensamblan en un VIH inmaduro.

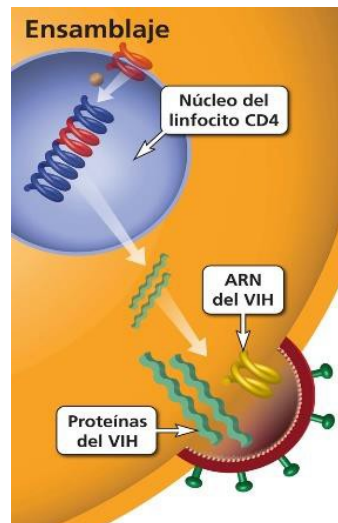


Figura 6 ensamblaje⁶³.

Geminación: El VIH inmaduro se impulsa hacia el exterior del linfocito CD4. El nuevo VIH libera una enzima llamada proteasa. La proteasa actúa para separar las cadenas largas de proteína que forman el virus inmaduro. Las proteínas víricas más pequeñas se combinan para formar el VIH maduro.²⁰

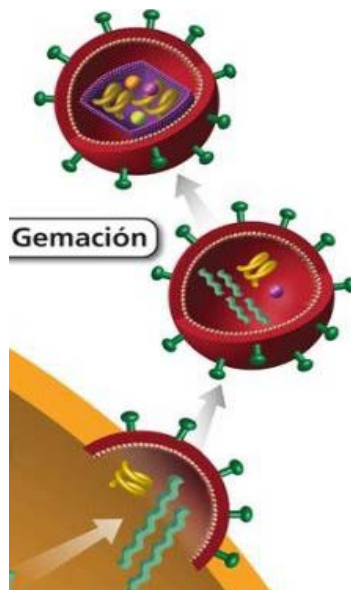


Figura 7 geminación⁶³.

3.3 MÉTODOS DE DIAGNOSTICO

La detección es solo la parte inicial para la atención de una enfermedad y se entiende en general como la identificación, a través de diversos métodos, de un proceso patológico que afecta la salud integral de un individuo, así como de sus causas.

En el caso de la infección por el VIH la única forma en la que se puede saber si una persona tiene o no el virus, es a través de la realización de una prueba de detección de anticuerpos del VIH. Su detección oportuna favorece que los tratamientos resulten efectivos mejorando así la calidad de vida de los pacientes.²¹

Es necesario conocer los métodos utilizados para el diagnóstico del VIH, estos métodos se dividen en:

DIRECTOS

-Cultivo viral: El cultivo del virus puede utilizarse para establecer el diagnóstico, pero requiere de una infraestructura con un alto nivel de bioseguridad y es poco sensible cuando se utiliza suero o plasma. Las células mononucleares de sangre periférica son más adecuadas, especialmente si están reducidas o agotadas de CD8+.

Esta prueba tiene sensibilidad parecida a la prueba de PCR, pero con los inconvenientes de que es caro, laborioso, sus resultados se obtienen de 2 a 4 semanas y solo está disponible en centros especializados.²²

Antigenemia: La detección de anticuerpos específicos, indican exposición al virus e infección, y la detección directa del antígeno viral p24 introduce un concepto dinámico en la serología ya que, al ser un índice de replicación viral, aporta información sobre el estado actual de la infección. Se detecta en estadios iniciales de infección, o en evolución a SIDA, y sirve de apoyo al diagnóstico serológico en aquellas situaciones en las que la detección de anticuerpos no es concluyente.²³

INDIRECTOS

-ELISA: La calidad diagnóstica del ELISA viene determinada por una cuidada selección del punto de corte o “*cut-off*” y sobre todo por la base antigénica utilizada que captura los anticuerpos específicos presentes en la muestra. Las primeras técnicas se desarrollaron en 1985, usaban como base antigénica un lisado vírico, y se detectaban los anticuerpos a los 40 días de la infección. En 1987 se introdujeron las técnicas de segunda generación que incorporaban como antígenos proteínas recombinantes y péptidos sintéticos, y nuevos antígenos.

Se consiguió incrementar la sensibilidad, detectándose los anticuerpos a los 33-35 días tras la infección

En 1994 las técnicas de ELISA adquirieron el formato “en sándwich”, se denominaron ELISA de tercera generación, detectan anticuerpos de clase IgG e IgM, y por ello se acorta el período ventana a 22 días.²⁴

Recientemente se han introducido las técnicas de cuarta generación que permiten la detección simultánea de anticuerpos y antígeno p24, reduciéndose el período ventana a 13-15 días. Con estas técnicas la sensibilidad se incrementa hasta un 99,9% lo que reduce la posibilidad de un resultado falsamente negativo.

Hay que tener en cuenta, que se pueden producir falsos negativos en fases iniciales de la infección hasta que se produce la seroconversión, en estadios finales de la misma, en pacientes con tratamiento inmunosupresor, trasplantados de médula ósea, personas con alteraciones de linfocitos B, o por un error en la identificación de la muestra.

También se pueden producir falsos, los factores que pueden estar implicados en la falsa reactividad son la base antigénica utilizada, la inactivación de las muestras por calor, la hemólisis, aspecto lipídico y

contaminación microbiana del suero. Se han descrito falsos positivos en multíparas, hemodializados, multitransfundidos, pacientes con hepatitis alcohólica, personas con infecciones agudas por otros virus como herpes y VHB, vacunados frente a VHB e Influenza pacientes con enfermedades autoinmunes, lupus eritematoso.²⁵

Debido a la posibilidad de estas reactividades no específicas hay que recurrir a las pruebas confirmatorias para verificar los resultados positivos.

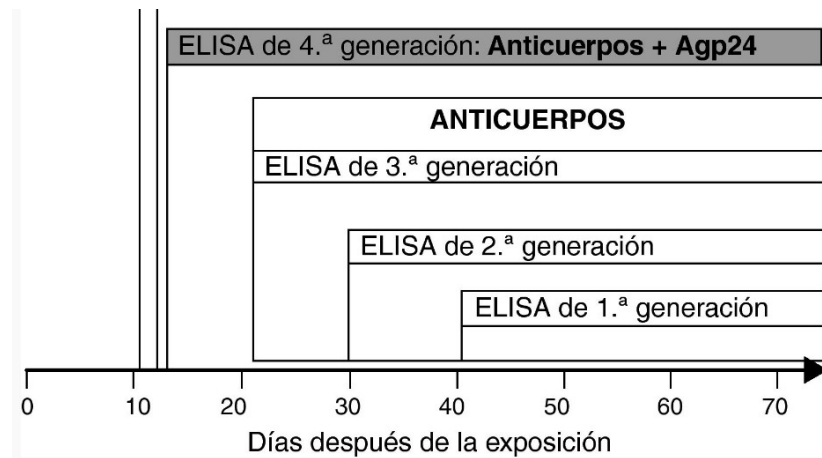


Figura 8 ELISA⁶³.

PRUEBAS RÁPIDAS

En el 2002 la FDA aprueba la primera “Prueba Rápida” para la detección del VIH, la cual ofrece un resultado confiable en menos de 20 minutos.²⁶

Las pruebas rápidas son métodos para la detección de anticuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en suero, plasma o sangre total y fluido oral, cuyo resultado se obtiene en algunos minutos.

Su principal ventaja es que es una alternativa para lugares que no cuenten con laboratorio con una infraestructura compleja o para trabajo de campo en condiciones especiales; son fáciles de realizar y el resultado está disponible de 20 a 40 minutos.²⁷

Las pruebas rápidas deben ser consideradas presuntivas de la infección, por lo que un resultado positivo debe confirmarse mediante un estudio de Western Blot para poder establecer el diagnóstico de infección por el VIH.

Las ventajas de las pruebas rápidas son:

- Resultados en 10 a 20 minutos.
- Se pueden realizar en un área de consulta, consejería, toma de muestras, etc. • No requiere personal altamente capacitado ni equipo especial para la conservación de la muestra.
- Pueden realizarse en plasma, suero, sangre y fluido oral.

Para su aplicación se requiere solo de una pequeña gota de sangre que se obtiene con una punción dactilar; o una muestra de saliva que se obtiene de la encía o del carrillo con un hisopo.

Estas pruebas cuentan con un nivel muy alto de sensibilidad y especificidad, lo que garantiza un resultado confiable si se ha cubierto el “Periodo de Ventana”, que es el tiempo promedio que tarda el organismo en tener un nivel de anticuerpos suficientes en la sangre como para ser detectados en una prueba.^{26,27}

En México la Norma NOM-010-SSA2-2010 para la Prevención y Control de la Infección por VIH, establece 12 semanas como el tiempo que hay que esperar después de la última práctica de riesgo para que el resultado sea confiable.^{27,28}



Figura 9 Prueba oral ⁶³.

Figura 10 Prueba con punción dactilar⁶³.



Figura 11 Resultados de prueba oral⁶⁴. Figura 12 Resultados de prueba con punción⁶⁴.

CONFIRMATORIAS

-Western Blot:

Es la prueba más utilizada para confirmar la infección por VIH y se debe realizar en una nueva muestra del paciente. Consiste en separar las proteínas de un extracto viral del VIH mediante electroforesis, de acuerdo con su peso molecular, para luego ser transferidas a una membrana de nitrocelulosa.

Esta membrana es incubada con el suero del paciente con sospecha de infección por VIH. Si la muestra contiene anticuerpos, éstos se unirán a las áreas correspondientes a los antígenos contra los cuales están dirigidos. La reacción antígeno-anticuerpo se revela posteriormente con la ayuda de un anticuerpo secundario marcado con una enzima, que al agregarle el sustrato muestra las “bandas” en la membrana de nitrocelulosa.

Las bandas que aparecen en el Western blot se designan “p” para proteínas y “gp” para glucoproteínas, seguidas de un número que corresponde a su peso molecular. Esta prueba se realiza usualmente en laboratorios especializados de referencia, ya que un error en su interpretación puede tener graves consecuencias para el paciente, si es un falso positivo no sólo en el aspecto emocional, sino que puede ser sometido a un tratamiento innecesario, o en el caso de un falso negativo puede no recibir un tratamiento a tiempo y convertirse en un importante diseminador de la infección.^{29,30}

De acuerdo a la OMS el criterio para considerar una prueba de western Blot positiva es la presencia de dos glucoproteínas cualquiera de gp160, gp120, gp41.³⁰

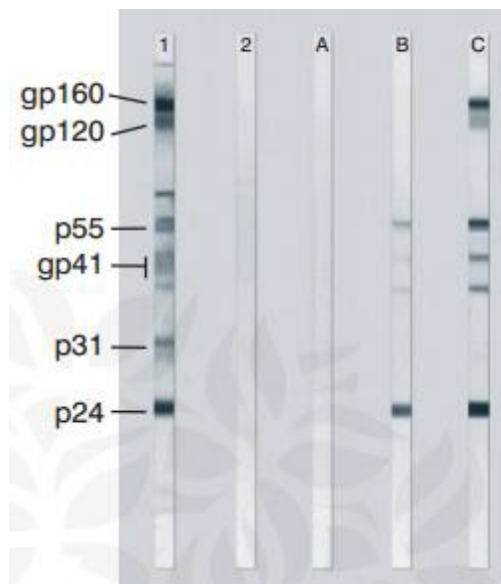


Figura 13 Prueba confirmatoria western blot⁶⁴.

- (1) control positivo; (2) control negativo; (A) paciente con resultado negativo;
(B) paciente con resultado indeterminado; (C) paciente con resultado positivo.

3.4 ESTADIOS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

Al producirse la infección, se pone en marcha una fuerte respuesta inmunitaria que suele reducir los niveles de viremia y en la mayoría de los casos a hacer más lenta la progresión de la enfermedad, durante un plazo cuya mediana es de 10 años.

El curso natural de la enfermedad transcurre a través de distintos estadios o etapas: etapa de ventana, etapa de seroconversión, etapa asintomática, etapa sintomática y SIDA.

Las manifestaciones que aparecen tras el ingreso del VIH en el organismo se relacionan con la dosis infecciosa, la virulencia de la cepa y la respuesta inmunitaria del sujeto infectado.³¹

3.4.1 Etapa de ventana

Tras el contacto inicial con el VIH se encuentra comúnmente un retraso de 2 a 12 semanas en la detección de anticuerpos sanguíneos frente al virus, utilizando la técnica de ELISA. Durante este periodo los pacientes no están seguros de su estado, dado que la prueba ofrecerá con frecuencia un falso negativo. Si se sospecha que la probabilidad de una infección es alta, se lleva a cabo una prueba más específica frente a antígenos específicos del VIH, conocida como técnica de western blot, la cual confirma de forma habitual el estado del paciente, si existen suficientes partículas virales en sangre.

3.4.2 Etapa de seroconversión

A lo largo de las semanas en las que los anticuerpos y el virus aparecen en mayores cantidades en sangre, los pacientes experimentarán un malestar evidente, letargia, elevación ligera de la temperatura, cefalea, artralgia, mialgia, tos crónica y posiblemente un exantema cutáneo. Estos síntomas son similares a los de una gripe o una forma leve de mononucleosis infecciosa. Este periodo dura habitualmente entre 2 y 4 semanas.

3.4.3 Etapa asintomática

Esta etapa consiste en un periodo prolongado de latencia, con escasos o ningún síntoma, que puede durar unos seis meses en lactantes y de 10 a 20 años en adultos. Aunque el nivel de viremia de VIH durante el primer año tras la infección inicial no se relaciona con la velocidad de progresión hacia el SIDA clínico y con la supervivencia, son significativos el nivel de viremia presente en la frontera del primer año y durante el posterior periodo prolongado de latencia. Cuanto menor sea la carga viral durante este periodo, mayor será la tasa de supervivencia.

3.4.4 Etapa sintomática

La progresión hacia una etapa sintomática varía de forma importante, y depende del descenso individual del recuento de células T CD4+. Aparecen de forma gradual una parte o la totalidad de los siguientes síntomas, previos al SIDA:

-Sudores nocturnos

-Diarrea
-Infecciones crónicas

-Pérdida de peso

-Linfadenopatía

-Pérdida de memoria, demencia leve



Figura 14 Linfadenopatía submandibular⁶⁴



Figura 15 linfadenopatía cadena cervical⁶⁴

3.4.5 SIDA

Esta etapa no se debe considerar como fase terminal pues en muchos casos la persona que cursa por esta, tiene probabilidades de vivir en condiciones más favorables que antes, gracias a los nuevos esquemas de tratamiento. En esta fase el virus alcanza su mayor desarrollo, por lo que el daño al sistema inmunológico es también mayor. Las manifestaciones que se presentan en esta etapa de la enfermedad suelen ser muy variadas y cambian de un paciente a otro.

Se presenta pérdida de peso de aproximadamente del 10% del total del peso corporal total en menos de un mes, fiebre principalmente nocturna o en estados de reposo, hasta 40°C o más, con duración mayor a un mes. Diarrea, que de igual manera se presentan durante más de un mes, herpes zoster recurrente, candidiasis bucal, sarcoma de Kaposi.

La debilidad y fatiga van en aumento hasta que la persona no tiene fuerza para realizar sus actividades cotidianas. En general esta sintomatología no cede fácilmente ante tratamientos convencionales.

El VIH puede afectar algunas células del sistema nervioso central causando diversas alteraciones ya sean físicas o mentales; y que varían de tipo, intensidad y duración, según la zona en que se ubique la lesión. Las manifestaciones físicas pueden ser desde un simple “tic nervioso” hasta convulsiones que pueden ocasionar la muerte por un paro cardio-respiratorio.

Las manifestaciones mentales van desde una simple desorientación mental o pérdida de la memoria. la implementación de tratamientos aplicados de manera oportuna, permiten que actualmente la calidad de vida sea mayor que hace algunos años.

Las condiciones propias de cada individuo, la detección oportuna y los tratamientos a los que se haya sometido, entre otros factores, pueden hacer que el VIH se presente de manera muy distinta entre una persona y otra.³²



Figura 16 Sarcoma de Kaposi⁶⁴

3.5 CLASIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES LESIONES EN CAVIDAD BUCAL

Las lesiones bucales son comunes en los pacientes infectados por VIH y pueden indicar la alteración del estado general de salud; en consecuencia, son una señal de mal pronóstico. Se pueden presentar manifestaciones sobre todo cuando tienen menos de 200 células CD4/ ml y en algunos casos las lesiones orales son la primera manifestación de la enfermedad.

No existe una patología oral exclusiva del VIH, aunque algunas lesiones tienen una estrecha relación con la enfermedad.^{33,34}

3.6 MICÓTICAS

Candidiasis: Es la enfermedad micótica más frecuente observada como manifestación inicial en los pacientes infectados y se considera un marcador de progresión de la enfermedad y de inmunosupresión importante. La candidiasis bucal puede extenderse e involucrar la faringe, laringe y esófago.

Existen cuatro variedades clínicas: pseudomembranosa, eritematosa, hiperplásica y queilitis angular; siendo las dos primeras las más frecuentes.

3.6.1 Seudomembranosa

Se caracteriza por placas blanquecinas o cremosas, de tamaño variable, que se presentan en la mucosa bucal y lengua y que al desprenderse dejan un fondo eritematoso.

3.6.2 Eritematosa

Se caracteriza por una mácula eritematosa plana de bordes bien definidos, de diferentes tamaños que se localiza sobre todo el dorso de la lengua y/o en el paladar y blando o ambos. Los pacientes refieren sensación de quemadura al ingerir alimentos irritantes.

3.6.3 Hiperplásica

Se manifiestan como pequeñas prolongaciones blanquecinas de diferentes tamaños que se localizan sobre todo en el borde de la lengua. Las áreas blancas son debidas a hiperqueratosis y no pueden ser removidas mediante el raspado.

3.6.4 Queilitis angular

Se presenta como un eritema, úlceras o fisuras en la comisura bucal; son dolorosas, unilaterales o bilaterales.

Tratamiento: el tratamiento para la candidiasis oral depende del tipo clínico, distribución y gravedad de la infección y puede ser tópico o sistémico. La primera opción es efectiva para lesiones limitadas y accesibles, la cual debe ser mantenida por 7 días; por lo regular, la respuesta es buena en un promedio de 2 a 5 días. Un comprimido de clotrimazol (10mg) en la boca hasta su completa disolución, se administran cinco veces al día durante 14 días. Las pastillas orales, tabletas y suspensión de nistatina son efectivas para las candidiasis leves a moderadas, pseudomembranosas y atróficas. Para las candidiasis resistentes se puede utilizar la anfotericina B, preparando una dilución de 100 mg (1ml) cada 6 horas de por vía oral, los pacientes deben retener la suspensión en la boca antes de tragarla tanto tiempo como se

pueda. Las cremas y pomadas de nistatina, clotrimazol o ketoconazol son efectivas para el tratamiento de queilitis.³⁵



Figura 17 candidiasis seudomembranosa⁶⁴



Figura 18 candidiasis eritematosa⁶⁴



Figura 19 Queilitis angular⁶⁴



Figura 20 candidiasis hiperplásica⁶⁴

3.7 BACTERIANAS

Algunos pacientes VIH-positivos desarrollaran una forma atípica de gingivitis y periodontitis. Aquellas lesiones en las que la encía presenta una estrecha zona de eritema de una intensidad poco común, en la encía libre predominantemente, se denominaran eritema gingival lineal. La distribución de las lesiones es singular en cuanto a que algunos dientes son respetados, mientras que otros están gravemente afectados. En los pacientes inmunodeprimidos de forma grave, el trastorno puede evolucionar con rapidez, pasando enseguida de gingivitis a periodontitis.

3.7.1 Gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN)

En algunos casos, la gingivitis se presenta como una forma atípica de gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN), a menudo sobreañadida a una periodontitis rápidamente progresiva.

Aparece de manera súbita, con hemorragia, dolor y halitosis. Se presentan ulceraciones en el vértice de las papilas interdientarias que avanzan hacia los bordes y afectan más frecuentemente la zona gingival anterior. Si no es atendida oportunamente puede evolucionar hacia una periodontitis ulcerativa necrotizante, con denudación de los tejidos blandos con o sin exposición de hueso. Ocasionalmente puede presentar linfadenopatía, fiebre y malestar general. ^{36,37}

Tratamiento: limpieza dental, colutorios con enjuagues como clorhexidina al 0.12% realizar un enjuague bucal con 15 ml, 2 a 3 veces al día y cepillado dental. La higiene oral mediante la terapia mecánica mejora la condición gingival, lo que sugiere que se trata de un paso importante en el mantenimiento de la salud periodontal.



Figura 21 GUN (gingivitis ulcerativa necrotizante) ⁶⁴

3.7.2 Periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN)

La periodontitis difiere considerablemente del tipo habitual, puesto que con frecuencia tiene una rápida denudación del tejido gingival, con exposición resultante del hueso alveolar, lo que se ha denominado periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN). La afección se acompaña de dolor intenso, olor y sangrado espontáneo, lo cual es raro en la enfermedad periodontal en pacientes sin infección por VIH.³⁸

Tratamiento

Terapia periodontal convencional eliminación de cálculo y alisado radicular, técnica de cepillado uso de clorhexidina en enjuague al 0.12% realizar colutorios con 15 ml, 2 a 3 veces al día y administración de terapia antibacterial en particular el metronidazol para los primeros 3-4 días.

Es indispensable que el paciente mantenga una higiene bucal personal meticulosa. Además, las visitas de seguimiento para el mantenimiento periodontal deben realizarse en intervalos cortos (2 a 3 meses).³⁸



Figura 22 (PUN) Periodontitis ulcerativa necrotizante⁶⁴

3.8 VÍRICAS

3.8.1 Herpes simple

La mayoría de los cuadros clínicos se deben a la reactivación del virus. Afecta a la mucosa oral en forma de vesículas pequeñas y dolorosas que dan lugar a ulceraciones que afectan a los labios y al paladar, se presenta como un cumulo de pequeñas lesiones vesiculosas o puntiformes. Puede cursar con fiebre, malestar general y adenopatías.

Tratamiento: su tratamiento consiste en administrar Aciclovir de 1000 a 2000 mg/día, y como segunda elección foscarnet 60mg/8 h./ i.v.^{42 30}



Figura 23 Herpes Simple⁶⁴

3.8.2 Leucoplasia vellosa

La leucoplasia vellosa es una lesión blanca, localizada principalmente en los bordes laterales de la lengua y a veces en la mucosa yugal adyacente. La lesión tiene un aspecto plegado lineal. Aparece durante las etapas de latencia tardía de la infección por VIH y se considera precursora del SIDA. El epitelio engrosado contiene una zona superior de células claras (coilocitos), la mayoría de las cuales contienen virus de Epstein- Barr.

Tratamiento: El tratamiento puede realizarse con podofilina. Otros tratamientos que han mostrado respuesta los antivirales orales.

Terapia tópica con Resina de Podofilo al 25%: La resina de podofilo al 25% es un agente tópico quimioterapéutico utilizado por los dermatólogos en el tratamiento de infección por virus de papiloma humano (VPH). Es una resina derivada de las hierbas del género *Podophyllum*. Su mecanismo de acción no está bien descrito, pero involucra principalmente la destrucción de las células infectadas.

El principal constituyente de la resina es la podofilotoxina a la cual recientemente se le han atribuido acción antimitótica y acción citotóxica por lo que se ha empezado a utilizar con éxito en tratamiento de condiloma acuminado, verrugas, papilomas y otras tumoraciones virales de la piel y mucosa. A pesar de la acción queratolítica tan eficaz de dicho fármaco especialmente indicada en lesiones como leucoplasia vellosa, este medicamento está contraindicado en mujeres embarazadas, durante la lactancia, heridas sangrantes, colon irritable, obstrucción de las vías biliares y trombocitopenia. Los efectos adversos locales incluyen inflamación, erosiones, dolor, ardor y prurito por lo que el paciente debe ser instruido de enjuagarse la boca 2 a 3 horas luego de la aplicación inicial para evitar una reacción irritante.



Figura 24 Leucoplasia vellosa⁶⁴

3.8.3 Herpes zóster

El herpes zoster es la forma recidivante de una infección de varicela. Es más frecuente en ancianos y en pacientes inmunodeprimidos. Los factores que disminuyen la función inmune, como la infección por VIH, quimioterapia, neoplasias malignas, aumenta el riesgo de desarrollar herpes zóster. El rasgo clínico predominante en la piel es una erupción vesiculosa lineal unilateral que dibuja la distribución cutánea (dermatoma) del nervio periférico afectado. Las lesiones que aparecen sobre las superficies mucosas intraorales son nítidas y característicamente unilaterales. Las lesiones de la mucosa tienen la forma de vesículas frágiles que se rompen fácilmente y suelen verse como úlceras crateriformes que pueden persistir de 2 a 3 semanas y curan por lo general en 1 mes. Las lesiones producen dolor en la piel y en las mucosas. En el paciente inmunodeprimido, además de aparecer lesiones más profundas y generalizadas, el trastorno puede convertirse en crónico, con dolor persistente y, a veces, afectación del sistema nervioso central y muerte.

Tratamiento: actualmente consiste en la administración de Aciclovir oral. Entre otros posibles antivirales se encuentran el famciclovir y el valaciclovir. La mayoría de estos medicamentos son más eficaces cuando comienza a aplicarse en las primeras 72 horas desde la aparición de la erupción cutánea. La adición de un corticoide oral puede disminuir en cierta medida el dolor del episodio y la incidencia posterior de neuralgia postherpética. Pacientes con cuadro de herpes zoster deben iniciar el tratamiento con Aciclovir dentro de las primeras 72 horas de los síntomas, se puede hacer el tratamiento por vía oral, en dosis de 800 mg 5 veces al día, durante 7 días o en casos más severos, se debe hacer el tratamiento por vía intravenosa dosis de 10 mg/kg peso corporal cada 8 horas por 10 días, siempre que no se observe deterioro de la función renal.



Figura 25 Vesículas múltiples, unilaterales⁶⁴ Figura 26 Vesículas múltiples en el paladar⁶⁴

3.8.4 Úlcera por citomegalovirus

Se adquiere principalmente como infección en la niñez temprana, y se lleva de por vida de forma latente. La infección permanece habitualmente silente, hasta que queda comprometida la inmunidad mediada por linfocitos T, como ocurre en el caso de la inmunodepresión inducida para el manejo del trasplante de órganos u otras formas de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Tratamiento: actualmente no existe ningún tratamiento o vacuna fiable. En los pacientes inmunodeprimidos, los regímenes intensos y prolongados con ganciclovir y foscarnet parecen ofrecer cierto grado de eficacia.³¹



Figura 27 Úlcera por citomegalovirus⁶⁴

3.9 NEOPLÁSICAS

3.9.1 Sarcoma de Kaposi

Lesiones maculares, o nodulares, que se presentan en forma aislada o múltiple en la mucosa y la piel de pacientes infectados por VIH; las lesiones están constituidas por células endoteliales atípicas en proliferación y son un signo de que el paciente padece SIDA, las lesiones son de color rojizo a púrpura intenso. Las localizaciones predominantes en la cavidad oral son los paladares duro y blando, seguidos por la encía de la arcada superior.

Tratamiento: el diagnóstico deberá confirmarse mediante biopsia, porque los hematomas, los granulomas piógenos, y otras lesiones vasculares pueden tener un aspecto clínico similar. Las lesiones han sido tratadas mediante radioterapia, cirugía e inyecciones intralesionales de adriamicina, vinblastina, vincristina, bleomicina y otros antimetabolitos. Las lesiones pequeñas han sido eliminadas con agentes esclerosantes. La extirpación de pequeñas lesiones tempranas puede evitar la aparición de otras nuevas.³¹



Figura 28 Lesion macular en el paladar⁶⁵



Figura 29 lesiones combinadas⁶⁵



Figura 30 forma nodular del sarcoma de Kaposi⁶⁵

3.9.2 Linfoma no hodgkiniano

Los linfomas observados en pacientes VIH- positivos constituyen principalmente proliferaciones de células de tipo B. Aunque estas lesiones no son frecuentes en la cavidad oral, se han descrito en casi todas las localizaciones anatómicas. Las lesiones se caracterizan por su crecimiento rápido, y presenta una pronta ulceración. Los bordes están elevados, en rodete e indurados. La presencia de un linfoma en pacientes VIH- positivos es un signo de mal pronóstico, con poca cantidad de pacientes que superan los 2 años.

Tratamiento: la quimioterapia es el tratamiento principal para la mayoría de las personas con linfoma no hodgkin. Dependiendo del tipo y de la etapa del linfoma, se puede administrar la quimioterapia solo o combinada con otros tratamientos como la radioterapia. A menudo se combinan medicamentos de distintos grupos. Una de las combinaciones más común se llama CHOP. Esto incluye los medicamentos ciclofosfamida, doxorubicina (también conocido como hidroxidaunorrubicina), vincristina (Oncovin) y prednisona.³¹



Figura 31 Linfoma no hodgkiniano⁶⁵

4 MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON VIH

Para la práctica profesional del personal de salud de las distintas ramas de la medicina como médicos, estomatólogos, personal de enfermería, paramédicos, auxiliares de consultorio (en general todo aquel que pueda estar en contacto con fluidos biológicos o especímenes potencialmente infectantes) existe el riesgo de adquirir infecciones o enfermedades infectocontagiosas durante los procedimientos propios de cada especialidad.³²

El termino bioseguridad se puede definir como la adopción de un comportamiento preventivo (actitudes y conductas) por parte del personal que trabaja en una institución que presta los servicios de salud, cuyo propósito es disminuir el riesgo del profesional de adquirir infecciones en el medio laboral.³³

Todo el personal vinculado en la consulta odontológica debe estar capacitado en las medidas de bioseguridad y debe disponer de elementos de barrera o contención para su protección personal en cantidad y calidad.

Las precauciones estándar deben ser iguales con todos los pacientes evitando realizar procedimientos “excepcionales” de manera selectiva (solo con VIH, con sida u otros).¹³



Figura 32 precauciones excesivas⁶⁵

4.1 MEDIDAS DE HIGIENE

- Retirar joyería de las manos, previo a cualquier actividad con el paciente.
- Higiene de manos, debido a que la mano es el principal vector para la transferencia de patógenos en el ámbito de la atención de la salud, esta se debe realizar:
 - Antes de tener contacto directo con los pacientes (incluso en actividades que representan contacto con la piel intacta, por ejemplo, toma de presión)
 - Antes y después de colocarse los guantes.
 - Antes de realizar cualquier procedimiento invasivo o intervención quirúrgica.
 - Posterior al contacto con objetos y superficies contaminados
 - Entre paciente y paciente.



Figura 33. Lavado de manos⁶⁵

4.2 USO DE BARRERAS FÍSICAS PARA PROTECCIÓN

- Cubreboca: Barrera física destinada a la protección de las vías aéreas superiores durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras o aerosoles contaminantes, para ser efectivo, debe cubrir completamente la boca y la nariz.

-Guantes: su uso en la atención odontológica es obligatorio, estos deben ser desechables no estériles en procedimientos de rutina, y estériles en quirúrgicos. Deberán ser cambiados entre paciente y paciente, después del lavado y secado de manos, y después de haber tenido contacto con material potencialmente infectado.

-Vestimenta: se utiliza para proteger la piel y cabello para evitar la contaminación de la ropa de uso común. Debe ser usada siempre durante procedimientos y actividades que, como en el caso de la atención odontológica, prevén contacto con sangre, fluidos corporales y secreciones, así como ante el contacto con superficies u objetos potencialmente contaminados. Esta vestimenta se utilizará solo durante la consulta.

-Protector ocular: con la finalidad de evitar contaminación ocular por fluidos y aerosoles, así como lesiones traumáticas o irritación por objetos extraños.³⁴



Figura 34 Uso de barreras de protección en la consulta odontológica⁶⁵

4.3 ACCIDENTES DURANTE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Cuando ocurre algún tipo de accidente laboral por objeto punzocortante ya sea al odontólogo o al personal del área de trabajo, se debe actuar de manera inmediata.

De acuerdo a la NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana

En caso de exposición al VIH del personal de salud o de quienes cuidan a personas que viven con VIH/SIDA, al tener contacto con sangre de un paciente mediante punción (piquete o pinchadura), cortadura o salpicadura en mucosas o piel con heridas, se deben de realizar en forma inmediata las siguientes acciones:

Exprimir la herida para que sangre.

-Lavar con abundante agua y jabón.

-Acudir de inmediato al servicio hospitalario más cercano o a la autoridad del hospital donde el accidente ocurra, para informar por escrito el incidente a las instancias correspondientes de manera inmediata.

-Tomar una muestra sanguínea basal para la detección de anticuerpos contra el VIH, Hepatitis B y Hepatitis C.

-Establecer las medidas necesarias para determinar si el paciente accidentado se encuentra realmente infectado por el VIH.

-Recomendar que se use en todas las relaciones sexuales protección como condón de látex o poliuretano de uso interno durante los siguientes seis meses.

-El tratamiento profiláctico debe proporcionarse dentro de las cuatro horas posteriores a la exposición. Este tratamiento debe estar disponible las veinticuatro horas en todas las unidades médicas.

-Tomar muestras sanguíneas a los tres, seis y doce meses, diagnosticándose como caso de "infección ocupacional" aquél que demuestre seroconversión durante dicho periodo.³⁵

4.4 PREVENCIÓN

Es indispensable que todo odontólogo esté actualizado y capacitado sobre el tema para poder atender adecuadamente a los pacientes con VIH, así como para orientarlos sobre los cuidados bucales, las posibles consecuencias de su condición y los tratamientos a seguir.

La consulta estomatológica en las personas con VIH y con sida, no difiere en general de la que se le debe otorgar al resto de la población, sin embargo, habrá que considerar que estos pacientes, pueden tener características especiales, ya sea por la evolución propia de la infección o por los tratamientos a los que esté sometido. La atención en estos pacientes deberá tener en cuenta una completa historia clínica que permita la mejor toma de decisiones, así como la necesidad de brindar una atención integral por lo que se tendrá en cuenta la interacción con el médico tratante.

En las personas con VIH y con sida, las acciones preventivas en salud bucal van encaminadas a proteger, mantener y a evitar el agravamiento de enfermedades orales que por la condición del sistema inmunológico se puedan presentar. Será de suma importancia llevar a cabo acciones como el control de placa bacteriana, aplicación tópica de flúor, instrucción del cepillado dental con pasta fluorada y del hilo dental, así como el seguimiento de la salud bucal de la persona cada 3 meses.

No obstante, en algunas ocasiones las manifestaciones orales de la infección por el VIH requieren de atención especializada. El odontólogo debe guardar consideraciones especiales, cuando el estado de salud de la persona se complique y exija posponer el tratamiento dental u obligue a aplicar

tratamientos paliativos, esperando una recuperación en el estado general de la persona afectada por esa condición.³⁶

4.5 REVISIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL

Ante cualquier persona que solicite la atención odontológica, lo primero a realizar será una historia clínica completa conforme a la normatividad vigente, que toma en cuenta tanto un adecuado interrogatorio que incluya el tratamiento farmacológico que está recibiendo. Así como estudios auxiliares: pruebas serológicas de diagnóstico, valores de CD4 y carga viral para conocer el estadio de la infección.

El conocimiento de estos datos, resulta fundamental para evitar realizar procedimientos estomatológicos que pongan en riesgo la vida del paciente (plaquetopenia, neutropenia, conteo bajo de CD4 y carga viral elevada).

También se debe recolectar información de enfermedades previas como Hepatitis, ETS entre otras.

Alrededor del 80% de las primeras manifestaciones de la Infección por VIH se pueden presentar en cavidad oral, por lo que el odontólogo podría ser un elemento clave en el diagnóstico temprano de los pacientes con infección por VIH.

La revisión de la cavidad bucal en personas con VIH y con sida, deberá estar encaminada hacia la búsqueda de infecciones y enfermedades vinculadas con la inmunosupresión y dejar la exploración de los órganos dentales para la última etapa de este proceso.

puntos a considerar en la exploración:

1. Presencia de infecciones y enfermedades: no podemos hablar de síntomas específicos de la infección por VIH, pero es importante reconocer algunas infecciones y enfermedades, que nos puedan indicar

un estado de inmunodepresión del paciente, algunos de los cuales, serán visibles y tendrán repercusiones en la cavidad bucal.

2. Recurrencia: la presencia de dos o más infecciones o lesiones del mismo tipo en menos de treinta días.
3. Duración: una lesión que permanece por arriba del promedio “normal” de evolución.
4. Resistencia: falta de respuesta del paciente ante tratamientos convencionales.³⁷

4.6 Procedimientos en la cavidad bucal

Los cuadros de inmunodeficiencias provocan una mayor susceptibilidad a la infección por microorganismos orales. El objetivo del odontólogo será prevenir, tratar y evitar las infecciones focales y su posible diseminación.

4.7 Promoción de la salud bucal

Las acciones de promoción de la salud son las de mayor importancia, el paciente será adiestrado en las técnicas de higiene oral, individualizándose sus necesidades de tratamiento periodontal y controlando la placa dental con antisépticos (por ejemplo, clorhexidina al 0.12%). Las visitas al odontólogo se acortarán en el tiempo en función de las necesidades de cada caso. Hay que lograr que el paciente reciba una información correcta y se implique en el mantenimiento de su salud oral.

4.8 Interconsulta con el médico tratante

Realizar un tratamiento oral y comprender la integridad del paciente con VIH implica valorar el caso junto con el médico tratante (interconsulta). El médico informará el estado de salud actual del paciente y dirá que fármacos está tomando y las posibles interacciones con medicamentos de prescripción odontológica. Ambos acordarán que tratamientos odontológicos deben

realizarse bajo cobertura antibiótica y en qué punto del curso de la enfermedad es más óptimo llevarlos a cabo.

4.9 Procedimientos preventivos

Los tratamientos preventivos como la aplicación tópica de fluoruro complementada con selladores de fosetas y fisuras reduce la posibilidad de que deban practicarse tratamientos invasivos en un futuro.

4.10 Tratamiento periodontal

De los abordajes invasivos, el tratamiento periodontal ocupa el primer lugar. El tratamiento de mantenimiento y control periodontal, es uno de los de mayor relevancia, por facilitar el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

El tratamiento periodontal debe ser enfocado al control de los factores de riesgo de infección y al mantenimiento de los tejidos de soporte eliminando la placa bacteriana y el cálculo, así como el cumplimiento de estrictas normas de higiene oral.

4.11 Procedimientos quirúrgicos

Los procedimientos de tipo quirúrgicos, deben ser realizados de forma similar que en personas VIH negativas, para lo cual el manejo de los efectos inflamatorios postquirúrgicos debe tenerse presentes por estar relacionados con mayor riesgo de infección, toda persona con VIH debe ser valorado en su función hemostática.

-Cuento de CD4 >200 células mm³, carga viral baja con tratamiento antirretroviral sin síntomas clínicos:

Control personal de placa bacteriana

Fase 1 periodontal semestral

Profilaxis, raspado y alisados radiculares (irrigar con clorhexidina al 0.1%)

Cirugía periodontal

Atención de caries

Tratamientos de conductos, exodoncia, biopsias

-Conteo de CD4 <200 células/mm³, carga viral alta, con manifestaciones clínicas por inmunosupresión:

Consulta de seguimiento cada 3 a 6 meses

Aplicación tópica de fluoruro

Atención de caries

Prótesis removibles

Tratamientos periodontales complejos

Manipulación delicada de tejidos bucales

4.12 Tratamiento restaurador

La aplicación de biomateriales no registra datos de incompatibilidad con ninguno de los que comúnmente se emplean. El hecho de que el paciente sea portador de VIH, no contraindica los tratamientos como endodoncia, prótesis y tratamientos ortodónticos.

5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH y el sida son un problema persistente, tienen entre otras consecuencias, el abandono familiar o de la pareja, pérdida del trabajo o bienes, expulsión de la escuela, además aleja a las personas de los servicios de salud. En este contexto es importante resaltar que en el área odontológica se presenta un gran número de rechazos a pacientes cuando comentan su estado de salud, argumentado de forma errónea que se requiere de un especialista para su atención, frecuentemente es registrado el rechazo de estos usuarios, aun en servicios donde se forman

a nuevos profesionales (escuelas y universidades) que en muchas ocasiones desconocen la problemática que se les puede representar al realizar actos de discriminación.

Es importante saber que la igualdad y la no discriminación no solo son un principio y un derecho sino también que el realizar actos discriminatorios que atenten contra la dignidad humana se puede conformar como un delito federal.

Nunca puede olvidarse que el enfermo es una persona, con todo lo que ello implica. Toda actuación que tienda a marginar a las personas infectadas con VIH, por pequeña que ella sea, participa de algún modo de inmoralidad. La atención médica, social, humana en general, hacia ellos, no es una dádiva ni un acto heroico, sino una exigencia del derecho a una atención profesional. Sólo el carácter personal, absoluto y ético del ser humano, puede constituir la motivación para una actitud y actuación moral hacia los enfermos del VIH-SIDA.³⁷

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el VIH se ha convertido en un problema de salud pública muy complejo, con diversas repercusiones en la salud. De acuerdo a CENSIDA en México, cada año se registran 11 mil nuevas infecciones de VIH y de ellas, 40% son en jóvenes. El grupo social de entre 15 y 24 años aún sigue siendo el que más casos de infecciones de VIH y Sida registra.

Con estos datos resulta evidente que convivimos de manera cercana con individuos portadores de VIH/SIDA y como cualquier persona requieren de atención médica y bucal. Por ello es importante que el estudiante de odontología adquiera conocimientos sobre el manejo de estos pacientes, así como las diferentes lesiones bucales más frecuentes que se pueden presentar y poder proporcionar un adecuado tratamiento encaminado a proteger y mantener la salud bucal para evitar el agravamiento de enfermedades orales que por la condición del sistema inmunológico se puedan presentar sin olvidar que existe la posibilidad de contagio si no se utilizan las barreras de protección establecidas.

V JUSTIFICACIÓN

Como profesionales de la salud los odontólogos estamos encaminados a dar atención bucal adecuada, oportuna y de calidad. Las personas con VIH son individuos que tienen, como el resto de la población, el mismo derecho a recibir atención odontológica y por ningún motivo se debe juzgar su situación.

La finalidad del trabajo es percibir el conocimiento que los estudiantes tienen sobre el tema, y comprobar si los conocimientos que ellos han adquirido en su formación son suficientes y han sido asimilados.

VI OBJETIVOS

6.1 GENERAL

Identificar el nivel de conocimiento en una muestra de estudiantes de segundo a quinto año de la facultad de odontología sobre el manejo odontológico y lesiones bucales en pacientes con VIH.

6.2 ESPECÍFICOS

- identificar el nivel de conocimiento en alumnos de segundo año a quinto año sobre el manejo de pacientes con VIH.
- identificar las diferentes manifestaciones bucales que se pueden presentar en pacientes con VIH/SIDA.
- identificar la actitud de los alumnos de la facultad de odontología hacia los pacientes portadores de VIH.

VII MATERIAL Y MÉTODO

Material:

-hojas impresas con los ítems

-lápiz

-goma

Se realizó una encuesta tipo Likert con 20 ítems a una muestra de alumnos de la facultad de odontología para determinar su nivel de conocimiento sobre el manejo odontológico y lesiones bucales en pacientes con VIH/SIDA. Los resultados obtenidos fueron graficados con el programa SPSS.

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Transversal

7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

-Población: muestra de Alumnos inscritos en la facultad de odontología UNAM.
mejorar

-Muestra: de 100 alumnos de ambos sexos del turno matutino y vespertino de la facultad de odontología y clínica periférica

7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

-Alumnos de la facultad de odontología que accedieron a participar

7.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

-Encuestas donde no se responda algún ítem

-Alumnos que no accedieron a participar

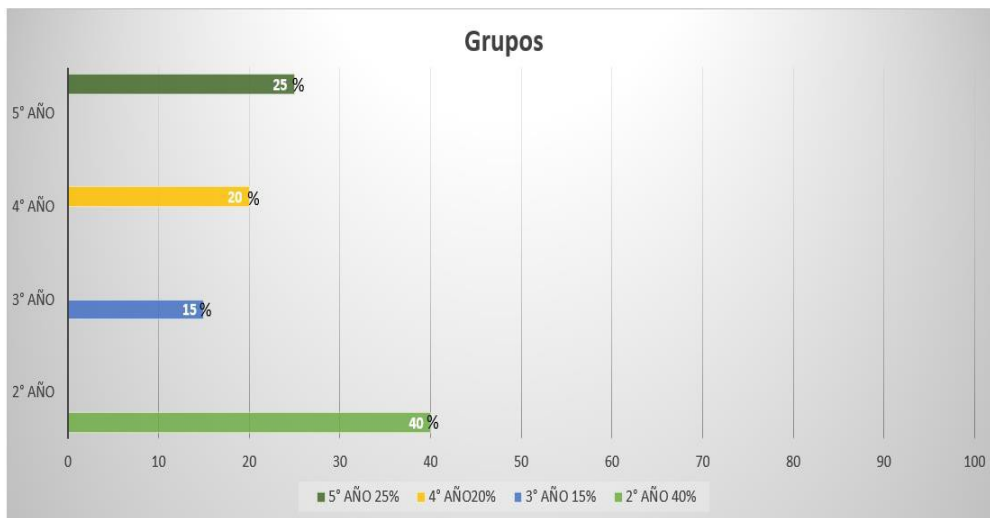
7.5 VARIABLES DE ESTUDIO

-Variable independientes: paciente con VIH

-Variable dependiente: conocimiento de lesiones bucales y manejo odontológico del paciente con VIH

VIII RESULTADOS

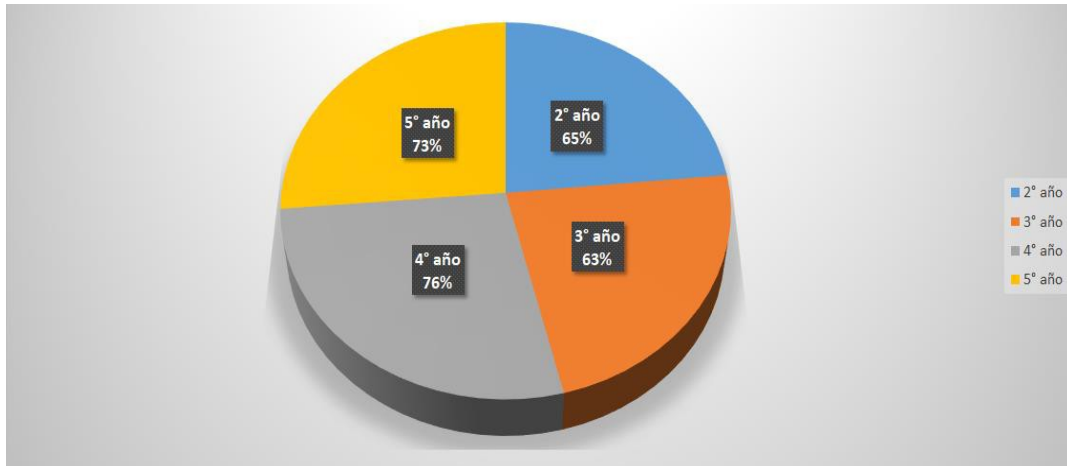
Distribución porcentual de alumnos que aceptaron participar en la encuesta según el grado.



Fuente directa

En la primer grafica la mayor participación de alumnos fue de segundo grado, seguidos de los alumnos de quinto y cuarto grado, y un menor porcentaje de alumnos de tercer grado.

Porcentajes de ítems contestados acertadamente, por grado

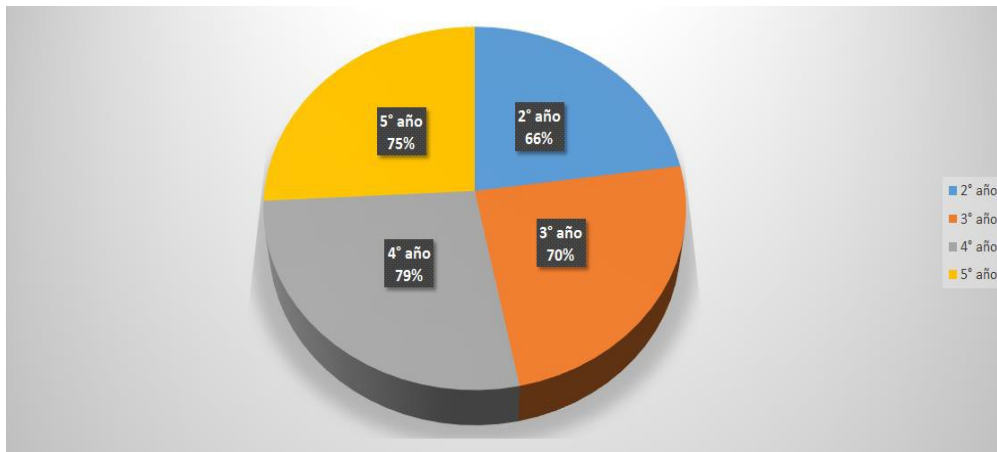


Fuente directa

En la segunda grafica se muestra un mayor porcentaje de ítems contestados correctamente por parte de los alumnos de cuarto grado, seguido de los alumnos de quinto y segundo grado, el menor porcentaje lo obtienen los alumnos de tercer grado.

Resultado en porcentaje de preguntas relacionadas con el manejo del paciente

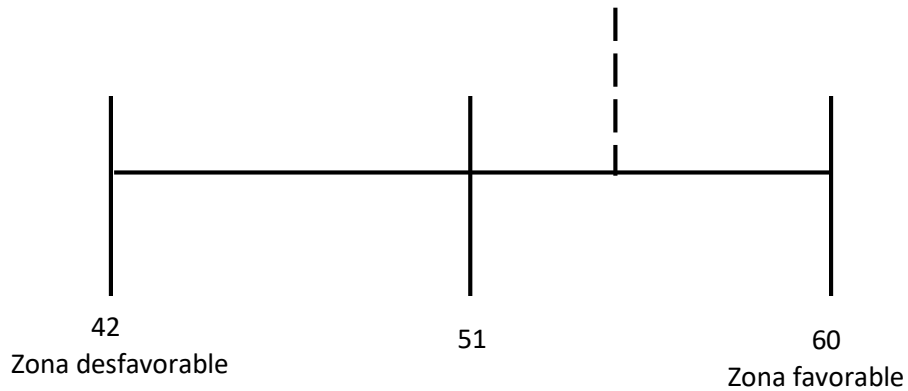
En la tercer grafica se muestran los resultados obtenidos en preguntas de manejo odontológico del paciente con VIH siendo los alumnos de cuarto año con el mayor porcentaje, seguido de los alumnos de quinto y tercer año, los alumnos de segundo año obtuvieron el menor porcentaje.



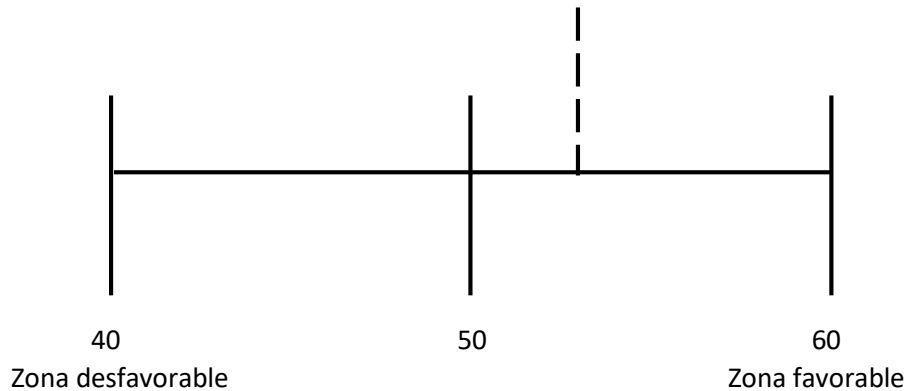
Fuente directa

Escala de Likert

En esta escala se representa el valor obtenido de las respuestas positivas acerca del conocimiento de lesiones bucales en pacientes con VIH. Se asigno un valor a cada item de acuerdo (3puntos), ni de acuerdo ni en desacuerdo (2 puntos) y en desacuerdo (1 punto).



Representación del conocimiento reportado a través de la encuesta sobre el manejo del paciente con VIH, ubicándose en la zona favorable.



IX DISCUSION

Los odontólogos tenemos la responsabilidad de dar atención oportuna y sin prejuicios a las personas infectadas con VIH.

Los alumnos de la carrera de Odontología empiezan a realizar procedimientos clínicos en el segundo año de la carrera y se exponen a los riesgos que esto conlleva, sobre todo porque aún no están preparados para identificar cuando están expuestos a una situación de riesgo. El presente trabajo pretende generar una percepción de los conocimientos que poseen los alumnos de los diferentes grados de la carrera para atender correctamente y de manera segura a los pacientes afectados del Virus de Inmunodeficiencia Humana, su capacidad para reconocer las principales lesiones, así como abordar las principales medidas de seguridad. Este estudio se por medio de una encuesta.

X CONCLUSIONES

- De acuerdo a los resultados obtenidos los alumnos de cuarto año obtuvieron un mayor porcentaje en conocimiento sobre el tema (76%), los alumnos de quinto año obtuvieron un 73 %, los alumnos de segundo año obtuvieron un 65% y los alumnos de tercero siendo los de menor porcentaje obtuvieron el 63%.
- los resultados obtenidos sobre el manejo odontológico el grupo de cuarto año obtuvo un 79%, el grupo de quinto año obtuvo un 75 %, el grupo de tercero obtuvo 70% y finalmente el grupo de segundo año obtuvo un 66%. El puntaje obtenido en las encuestas de los alumnos de segundo, año se debe tal vez a que la mayoría se inclinó por la elección de una respuesta positiva.
 - El perfil que reportaron los alumnos para poder reconocer las principales lesiones bucales en pacientes portadores, así como su manejo, es favorable de acuerdo a lo registrado en la escala tipo Likert.
 - Es necesario que el odontólogo tenga las bases para tratar a un paciente con VIH y ofrecer un buen tratamiento, pues los síntomas de la infección varían de acuerdo al estadio en el que se encuentre el paciente.
- Es importante establecer conocimientos previos en los alumnos de la facultad de odontología para la atención del paciente con enfermedades sistémicas.

XI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH / SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al. 2017;
2. Sánchez D, Díaz V, Jesús R De, Zepeda G, Alberto L, Carrillo R, et al. California , México . Alteraciones bucales Pediatric Patients with HIV / AIDS in Baja California , Mexico .
3. Redalyc. Riesgos Laborales de los Trabajadores de la Salud. 2007;
4. Guía integral para personas recién diagnosticadas con VIH.
5. Rivero A, Pulido F, Caylá J, Iribarren JA, Miró JM, Moreno S, et al. Recomendaciones de GESIDA / Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida para el tratamiento de la tuberculosis en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero de 2013). 2013;31(10):672–84.
6. Revisión de las normas de bioseguridad en la atención odontológica , con un enfoque en VIH / SIDA Review of Infection Control Regulations in Dental Care with an Emphasis in HIV / AIDS. 2010;
7. García F, Álvarez M, Bernal C, Chueca N, Guillot V. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH , del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales &. 2011;29(4):297–307.
8. Isabel A, Montoya T. Estudio del paciente con infección por VIH. 2008;11–42.
9. R EV. Documento VIH-SIDA Y EMBARAZO : ACTUALIZACION Y REALIDAD. 2002;160–6.
10. Ulceros G, Su NY, Con R, Vih EL, Cesar O, Amature DC. P á g i n a | 1 P á g i n a | 2. 2007;4(1):1–8.
11. Maury IT, Martínez L, Laforest S. Tratamiento de leucoplasia vellosa con resina de podófilo al 25 %. Revisión y presentación de un caso clínico . 1. <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/viewFile/2713/2372>
12. Maury IT, Martínez L, Laforest S. Tratamiento de leucoplasia vellosa con resina de podófilo al 25 %. Revisión y presentación de un caso clínico . 1.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2001/od013b.pdf>

13. Carranza f. Newman. Periodontología clínica. 8va edición. Editorial interamericana McGraw Hill. México
14. FJ Caballero Granado. La infección por el VIH: guía práctica. 3ª ed. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas,2003. 611p.
15. Silvestre F J. plaza A. Odontología en pacientes especiales. 1ª . ed universidad de valencia: Editorial publicaciones de la UNIVE, 2007. Pp 249-266
16. Lara D. grupos en situación de vulnerabilidad. 1ª ed. Comisión nacional de los derechos humanos (CNDH). México 2015. Pp 80-89.
17. Esther N, Becerra M, Betancourt FA. Frecuencia de lesiones en cavidad oral de pacientes con VIH / sida en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá , Colombia (2005-2010) Frequency of Mouth Diseases in HIV / Aids Patients from San Ignacio. 2012;31(66):51–8.
18. Ricardo JH, Cobos MR, José A, Caballero D. Lesiones orales en pacientes VIH / SIDA asociadas a tratamiento antirretroviral y carga viral Oral lesions in patients with HIV / AIDS associated with antiretroviral therapy and viral load. 2012;28(3):373–81.
19. Ortega R. Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. (Tabla 1):57–71.
20. Rodr A. Fundamentación ética de la atención a los pacientes con VIH-SIDA.
21. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 3ª. España. Ed Elsevier. 2005. 464 Pp
- 22. José Luis Castellanos Suárez, Laura María Díaz Guzmán, Enrique Armando Lee Gómez. Medicina en odontología: Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 2ª ed. Editorial El Manual Moderno, 2015. 659Pp
23. Leonardo Fainboim , Jorge Geffner.Introducción a la Inmunología Humana. 6ª ed. Ed el manual moderno,2011. 584 Pp
24. SIDA Review of Infection Control Regulations in Dental Care with an Emphasis in HIV / AIDS. 2010;
25. Guía para la aplicación de la prueba rápida. 2006.

26. Tema DE. Diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana Diagnosis of human immunodeficiency virus. 2006;10(4):273–8.
27. Humana I. NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 2010;
28. Guía integral para personas recién diagnosticadas con VIH.
29. GUÍA RÁPIDA DE CONSULTA SOBRE EL VIH / SIDA Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS).
30. Negroni M. microbiología estomatológica. fundamentos y guía práctica 2 a.ed Buenos Aires. Editorial medica panamericana, 2009.Pp 247.
31. Trevi G, Regenerativa M, Rivera G, Ph S. guía para el cuidado de la salud oral. Rev. ADM, 2011; 68(5): 222-8.
32. Kimberly A. Workowski, Gail A. Bolan. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. CDC.
33. Blasco AJ, Llibre JM, Berenguer J, González-García J, Knobel H, Lozano F, Podzamczar D, Pulido F, Rivero A, Tuset M, Lázaro P, Gatell JM, on behalf of the GESIDA ART Cost-efficacy Study Group. Análisis de costes y de coste/eficacia de las pautas recomendadas por GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida en 2014 para el tratamiento antirretroviral inicial en adultos infectados por el VIH. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. March 2015; 33(3):156–165. doi:10.1016/j.eimc.2014.05.016
34. - Álvarez Estévez M, Reina González G, Aguilera Guirao A, Rodríguez Martín C, García García F. Diagnóstico microbiológico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. 10.1016/j.eimc.2014.07.007
35. Rivero A, Pulido F, Caylá J, Iribarren JA, M. Miró JM, Moreno S, Pérez-Camacho I. Recomendaciones de GESIDA/Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida para el tratamiento de la tuberculosis en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. (Actualización enero de 2013). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013;31:672-84.
36. Capristo-González F, Barragán-Pérez E, Pavia-Ruiz N, Villalobos-Acosta P, Hernández-Hernández M, Huerta-Hurtado A, Hernández-Aguilar J, Garza-

Morales S. Manifestaciones neurológicas en pacientes pediátricos y adolescentes mexicanos infectados con VIH/SIDA. Experiencia del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Bol Med Hosp Infant Mex 2008; 65 (1): 6-12.

37. - Sonnevile R, Ferrand H, Tubach F, Roy C, Bouadma L, Klein IF, et al. Neurological complications of HIV infection in critically ill patients: Clinical features and outcomes. Journal of Infection, April 2011;62(4):301-308

REFERENCIAS DE IMAGENES

Figura 1. Enlace o fijación Fuente:https://aidsinfo.nih.gov/images/glossaryimages/Life-Cycle_SP-Spanish-.jpg

Figura 2. Fusion Fuente:https://aidsinfo.nih.gov/images/glossaryimages/Life-Cycle_SP-Spanish-.jpg

Figura 3 Transcripción inversa.

<https://aidsinfo.nih.gov/images/glossaryimages/Reverse->

Figura 4 Integración.

[https://aidsinfo.nih.gov/images/glossaryimages/Integration-\(Step-4\)-600.jpg](https://aidsinfo.nih.gov/images/glossaryimages/Integration-(Step-4)-600.jpg)

figura 5 Multiplicación [https://aidsinfo.nih.gov/images/glossaryimages/Replication-\(Step-5\)_SP-Spanish-600.jpg](https://aidsinfo.nih.gov/images/glossaryimages/Replication-(Step-5)_SP-Spanish-600.jpg)

figura 6 Ensamblaje

[https://aidsinfo.nih.gov/images/glossaryimages/Assembly-\(Step-6\)_SP-Spanish-600.jpg](https://aidsinfo.nih.gov/images/glossaryimages/Assembly-(Step-6)_SP-Spanish-600.jpg)

figura 7 Geminación

https://aidsinfo.nih.gov/images/glossaryimages/Life-Cycle_SP-Spanish-600.

Figura 8 ELISA

<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-diagnostico-laboratorio-infeccion-por-el-S0213005X10004994>

figura 9 Prueba oral

figura 10 Prueba con punción dactilar

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/GUIA_ESTOMATOLOGICA2015.pdf

figura 11 Resultados de prueba oral

figura 12 Resultados de prueba con punción

https://http2.mlstatic.com/test-hiv-oral-ora-quick-para-usar-en-su-hogar-D_NQ_NP_471305-MLA20857561917_082016-F.jpg

figura 13 Prueba confirmatoria western blot

<http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2008/myl081-2b.pdf>

figura 14 Linfadenopatía submandibular.

Figura 15 linfadenopatía cadena cervical

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/GUIA_ESTOMATOLOGICA2015.pdf

Figura 16 Sarcoma de Kaposi

https://www.researchgate.net/profile/Deilson_Elgui_de_Oliveira/publication

Figura 17 Candidiasis pseudomembranosa

Figura 18 Candidiasis eritematosa

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/GUIA_ESTOMATOLOGICA2015.pdf

Figura 19 Queilitis angular

Figura 20 candidiasis hiperplásica

<https://image.slidesharecdn.com/patologiadelabocayglandulassalivales-mariasanchez>

Figura 21 GUN (gingivitis ulcerativa necrotizante)

Figura 22 (PUN) Periodontitis ulcerativa necrotizante

Figura 23 Herpes Simple

<http://alimentosparacurar.com/!sitios/!AlimentosParaCurar/ilustraciones/alimentos-eliminar>

Figura 24 Leucoplasia vellosa <http://www.scielo.cl/fbpe/img/rci/v32s1/art05-figura11.jpg>

Figura 25 Vesículas múltiples, unilaterales

Figura 26 Vesículas múltiples en el paladar

Figura 27 Úlcera por citomegalovirus

<http://slideplayer.es/slide/3949335/13/images/15/INFECCI%C3%93N+DEL+CITOMEGALOVIRUS>

Figura 28 Lesion macular en el paladar

Figura 29 lesiones combinadas

Figura 30 Forma nodular del Sarcoma de Kaposi.

Figura 31 Linfoma no hodgkiniano

Figura 32 precauciones excesivas

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/GUIA_ESTOMATOLOGICA2015.pdf

Figura 33. Lavado de manos <https://www.livescience.com/40988-why-some-people-feel-perpetually-unclean.html>

Figura 34 Uso de barreras de protección en la consulta odontológica

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/GUIA_ESTOMATOLOGICA2015.pdf%20

Imagen

Anexo

Encuesta tipo Likert

Grado:

1- La exploración de cabeza, cuello y boca son elementos que nos pueden ayudar a sospechar que un paciente es portador de VIH

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo en desacuerdo

2-Al sufrir un accidente con un objeto punzocortante durante la atención dental de un paciente infectado por VIH se debe lavar y exprimir la herida

de acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo en desacuerdo

3-Si un paciente informa haber sido diagnosticado con VIH se debe continuar el tratamiento odontológico

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

4-Para preparar una evaluación odontológica completa, puede ser necesario obtener información del médico tratante del paciente.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

5-La salud oral general puede afectar la salud sistémica total del paciente portador de VIH

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

6-Las lesiones orales en un paciente con VIH pueden manifestarse a medida que la inmunosupresión progresa.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

7-La candidiasis oral es a menudo la manifestación más común de la infección por VIH

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

8- El odontólogo debe notificar al médico tratante del paciente portador de VIH si va a recetar algún medicamento.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

9- Si en la historia clínica queda asentado que un paciente es portador de VIH o sida debe considerarse evitar el trato diferencial.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

10- El odontólogo debe notificar al médico tratante del paciente portador de VIH si va a recetar algún medicamento.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

11- Si en la historia clínica queda asentado que un paciente es portador de VIH o sida debe considerarse evitar el trato diferencial.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

12- El llenado de la historia clínica debe ser complementada con estudios auxiliares como pruebas serológicas de diagnóstico, valores de CD4 y carga viral.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

13- El conocimiento de los datos de estudios de laboratorio resulta fundamental para evitar realizar procedimientos estomatológicos que pongan en riesgo la vida del paciente.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

14- Para procedimientos que puedan causar sangrado se requiere interconsulta con el médico para determinar profilaxis antibiótica para prevenir endocarditis bacteriana y otras afecciones.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

15- uno de los puntos a considerar en la búsqueda de lesiones bucales vinculadas con la inmunosupresión es el tiempo de evolución de la lesión.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

16- Los dentistas y los trabajadores de la salud deben ser conscientes de tratar a todos los pacientes como potencialmente infecciosos con las mismas medidas requeridas para la consulta odontológica.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

17- El riesgo de la progresión de Periodontitis crónica aumenta en pacientes con VIH.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo
De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

18- Cuando el sistema inmunológico comienza a debilitarse produce como respuesta la inflamación de ganglios linfáticos.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

19- El odontólogo debe notificar al médico tratante del paciente portador de VIH si va a recetar algún medicamento.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

20- Si en la historia clínica queda asentado que un paciente es portador de VIH o sida debe considerarse evitar el trato diferencial.

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo

