

472



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SIDA
(Tratamiento)

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

SILVIA ROMO BADILLO

DIRECTORA: MTRA. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS

VoBo

287689



MÉXICO, D.F. 2009



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi Madre

Por todo tu apoyo y comprensión, y porque has sido un ejemplo a seguir para mí

A mi padre

Porque tú siempre me has acompañado en esencia en todo lo que he hecho y en cada uno de mis logros

A mis hermanos

Porque hemos pasado tantas cosas juntos y espero que se sientan orgullosos de mí como yo lo estoy de ustedes

A mis amigos

Por su apoyo incondicional en las situaciones difíciles, por compartir buenos momentos

A mis profesores

Por las enseñanzas compartidas con cada uno de sus alumnos

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Porque si no existiera, no habría tenido la oportunidad de crecer como estudiante dentro de sus aulas.

A la Dra. Beatriz Aldape Barrios

Porque conocerla ha sido uno de los aciertos más grandes de mi vida.

INDICE

Introducción	1
Antecedentes	3
Penetración de VIH.	4
Transmisión	6
Grupos de práctica de mayor riesgo	7
Interpretación y manejo de las pruebas de detección de VIH	7
Manifestaciones y etapas de la Infección por VIH	13
Clasificación	14
Categorías Clínicas	15
Prevención de Infecciones Asociadas	17
Profilaxis primaria para infecciones oportunistas	19
Tratamiento específico de la Infección por VIH	21
Manifestaciones clínicas en pacientes con VIH/SIDA	27
Tratamiento de las lesiones bucales más frecuentes	28
Recomendaciones para la atención Dental del Paciente	48
Infección por VIH en niños	49
Diagnóstico de infección por VIH en niños	50
Clasificación de infección por VIH en Pediatría. CDC.	51
Tratamiento	54
Hospitalización, referencia y manejo de paciente en etapa terminal	58
Conclusiones	61
Glosario	62
Referencias	63
Referencias de Figuras y cuadros	64

INDICE DE FIGURAS Y CUADROS

Figura. 1,2	5
Figura. 3	25
Figura. 4	26
Figura. 5, 6	28
Figura. 7	29
Figura. 8	30
Figura. 9	31
Figura.10	32
Figura. 11	33
Figura. 12	34
Figura. 13, 14	35
Figura. 15	36
Figura.16, 17	37
Figura.18	39
Figura. 19, 20	40
Figura. 21	41
Figura. 22	42
Figura. 23	43
Figura. 24	44
Figura. 25, 26	55
Cuadro. 1, 2	9
Cuadro. 3	10
Cuadro. 4, 5	10
Cuadro. 6	14
Cuadro. 7	15
Cuadro. 8	19
Cuadro. 9	24
Cuadro. 10	27
Cuadro. 11	45
Cuadro. 12	47
Cuadro. 13	50
Cuadro. 14	51
Cuadro. 15	53

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ha sido conocido a nivel mundial de manera devastadora, por lo cuál se ha brindado la mayor información que hay hasta el momento acerca de él para poder prevenir su diseminación ya que está alcanzado puntos críticos sobre todo en países tercermundistas en los cuáles las condiciones de salud son deplorables.

Es importante mencionar que las cifras de las personas contagiadas a aumentado considerablemente, se tienen registrados que en la actualidad hay 34.3 millones de personas infectadas por VIH en el mundo. En México son 40 mil casos ocupando la 13a posición a escala mundial.

La infección por VIH se transmite casi de manera exclusiva por contacto sexual, por infección directa del agente en la sangre a través de transfusión sanguínea, por el intercambio de agujas infectadas y la transmisión perinatal.

Los grupos de mayor riesgo son: Homosexuales (33.8%), Bisexuales (22.9%), Abusadores de drogas intravenosas (1.0%), Heterosexuales (30.2%), Hemofílicos (0.7%), Transfusión (9.0%), Donador (1.5%), Parejas sexuales de los grupos anteriormente mencionados.

Se considerará a una persona infectada por VIH/SIDA si:

- a) Dos resultados positivos de pruebas de tamizaje de anticuerpos (ELISA, aglutinación) y pruebas suplementarias (Western blot) positiva, incluyendo a pacientes asintomáticos aun en ausencia de factores de riesgo;
- b) Dos resultados positivos de pruebas de tamizaje de anticuerpos en un paciente con cuadro clínico sugestivo de infección por VIH. En esta situación no es indispensable confirmar con Western blot.
- c) Alguna prueba suplementaria positiva que determine la presencia del virus o de algún componente del mismo (cultivo de virus, determinación de antígeno, reacción de la polimerasa en cadena (PCR)

Las pruebas de laboratorio son indispensables para identificar los diferentes microorganismos oportunistas que atacan al paciente, así como la realización de un examen de exploración adecuado.

El tratamiento depende del estadio clínico de la infección, es el elemento más importante para decidir el inicio del tratamiento antirretroviral. Esto puede ser decidido midiendo los linfocitos CD4 o en presencia de una enfermedad definitoria de SIDA.

SIDA. Tratamiento

Se recomienda que todo paciente tenga mediciones de linfocitos CD4 cada 6 meses. En algunos casos cuando hay una rápida disminución del número de linfocitos, es recomendable practicarlas más frecuentemente.

La población infantil también se ha visto afectada por este Síndrome, y debe recibir la terapia adecuada dependiendo también del estadio clínico en que se encuentre, así mismo debe recibir los cuidados básicos que cualquier niño necesita como por ejemplo: sus vacunas.

Por último es importante recalcar la importancia de una muerte digna, para un paciente en etapa terminal, debe estar rodeado de sus seres queridos, así como recibir la terapia adecuada para no sufrir tanto, el entorno debe ser lo más agradable posible y su médico debe realizar visitas periódicas para suministrar los medicamentos necesarios. Ya que los últimos momentos de un paciente en un Hospital son prácticamente estar sólo, en un ambiente frío e impersonal.

ANTECEDENTES

La primera información sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) apareció en 1981 en la revista "Reporte Semanal de Morbilidad y Mortalidad" del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (USA); el cual consistió en el reporte sobre 5 hombres jóvenes homosexuales afectados por una rara forma de neumonía por *Pneumocistis Carinii*, en Los Angeles, Nueva York y San Francisco, entre Octubre de 1980 y mayo de 1981, Para el 3 de Julio de 1981 se habían reportado 26 casos de Sarcoma de Kaposi, todos en homosexuales, siete habían sufrido también de Neumonía por *Pneumocistis Carini*. Fue hasta 1983, cuando se conoció el agente causal de esta enfermedad, por Luc Montagnier, científico del Instituto Pasteur, de Francia quien lo llamó "VLTH virus linfotrópico humano" (causante del SIDA). En Mayo de 1986 el "Comité Internacional de Taxonomía de los Virus", propuso que el virus causante del SIDA se denominara oficialmente "Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH".¹

Definición

El SIDA es la aparición de una enfermedad diagnosticada en forma confiable indicativa al menos moderadamente de inmunodeficiencia celular subyacente en una persona sin un trastorno conocido que se asociara con una incidencia aumentada de enfermedades relacionadas con la inmunodeficiencia celular.^{2,3}

El VIH es un retrovirus ARN llamado virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Los blancos primarios de ataque de VIH son los linfocitos T cooperadores (CD4 positivos). El virus emplea las moléculas receptoras de la superficie celular para su penetración, también son susceptibles a la infección con VIH otras células como son los macrófagos y células del sistema nervioso central.⁴

En la actualidad hay 34.3 millones de personas infectadas por VIH en el mundo. En México son 40 mil casos ocupando la 13a posición a escala mundial.^{5,6}

LA PENETRACIÓN DE VIH EN LOS LINFOCITOS T PUEDE PRODUCIR:

- Destrucción aguda de la célula.
- Infección latente con inserción del genoma proviral al ADN del huésped.⁴

Los retrovirus exógenos son virus encapsulados que contienen ARN y cuyo cápsula procede por gemación de las membranas celulares: contienen una estructura electrodensa central que rodea al genoma vírico de ARN. Una característica de éstos virus es la presencia de transcriptasa inversa, que se localiza en el genoma de ARN del núcleo vírico.⁷

Cuando un retrovirus infecta una célula, la transcriptasa inversa cataliza la transcripción del genoma de ARN en forma de ADN, conocida como pro virus. El ADN migra a través del citoplasma hacia el núcleo y, luego, se integra en el ADN de la célula huésped, donde los genes víricos permanecen mientras vive la célula. Puesto que el pro virus se duplica junto con el ADN celular durante la fase S del ciclo celular, los genes víricos pasan a las células hijas. Por lo tanto la infección de un organismo puede durar toda la vida. El pro virus puede permanecer sin manifestarse o bien, expresarse parcial o totalmente. Cuando se manifiesta, tiene lugar la síntesis de ARN y proteínas víricas. En circunstancias adecuadas, se ensamblan en la membrana celular, donde tiene lugar la gemación y la liberación, completando así el ciclo vírico.⁷

El VIH penetra en el organismo como un virus extracelular libre o como células infectadas por él. En el interior de las células, es posible que no se exprese hasta que ésta célula "donante" no interaccione con algunas células diana. Entonces, los genes víricos pueden activarse y el virus se transmite a la célula receptora. Semanas después de la infección, aparece una respuesta inmune en el ser humano. Se elaboran títulos elevados de anticuerpos contra cada proteína vírica, incluyendo anticuerpos contra la cápsula, pero los anticuerpos realmente neutralizantes sólo se elaboran en pequeñas cantidades. De manera similar, la inmunidad celular también es baja. Las principales células diana del VIH son los linfocitos T y la línea de monocitos-macrófagos. Las células con propiedades similares a estas últimas, como las células de Langerhans de la piel y las dendriticas foliculares de los centros germinales de los ganglios linfáticos, también pueden infectarse, esto puede conducir a una alteración funcional y, en fases más avanzadas de la enfermedad, la depleción de éstas células supone un aumento de la frecuencia de las manifestaciones cutáneas inespecíficas que se observan en éstos pacientes. Cuando un linfocito T infectado por el VIH es inestímulo, se activa el pro virus VIH, éste se replica, la célula T4 muere y el virus se disemina para reiniciar el proceso, lo que a lo largo del tiempo conduce a

SIDA. Tratamiento

una depleción progresiva de los linfocitos T4. Algunos macrófagos infectados son capaces de llevar la infección hasta el cerebro.⁷

Hoy en día, al elaborar una historia clínica es indispensable considerar la posibilidad de que cualquier persona esté infectada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), independientemente de su nivel de escolaridad, su nivel socioeconómico, su apariencia física o el motivo de la consulta médica. En vista de que es necesario interrogar sobre antecedentes de prácticas sexuales, es importante mantener en la consulta un ambiente de confianza y respeto, asegurando la confidencialidad de la información.⁸

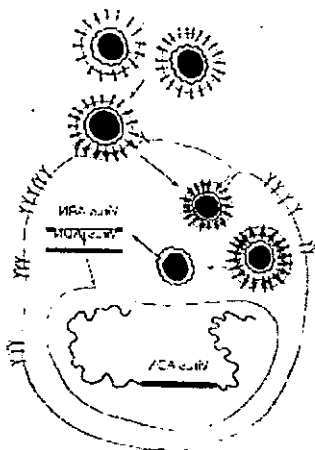


FIG. 1.- INTEGRACIÓN DEL GENOMA VÍRICO¹

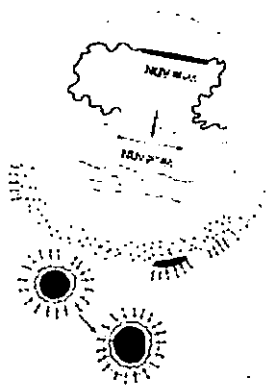


FIG. 2.- TRANSCRIPCIÓN VÍRICA¹

SIDA. Tratamiento

TRANSMISIÓN

La infección por VIH se transmite casi de manera exclusiva por contacto sexual, por infección directa del agente en la sangre a través de transfusión sanguínea, por el intercambio de agujas infectadas y la transmisión perinatal.⁸

Transmisión sanguínea:

- a) Transfusión de sangre o de sus componentes, donación remunerada.
- b) Transplante de órganos o inseminación artificial.
- c) Punción con agujas y jeringas sin esterilizar, uso de drogas intravenosas.
- d) Personal de salud con antecedentes de exposición ocupacional a sangre o líquidos potencialmente infectantes.⁸

Transmisión sexual:

- a) Relaciones sexuales sin protección con personas cuyo estado de infección por VIH se desconozca, sean homo, bi o heterosexuales.
- b) Ser o haber sido pareja sexual de alguien infectado con VIH o SIDA.
- c) Tener un solo compañero sexual, pero que éste(a) sea una persona con prácticas de riesgo (otros compañeros sexuales, usuarios de drogas intravenosas, hemofílicos, transfundidos).
- d) Tener múltiples parejas sexuales de manera secuencial o simultánea sin protección.
- e) Ser mujer u hombre con antecedentes de violación o abuso sexual.
- f) Ser hombres o mujeres que ejerzan o hayan ejercido el comercio sexual.
- g) Ser hombres o mujeres con antecedente reciente de alguna enfermedad de transmisión sexual.⁸

Transmisión perinatal:

- a) Ser hijo menor de 5 años, de mujer infectada por el VIH.
- b) Ser hijo menor de 5 años, de mujer con prácticas de riesgo para el VIH.
- c) Ser menor de 5 años, con datos clínicos que obliguen a descartar infección por VIH.⁸

Antes de solicitar la prueba de detección se recomienda:

- a) Dar información suficiente sobre el por qué se solicita, el significado y las repercusiones de ésta prueba.
- b) Solicitar al paciente o su responsable legal autorización, que conste por escrito, para la realización de la prueba de detección del VIH.
- c) Recordar que todo resultado positivo requiere de confirmación.

Estos exámenes se efectúan en la mayoría de las clínicas y hospitales del Sector Salud, en Centros de Información sobre SIDA (CONASIDA o COESIDAS) y en Laboratorios de análisis clínicos privados.⁸

GRUPOS DE PRÁCTICA DE MAYOR RIESGO

- Homosexuales (33.8%),
- Bisexuales (22.9%),
- Usuarios de drogas intravenosas (1.0%),
- Heterosexuales (30.2%),
- Hemofílicos (0.7%),
- Pacientes con transfusiones sanguíneas (9.0%),
- Donadores de órganos y sangre (1.5%),
- Parejas sexuales de los grupos anteriormente mencionados.⁹

INTERPRETACIÓN Y MANEJO DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH

El diagnóstico de la infección por VIH se basa en las pruebas que detectan anticuerpos contra el VIH. Estas pruebas se clasifican en: pruebas iniciales de detección o tamizaje y pruebas suplementarias o confirmatorias. Las pruebas de tamizaje son las de ELISA, EIE, aglutinación. Entre las pruebas suplementarias o confirmatorias, la más usada es la inmunoelectrotransferencia o Western blot (Wb)

Siempre deben interpretarse de acuerdo a la historia clínica del paciente y a pruebas auxiliares de laboratorio como biometría hemática, cuenta de linfocitos, química sanguínea, PPD, etc. En pacientes sin manifestaciones clínicas ni otras pruebas disponibles, las pruebas de tamizaje deben ser confirmadas. La Organización Mundial de la Salud ha propuesto otros esquemas, combinando dos o tres pruebas diferentes (ELISA, simples o rápidas), que utilizadas en poblaciones con prevalencia de infección por VIH superior al 10% son equivalentes al Western blot, con un menor costo y los resultados pueden obtenerse con mayor celeridad.⁸

Se considerará como persona infectada por el VIH o seropositiva aquella que presente:

- a) Dos resultados positivos de pruebas de tamizaje de anticuerpos (ELISA, aglutinación) y pruebas suplementarias (Western blot) positiva, incluyendo a pacientes asintomáticos aun en ausencia de factores de riesgo.
- b) Dos resultados positivos de pruebas de tamizaje de anticuerpos en un paciente con cuadro clínico sugestivo de infección por VIH. En ésta situación no es indispensable confirmar con Western blot.
- c) alguna prueba suplementaria positiva que determine la presencia del virus o de algún componente del mismo (cultivo de virus, determinación de antígeno, reacción de la polimerasa en cadena (PCR)).⁸

SIDA. Tratamiento

Al notificar el resultado al paciente, sea positivo o negativo, la información deberá ser:

- Personal
- Confidencial
- Privada
- Simple y concreta sobre la infección por VIH
- De acuerdo al nivel de comprensión del paciente.⁸

Además, en los casos positivos insistir en la importancia de recibir atención médica periódica, así como de notificarlo a su(s) pareja(s).

- Considerar siempre la necesidad de apoyo psicológico.
- Sugerir la incorporación del paciente a grupos de auto-ayuda.
- Recordar que por ser una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica debe realizarse la notificación correspondiente.⁸

Causas de Falsa positividad en las pruebas de ELISA	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedades autoinmunes• Mieloma múltiple• Cirrosis biliar primaria• Hepatitis alcohólica• Vacunación reciente contra influenza• Transferencia pasiva de anticuerpos• Pruebas para sífilis positivas (VDRL o RPR)
---	--

CUADRO 1⁸

En los casos negativos:

- Enfatizar las medidas de prevención.

Causas de Falsa negatividad en las prueba	<ul style="list-style-type: none">• Periodo de ventana (2 a 4 meses después de la infección).• Tratamiento inmunosupresor.• Transfusión masiva.• Transplante de médula ósea.• Presencia de polvo de guantes de laboratorio.
---	---

CUADRO 2⁸

SIDA. Tratamiento

Evaluación Clínica y de Laboratorio

Historia Clínica

Antecedentes	Historia de enfermedades de transmisión sexual, alergias a medicamentos.
Síntomas generales	Fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso.
Gastrointestinales	Disfagia, diarrea
Cavidad bucal	Candidiasis, gingivitis, leucoplasia pilosa, lesiones violáceas (sarcoma de Kaposi).
Dermatológico	Herpes zoster, exantemas, lesiones violáceas (sarcoma de Kaposi), candidiasis ungueal, foliculitis.
Respiratorio	Tos, Deseña.
Sistema Nervioso	Deterioro mental (memoria, conducta, juicio, lenguaje, concentración), cefalea, convulsiones.
Genitales	Úlceras crónicas o recurrentes, condilomas múltiples recurrentes, candidiasis vaginal recurrente, estudio de Papanicolau más reciente

CUADRO 3^a

Examen Físico

Signos	Caquexia, variaciones recientes de peso corporal, temperatura y frecuencia respiratoria
Regiones ganglionares	Tamaño y localización de Linfadenopatías.
Inspeccionar cavidad bucal	Candidiasis bucal, leucoplasia pilosa (placas blanquecinas no desprendibles en el borde lateral de la lengua), sarcoma de Kaposi, retracción gingival, úlceras orales (herpéticas).
Examen detallado de la piel (incluyendo región perianal)	Dermatitis seborreica, foliculitis, resequedad y descamación fina, herpes simple y varicela zoster, molusco contagioso, sarcoma de Kaposi,
Examen de ojo	Agudeza visual y fundoscopia (retinitis por CMV).
Examen de tórax	Auscultar tórax y practicar radiografía.
Examen neurológico	Estado mental, marcha, datos de focalización, signos meníngeos.

CUADRO 4

Exámenes de laboratorio

Los exámenes indispensables en el paciente infectado con VIH son:	<ul style="list-style-type: none"> • Biometría hemática completa Leucopenia (<4,000 leucocitos/mm3) Linfopenia (<1,500 linfocitos/mm3) Trombocitopenia (<1,500 plaquetas/mm3) Anemia (<12g HB). • VDRL y serología para toxoplasmosis y hepatitis B • Química Sanguínea: urea y creatinina • Proteínas totales y albúmina • Cuento de linfocitos CD4
---	---

CUADRO 5^a

Consideraciones para el seguimiento

En cuanto a frecuencia de citas u estudios clínicos dependerá de su condición, tipo de tratamiento y complicaciones. Un paciente asintomático estable puede requerir visitas cada 3 meses si su tolerancia al tratamiento es adecuada, y se ha descartado la posibilidad de toxicidad significativa; en cambio, un paciente con enfermedad avanzada o manifestaciones graves puede requerir consultas semanales. En el caso de pacientes con enfermedad avanzada y diversas manifestaciones, conviene organizar el servicio para interactuar rápidamente con especialistas y no diferir las consultas para cuando sean programadas. De esta forma, la consulta de VIH debe contar con el apoyo de dermatología, oftalmología y neurología.⁸

Los estudios de laboratorio de seguimiento se limitarán a los indispensables clínicamente, de acuerdo a los requeridos por su terapéutico (citología hemática, función hepática, química sanguínea, amilasa, lipasa), o por su sintomatología, por ejemplo, teleradiografía de tórax en caso de síntomas respiratorios. La cuantificación de subpoblaciones de linfocitos se efectuará cada 6 meses a menos que clínicamente se requiera con más frecuencia. No es conveniente realizar estudios como determinación de antígeno-p24, beta-2-microglobulina, neopterin, etc., para el seguimiento. Los estudios de serología sugeridos en el estudio inicial sólo se repetirán cuando clínicamente esté indicado.⁸

MANIFESTACIONES Y ETAPAS DE LA INFECCIÓN POR VIH

Período de incubación. Se ha calculado que la seroconversión es mayor a 6 semanas.

El período de incubación es más corto en niños pequeños que en adultos. Durante el período de incubación los individuos son positivos para los anticuerpos al VIH. La infección pone en riesgo la función de las células T CD4, disminuyen las cifras de células CD4.⁸

El síndrome retroviral agudo, que semeja mononucleosis, aparece 3 a 6 semanas luego de la infección primaria en más de 50%. La reacción inmunitaria empieza de 1 semana a 3 meses. Luego surge un período de latencia clínica, que dura una media de 10 años pero con deterioro inmunológico.¹⁰

Alteraciones en el sistema inmunitario.

La disminución de CD4 conduce a una descenso en la respuesta celular y normal en la sangre periférica esto se puede acompañar por un incremento en el número de células T supresoras, lo que da como resultado una disminución de la relación celular T auxiliar, célula T supresora, en la sangre periférica, estas alteraciones en el sistema inmunitario conducen a una inmunodeficiencia funcional.⁸

Los pacientes en estadio B tienen síntomas de enfermedad, pero no tienen enfermedad indicadora alguna que se use para definir SIDA. Estos pacientes se quejan de fatiga, pérdida de peso, sudores nocturnos y diarrea y tienen infecciones micóticas superficiales de la boca, uñas de las manos y pies. Los componentes mejor estudiados de este complejo son las anomalías de los ganglios linfáticos. En las etapas tempranas, los ganglios linfáticos infectados muestran una hiperplasia folicular reactiva muy marcada con aspecto histológico característico, llamado linfadenopatía generalizada persistente LGP.¹¹

El SIDA es la etapa avanzada de la infección por VIH en la cual el paciente desarrolla una de las múltiples infecciones oportunistas o neoplasias que definen a la enfermedad.

La presencia de manifestaciones bucales específicas y el número de lesiones intraorales entre personas infectadas están asociadas con inmunosupresión severa (<200 CD4) y SIDA. Los exámenes bucales son un componente esencial para el reconocimiento a tiempo de la progresión de la enfermedad y la evaluación sistemática del paciente.¹²

CLASIFICACIÓN

Durante toda la evolución de la infección por VIH se observan anomalías en la cavidad bucal. La infección primaria por VIH se ha asociado con estomatitis aftosa severa y con Candidiasis orofaríngea y esofágica. A medida que la infección progresa y el deterioro inmunológico prosigue surgen numerosas complicaciones bucales. En los estadios tardíos de la enfermedad las manifestaciones bucales son sumamente prevalentes y con frecuencia graves.¹³

Sistema de Clasificación para la Infección por VIH/SIDA revisada en 1993. (De los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, Centers Disease Control and Prevention, CDC, de los Estados Unidos).

Grupo de Células CD4	Categoría Clínica	Categoría Clínica	Categoría Clínica
	A	B	C
$\geq 500/\text{mm}^3$	A1	B1	C1
200-499/ mm^3	A2	B2	C2
$< 200/\text{mm}^3$	A3	B3	C3

CUADRO 6.⁸

Los casos clasificados como A3, B3, C1, C2, C3, se consideran casos de SIDA.⁹

S : D A. Tratamiento

CATEGORÍAS CLÍNICAS

A	B	C
<ul style="list-style-type: none"> • Infección por VIH asintomática • Linfadenopatía generalizada persistente (LGP)(Nódulos en 2 o más lugares, por lo menos de 1 cm. De diámetro por 3 meses o más.) • Enfermedad aguda (primaria) por VIH 	<p>Consideraciones asintomáticas, no enlistadas, ni en A ni en C y que:</p> <p>a) Son atribuibles a la infección por VIH o a un defecto en la inmunidad celular o</p> <p>b) Tienen una evolución clínica o manejo específico por estar complicados por el VIH. Los ejemplos incluyen pero se limita a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angiomatosis bacilar • Candidiasis vulvo vaginal persistente (>1 mes), mala respuesta al tratamiento • Candidiasis orofaríngea • Displasia cervical grave o carcinoma <i>in situ</i> • Síndrome constitucional, ejemplo, fiebre (38.5) o diarrea de >1 mes • Leucoplasia pilosa bucal • Herpes zoster • Púrpura trombocitopénica idiopática • Listeriosis • Neuropatía periférica • Enfermedad pélvica inflamatoria (específicamente si está complicada por abscesos tubo-ováricos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial • Coccidiomicosis extrapulmonar • Carcinoma cervical invasor • Criptosporidiasis intestinal crónica (>1 mes) • Retinitis por citomegalovirus (CMV) o cualquier otra infección por CMV que no sea hígado, bazo ni ganglios linfáticos • Encefalopatía por VIH • Herpes simple con úlceras mucocutáneas >1 mes, bronquitis o neumonía • Histoplasmosis diseminadas, extrapulmonar • Isisporidiasis crónica de >1 mes • Sarcoma de Kaposi • Linfoma Burkitt, linfoma inmunoblástico, linfoma primario de cerebro • <i>M. Avium</i> o <i>m. Kansasi</i> extrapulmoar • Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar • Micobacterias, otras especies, diseminadas o extrapulmonares • Neumonía por <i>Pneumocystis Carinii</i> • Neumonía recurrente (2 o más episodios en 1 año) • Leucoencefalopatía multifocal progresiva • Bacteremia por <i>Salmonella</i> recurrente • Toxoplasmosis cerebral • Síndrome de desgaste debido al VIH

CUADRO 7^a

PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS AL VIH

La prevención de infecciones oportunistas retrasa la progresión de la infección por VIH, mejora la calidad de vida y prolonga el tiempo de supervivencia de la persona con VIH/SIDA. El tratamiento preventivo para las infecciones oportunistas es esencial en el manejo de todo paciente, es por ello que se deben hacer todos los esfuerzos necesarios para asegurarse que reciba los medicamentos profilácticos que requiere de acuerdo con sus antecedentes epidemiológicos, su historia clínica y su conteo de linfocitos CD4.

Patógenos oportunistas más frecuentes para los cuales está indicada la profilaxis en las personas que viven con VIH/SIDA.⁸

Tuberculosis

Todo paciente con infección por VIH requiere de la realización de una prueba cutánea de tuberculina, prueba de Mantoux o PPD, utilizando para ello tuberculina de 5 U. Si el PPD es positivo (>5mm) o si el paciente se encuentra anérgico o con CD4<200/ l se deberá iniciar isoniacina. Se recomienda que la isoniacina se administre por 12 meses, aunque algunos autores la continúan indefinidamente por el riesgo de recurrencia, en especial en pacientes con enfermedad avanzada.⁸

Neumocistosis

Todo paciente con CD4<200/ l, o con historia previa de neumonía por *Pneumocystis carinii* requiere de profilaxis con trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMZ). Cabe mencionar que dicho tratamiento también es útil en la prevención de la toxoplasmosis en pacientes con VIH/SIDA. Finalmente, es importante mencionar que la profilaxis para *P. carinii* es altamente eficaz, pero la eficacia disminuye cuando las cuentas de CD4 están por debajo de 50 cels/ l, por lo que se debe optar por la dosis diaria en lugar de tres veces por semana. La dapsona, a dosis de 100 mg/ 3 veces a la semana, es una alternativa en pacientes alérgicos al TMP/SMZ.⁸

Toxoplasmosis

Cuando es positiva la serología para *Toxoplasma gondii* y con CD4<100 / l Deberá recibir profilaxis con TMP/SMZ (la cual deberá de estar recibiendo también para *P. carinii*).⁸

S I D A. Tratamiento

Candidiasis mucocutánea

No está indicada la profilaxis primaria. En el paciente con candidiasis recurrente, se recomienda el uso de itraconazol 100ml/día o en días alternos.⁸

Histoplasmosis

En personas que viven en áreas endémicas y que tienen CD4<200 céls/ l se recomienda profilaxis primarias con itraconazol a dosis de 200 mg/día.⁸

Criptococosis

Un estudio reciente ha demostrado que el fluconazol a dosis de 200 mg/día es eficaz en la profilaxis primaria de la enfermedad por *Cryptococcus neoformans*, si bien dicha profilaxis no tuvo impacto en la sobrevivida de los pacientes, todo paciente que ha tenido un cuadro de Criptococosis requiere de profilaxis secundaria con Anfotericina B o fluconazol. El itraconazol es una alternativa más económica aunque no tan eficaz.⁸

Herpes Simple

No está indicada la profilaxis primaria. La profilaxis secundaria está indicada en personas con H. simple y CD4<500 céls/ l utilizando aciclovir a dosis de 200 a 400 mg/12 horas, diario.⁸

***Mycobacterium avium* (MAC)**

En pacientes con enfermedad avanzada tardía, el MAC es causa de fiebre y pérdida de peso por lo que en el CDC han recomendado profilaxis con rifabutina cuando la cuenta de CD4 está por debajo de 100 céls/ l. La azitromicina (1,200 mg/semana) se aprobó como la mejor alternativa.⁸

Citomegalovirus

El paciente que ya ha tenido una retinitis por CMV, requiere de profilaxis secundaria con ganciclovir por vía intravenosa (5mg/kg/día a fin de evitar recurrencia).⁸

SIDA. Tratamiento

PROFILAXIS PRIMARIA DE INFECCIONES OPORTUNISTAS

Patógeno	Indicación	Medicamento de elección	Alternativas
<i>Pneumocystis carinii</i>	CD4<200	TMP-SMX-F 1 tab. 3 veces por semana	Dapsona 100 mg 3 veces por semana o pentamidina en aerosol, 300 mg al mes usando el Respigard
<i>Toxoplasma gondii</i>	CD4<100 y anticuerpos anti-toxoplasma (igG+)	TMP-SMX-F 1 tab. Al día, 3 veces x semana	Dapsona 100 mg/día más pirimetamina 50 mg a la semana y ácido fólico 25 mg a la semana
Hongos: <i>Cryptococcus Neoformans</i> Y <i>candida sp.</i>	CD4<100	Itraconazol 200 mg al día	Fluconazol 200 mg/día**
<i>Histoplasma capsulatum</i>	Residente en áreas endémicas con CD4<100	Itraconazol 200 mg al día	
<i>Mycobacterium avium</i> (MAC)	CD4<100	Azitromicina 1,200 mg 1 vez a la semana**	Rifabutina 300 mg/día o Claritromicina 500 mg/día
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	PPD=5mm o anérgico	HAIN 300 mg/día más piridoxina 50 mg/día x 12 meses	
Citomegalovirus	CD4<100		Ganciclovir oral**

CUADRO 8^o **Bajo investigación clínica

Nota: La duración de la profilaxis debe ser de por vida a menos que se indique lo contrario.

Los pacientes deberán vacunarse contra neumococo cada 5 años con vacuna polivalente y contra el virus de la influenza anualmente.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LA INFECCIÓN POR VIH

Tratamiento antirretroviral

El estadio clínico de la infección es el elemento más importante para decidir el inicio del tratamiento antirretroviral. Esto se decide midiendo los linfocitos CD4 o en presencia de una enfermedad definitoria de SIDA.

Se recomienda que todo paciente tenga mediciones de linfocitos CD4 cada 6 meses. En algunos casos cuando hay una rápida disminución del número de linfocitos, es recomendable practicarlas más frecuentemente.

Los antirretrovirales deben iniciarse en pacientes asintomáticos con linfocitos $CD4 < 500/l$, y en aquellos pacientes sintomáticos, independientemente de la cifra de éstos. El inicio del tratamiento en forma más temprana no ha mostrado, hasta ahora disminuir la mortalidad, sin embargo, el desarrollo de las nuevas técnicas para establecer el grado de replicación viral (carga viral) permitirá en el futuro decidir el momento más adecuado para iniciar el tratamiento. El número de moléculas de RNA en el plasma provee una medición directa de los títulos de viriones de VIH. En varios estudios se demostró que el uso de retrovirales disminuye el número de viriones y que el desarrollo de resistencia correlaciona con el aumento de la carga viral. Por lo tanto, la terapia antiviral podría ser regulada dependiendo de la respuesta en términos de copias de RNA viral. Sin embargo, la experiencia clínica en este sentido es limitada, y están pendientes resultados de estudio que permitirán decidir sobre el mejor momento de realizar éstos exámenes.⁸

La decisión sobre el antiviral depende además de que el paciente haya utilizado o no antivirales previamente, y su historia de intolerancia y/o toxicidad.⁸

Es muy importante considerar que el tratamiento con antirretrovirales debe ser continuo y sin interrupciones. Esto es particularmente crítico para el uso de inhibidores de la proteasa, pues las resistencias aparecen rápidamente, corriendo el riesgo de que el tratamiento pierda su utilidad. Por esta razón, tanto las instituciones como los pacientes deben planear el abasto adecuado del medicamento. Asimismo, es indispensable que el clínico dedique el tiempo necesario para explicar al paciente el tratamiento que recibirá y la importancia de apegarse a él sin interrupciones.⁸

Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa

- **Zidovudina o AZT (Retrovir)**

Fué el primer medicamento disponible y demostró en estudios doble ciego, comparados contra placebo, aumentar la sobrevida y disminuir la frecuencia de complicaciones por microorganismos oportunistas. Las dosis recomendadas son de 500-600 mm/día (repartidos en 2 o 3 dosis al día). Los efectos tóxicos se relacionan con su capacidad de inhibir a otras DNA polimerasas, y se manifiestan por anemia y leucopenia. Además, puede producir: cefalea, dolores musculares, anorexia y meteorismo. Es necesario practicar biometrías hemáticas y pruebas de funcionamiento hepático periódicamente. Hoy en día su principal utilidad es en combinación con otros antivirales.⁸

- **Didanisina o ddl (videx).**

La dosis recomendada para personas con un peso mayor de 60 kg es de 200 mg cada 12 horas y para 60 kg o menos, es de 125 mg cada 12 horas. Sus efectos tóxicos incluyen: pancreatitis, neuropatía, náusea, dolor abdominal, exantema, hiperglicemia, hiperuricemia, cefalea, insomnio, elevación de los niveles de triglicéridos y amilasa. La Didanisina no alcanza niveles útiles en SNC.⁸

- **Salcitabina o ddC (Hived).**

Antirretroviral con actividad similar a la de la zidovudina. Su principal indicación es en un esquema inicial, en combinación con AZT y en aquellos pacientes que tienen datos de progresión. La dosis recomendada es de una tableta de 0.75 mg tres veces al día. Los efectos tóxicos más comunes son neuropatía periférica y pancreatitis. Es importante estar alerta ante la presencia de dolor abdominal. Otros síntomas incluyen. Cansancio, cefalea, mialgia, úlceras bucales, náusea y anorexia. En ocasiones aparece exantema que desaparece después de unas semanas de iniciado el tratamiento. Es necesario practicar biometría hemática, pruebas de funcionamiento hepático y determinación de amilasa cada dos o tres meses en pacientes estables. El ddC sólo puede combinarse con AZT y no con otros análogos de los nucleósidos, porque se potencializa la toxicidad. No debe utilizarse como monoterapia.⁸

- **Lamivudina o 3TC (3TC).**

Nunca debe usarse como monoterapia. Los estudios en pacientes que no han recibido tratamiento previo sugieren que su asociación con zidovudina es muy efectiva. Los efectos tóxicos incluyen cefalea, fatiga, insomnio, neuropatía periférica, mialgias, úlceras bucales y exantema. La dosis recomendada es de 150 mg cada 12 horas o 2 mg/kg cada 12 horas en personas cuyo peso sea menor a 50 Kg⁸

SIDA. Tratamiento

- **Stavudina d4T (Zerit).**

Es el medicamento que presenta menor toxicidad medular. Su actividad es antagonista *in vitro* de la zidovudina, por lo que no deben administrarse juntos. La dosis recomendada para mayores de 60 kg es de 40 mg cada 12 horas y para 60 kg o menos, es de 30 mg cada 12 horas. Sus efectos secundarios son la neuropatía (15%), náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, pancreatitis (1%); puede producir alteraciones del sueño y elevación de las enzimas hepáticas.⁸

Inhibidores NO nucleósidos de la transcriptasa reversa:

- **Nevirapina (viramune).**

Es un medicamento aprobado por la FDA a mediados de 1996, para usarse en combinación con otro nucleósido análogo (AZT, ddl, etc.) para el tratamiento de la infección por el VIH en adultos con deterioro clínico e inmunológico. La dosis recomendada es de 200 mg/día por V.O. Las primeras dos semanas, y se continúa con 200 mg dos veces al día. Los principales efectos secundarios son exantema, trombocitopenia severa y alteraciones neuropsicológicas.⁸

Inhibidores de la proteasa

Este grupo de fármacos interactúan con un gran número de medicamentos entre ellos la rifampicina y la rifabutina, por lo que no deben administrarse simultáneamente.⁸

- **Indinavir (Crixivan).**

Su principal indicación es el tratamiento combinado con zidovudina o con zidovudina + ddl, ddC o 3TC en pacientes con datos de toxicidad o progresión. La dosis recomendadas son de 800 mg cada 8 horas, una hora antes o dos horas después de los alimentos. Sus efectos secundarios son: hiperbilirrubinemia, nefrolitiasis, elevación de las transaminasas, exantema y piel hipohidrótica. Debe incrementarse la ingesta de líquidos de 1 a 2 litros diarios.⁸

- **Ritonavir (Norvir)**

Su principal indicación es en combinación con inhibidores de la transcriptasa reversa en pacientes con toxicidad o progresión. Las dosis recomendadas son de 1200 mg/día. Sus efectos tóxicos incluyen: náusea, vómito, debilidad, diarrea, transaminasemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y parestesias. Tiene múltiples interacciones

SIDA. Tratamiento

medicamentosas que deben ser tomadas en cuenta.⁸

- **Saquinavir (Invirase).**

Las dosis recomendadas son de 1,800 mg/día. Sus efectos tóxicos incluyen: náusea, vómito y dolor abdominal. Debe utilizarse en forma combinada con antirretrovirales. El ketoconazol aumenta sus niveles plasmáticos. Es el menos potente clínicamente pero también tiene menos efectos colaterales e interacciones medicamentosas.⁸

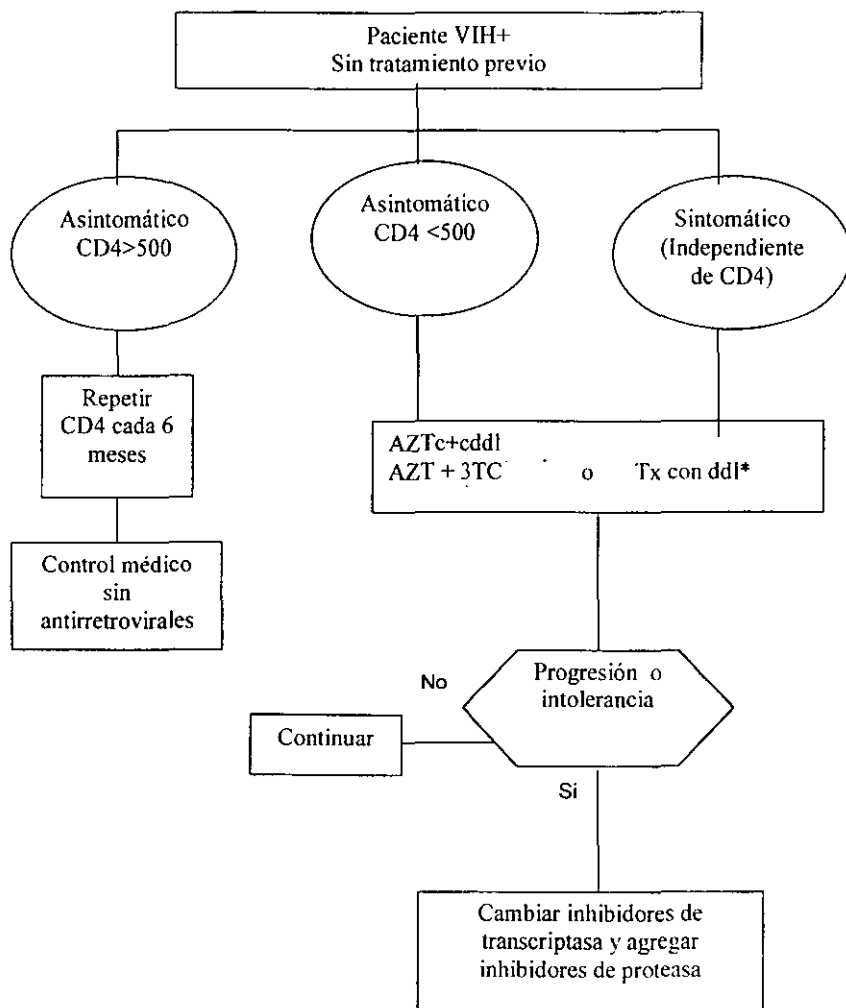
Selección de tratamiento de acuerdo a cuenta de CD4 y/o carga viral disponible.

Cuenta de CD4*	Carga viral*	Terapia inicial	Terapia subsecuente si existe progresión**
500-350	<10 (10,000 copias)	1 nucleósido (ddI)	2 nucleósidos
350-200	10 -10	2 nucleósidos-AZT+ddI AZT+3TC	2 nucleósidos+LP
<200	>10 (>100.00 copias)	2 nucleósidos + inhibidores de proteasa (si es posible)	1 nucleósido+1 Inhibidor de TR no Nucleósido+LP

CUADRO 9⁸

- Si el paciente está estable en CD4 y carga viral, puede considerarse sólo vigilancia
- ** En caso de progresión con tratamiento inicial, modificar el esquema idealmente con dos fármacos no utilizados previamente.

Selección de tratamiento si no se cuenta con carga viral



• FIG. 3 Sólo si no se dispone de dos medicamentos. En general, No se recomienda monoterapia. 7

Selección de tratamiento en el paciente previamente tratado

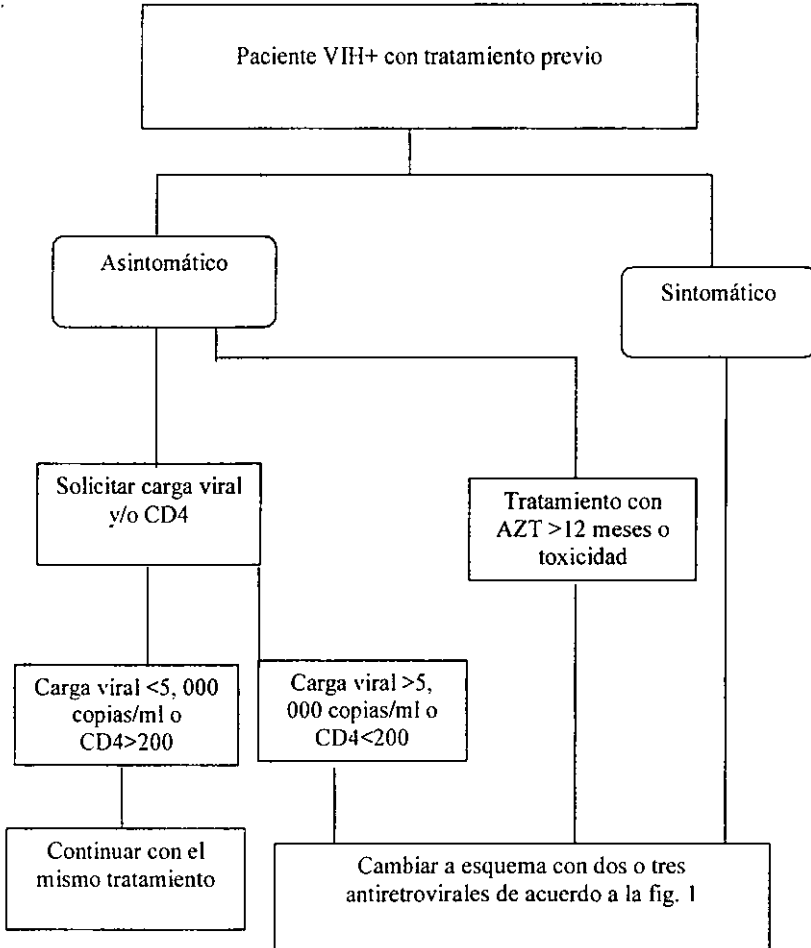


FIG. 4²

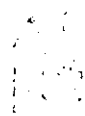
MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON VIH/SIDA

La cavidad bucal es frecuentemente uno de los sitios donde primero ocurren manifestaciones por VIH. Más de 40% de las enfermedades con VIH y más de 90% de las personas con SIDA tienen algún dato clínico en la cavidad bucal, por lo que es imperativo revisar la boca siempre que se haga una consulta clínica en un paciente con VIH/SIDA. Existen multitud de lesiones bucales en pacientes con VIH/SIDA. Su diagnóstico específico se puede hacer frecuentemente por la presentación clínica y las características macroscópicas pero ocasionalmente se requiere de frotis o cultivos. La biopsia rara vez está indicada en estos casos. Con frecuencia la respuesta al tratamiento empírico o presuntivo también contribuye a confirmar el diagnóstico.⁷

Manifestaciones bucales frecuentes en VIH/SIDA

Infecciones bacterianas	Periodontitis, Sífilis, Gingivitis
Infecciones micóticas	Candidiasis
Infecciones virales	Herpes simples, leucoplaquia pilosa bucal, infección por papiloma virus, infecciones por citomegalovirus.
Infecciones neoplásicas	Sarcoma de Kaposi, Linfoma. Carcinoma de células escamosas.
Otros problemas	Úlceras aftosas gigantes. Xerostomía. Crecimiento de glándulas salivales.

CUADRO 10.⁸



TRATAMIENTO DE LESIONES BUCALES MÁS COMUNES

Candidiasis.

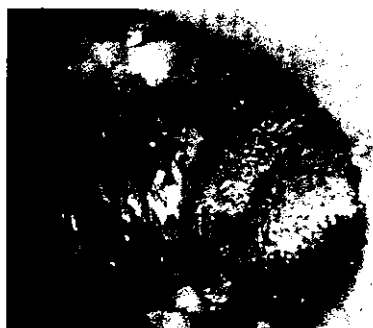


FIG. 5. -CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA³

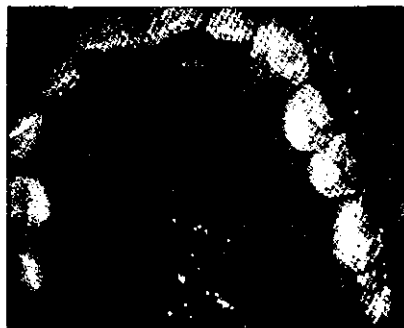


FIG. 6. - CANDIDIASIS ERITEMATOSA³

El de elección es nistatina para enjuagues bucales. En caso de requerir tratamiento sistémico se recomienda usar ketoconazol (200 mg V.O. cada 12 horas), itraconazol (100 mg V.O./ día) o fluconazol (100 mg V.O./día). Por lo general no se recomienda profilaxis secundaria a menos que el padecimiento sea recurrente.

Leucoplasia pilosa bucal

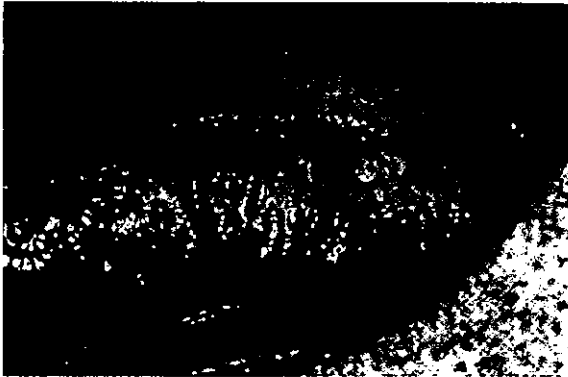


FIG. 7.- LEUCOPLASIA PILOSA³

Por tratarse de un virus de la familia de los herpes se utiliza aciclovir, zidovudina y ganciclovir, también se a propuesto la aplicación de vitamina A ácida de 0.01% dos veces al día. También se utiliza DHP6, guanina o ganciclovir, el cual es usado desde 1989, éste fármaco difiere del aciclovir por una sola cadena lateral de hidróxidos, éste cambio estructural le confiere 50 veces más actividad que el aciclovir.

Periodontitis necrotizante

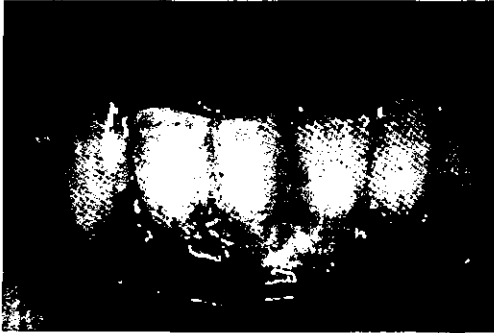


FIG. 8 PERIODONTITIS¹



PERIODONTITIS RX²

En general se puede tratar con Metronidazol (flagyl) o Clindamicina. Además de profilaxis bucal. Aunque no responde como se quisiera se logra una mejoría. Sin embargo no hay que olvidar que en los enfermos con VIH hay una alto grado de reincidencia. Pindborg, propone una aplicación tópica de Nistatina con cubetas de acrílico individuales, además de colutorio de Clorexidina. Se recomiendan también debridación y curaciones locales.

Ulceras Aftosas Recurrentes



FIG. 10.- ULCERA AFTOSA RECURRENTE³

Se utilizan corticoesteroides locales y/o sistémicos. Existen estudios que apoyan la utilidad de talidomida.

Herpes Simple



FIG. 11. -HERPES SIMPLE³

Consiste en aciclovir 400 mg tres veces al día por 10 días en el caso de infección primaria, o 400 mg dos veces al día por 5 días en las recurrencias. Los pacientes con recurrencias frecuentes, o que tienen recaídas inmediatamente después de suspendido el tratamiento, deben recibir tratamiento supresivo, el cual consiste en aciclovir 400 mg 2 veces al día por 12 meses

Herpes Zoster



FIG. 12 HERPES ZOSTER³

El tratamiento incluye aciclovir 800 mg cada 4 horas (5 dosis) por 10 días .Si afecta más de un dermatoma se recomienda administrar aciclovir I.V. 10 a 12 mg/kg/cada 8 horas por 7 a 14 días. Posteriormente a la enfermedad hay presencia de neuropatías residuales muy dolorosas. En pacientes en cuyo caso haya resistencia al medicamento se cambia cambiar por Forcanet, o bien aplicar aciclovir por vía intravenosa

Sarcoma de Kaposi

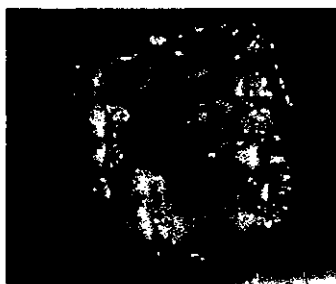


FIG. 13. - SARCOMA DE KAPOSI³



FIG. 14. - SARCOMA DE KAPOSI³

Debe ser evaluado según cada individuo, el tratamiento es paliativo para mejorar los síntomas y estética de los pacientes, el tratamiento local incluye radioterapia sobre todo en pacientes con pocos nódulos por razones estéticas y con quimioterapia intralesional. También se utilizan esclerosantes, crioterapia y el láser. El tratamiento sistémico se aplica en pacientes en estado avanzado, es diseminado y doloroso aplicándose vincristina, bleomicina o VP-16, a dosis pequeñas cada dos o tres semanas y siempre debe ser indicada por un médico experto

Linfoma No Hodgkin



FIG. 15.- LINFOMA NO HODGKIN³

Se caracteriza por quimioterapia combinada basada en el esquema de CHOP (ciclofosfamida, adriamicida, vincristina y prednisona) lográndose en un 53% de los pacientes remisión completa, respuestas que no son permanentes ya que recaen al cabo de unos meses.

En esquemas más agresivos, dosis altas de Ciclofosfamida o de methotrexate, los resultados no han sido mejores y en cambio la toxicidad ha sido mayor con desarrollo de infecciones oportunistas en 685 de los casos.

Tuberculosis



FIG. 16.-TUBERCULOSIS³

La gran mayoría de estudios han demostrado que las tasas de fallas y recaídas, usando esquemas estándar de tratamiento, son similares en los pacientes positivos y negativos.

La fase inicial de 3 meses con rifampicina, isoniacina y pirazinamida o rifampicina, isoniacida, pirazinamida más etambutol o estreptomina, seguido de una fase de continuación de 4 meses con isoniacida más rifampicina. También se recomienda que tanto la isoniacida como la rifampicina se prolonguen al menos 6 meses después de haber documentado un cultivo negativo. La Norma Oficial Mexicana para la prevención y control del VIH, recomienda que después de completar el tratamiento, se continúe con isoniacida por un año. La respuesta clínica y la conversión del esputo son iguales en los pacientes con o sin infección por VIH. Las baciloscopías y el cultivo generalmente se negativizan a las 10 semanas de tratamiento.

SIDA. Tratamiento

Todos los pacientes con infección por VIH deberán ser sometidos a una prueba de tuberculina con PPD de 5 U al momento de establecerse el diagnóstico de infección. En caso de no realizarse el PPD o que el paciente se encuentre anérgico se debe recomendar profilaxis para Tb. La profilaxis debe realizarse con isoniacida a dosis de 300 mg/día por un período de un año. En caso de alergia a isoniacida o contraindicación formal se usará rifampicina o rifampicina más pirazinamida.

Dermatitis seborreica

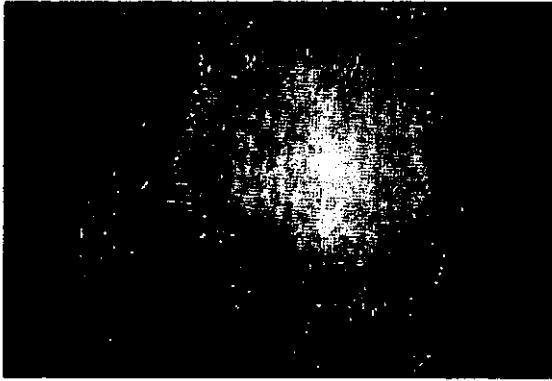


FIG. 18.- DERMATITIS SEBORREICA³

Consiste en la aplicación de pomada con hidrocortisona y ketoconazol. Para la afección del cuero cabelludo es conveniente agregar shampoo para la caspa como los que contienen zinc o ácido salicílico más sulfuros.

Psoriasis



FIG. 19.- PSORIASIS³

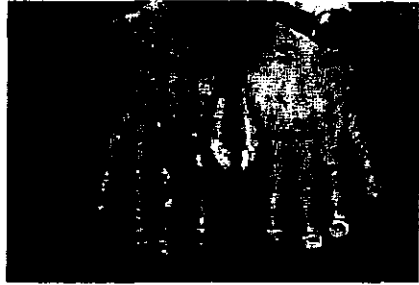


FIG. 20 PSORIASIS³

La mayoría de los tratamientos para la psoriasis grave tienen propiedades inmunodepresoras capaces de crear problemas importantes en el SIDA. El metotrexato ha provocado leucopenia. Las formas localizadas de psoriasis responden bien a los esteroides tópicos, el ditranol y los preparados basados en brea. Algunos de los enfermos no toleran la terapia con radiación ultravioleta B; el problema consistía en un aumento de la fotosensibilidad en la infección por VIH. Se recomienda la determinación de la dosis mínima de eritema antes del tratamiento, así como la administración cuidadosa de rayos UV a dosis bajas.

Molusco Contagioso



FIG. 21.- MOLUSCO CONTAGIOSO³

La única forma de tratar el molusco contagioso es por medio del curetaje, pero en los casos de infecciones muy diseminadas, es difuso y, además, es de esperar la recidiva. La administración de aciclovir intravenoso a un paciente con SIDA y que presentaba molusco contagioso e infección herpética, causó la resolución del herpes, mientras que las lesiones del molusco permanecieron estables. Probablemente, una mejoría general de la función inmune vencería la infección vírica y cabe esperar que cualquier fármaco con dichos efectos sea eficaz.

Verruga Vulgar



FIG. 22.- VERRUGA VULGAR³

Las verrugas genitales refractarias se tratan con criocirugía, electrocauterio, láser de CO₂ o escisión quirúrgica. Las verrugas perianales e intraanales en los homosexuales infectados por el VIH son crónicas, resistentes al tratamiento y, a pesar de la resolución inicial, tienden a formarse nuevas lesiones.

Dermatofitosis

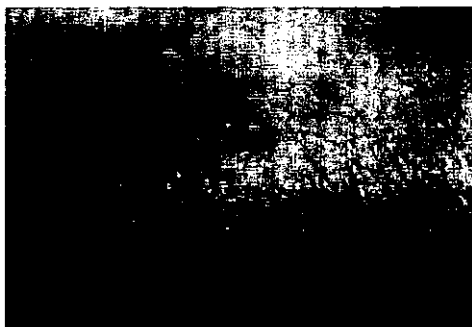


FIG. 23.- DERMATOFITOSIS³

Las infecciones diseminadas por *Tricophyton rubrum* y *Epidermophyton* se tratan con griseofulvina oral a dosis de 500 a 1.000mg al día, o bien con 200mg al día de ketoconazol durante 4 semanas. En muchos casos es preferible el ketaconazol, cuando coexiste una candidiasis. Las micosis cutáneas limitadas pueden tratarse con preparados antifúngicos, pero con mucha frecuencia hay recidiva.

Eccema asteatótico

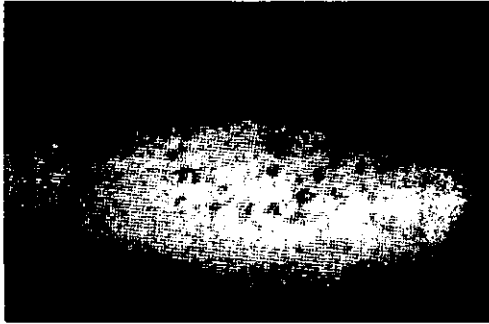


FIG. 24.- ECCEMA ASTEATÓTICO³

Los casos moderados se tratan con emolientes y esteroides tópicos. A los pacientes debería explicárseles que no deben emplear jabón ni shampoo con demasiada frecuencia, para evitar que se les reseque la piel. Las recidivas son frecuentes.

SIDA. Tratamiento

Tratamiento de la infección por Citomegalovirus

Tratamiento antiviral	Via de administración	Dosis	Toxicidad
Ganciclovir	IV	5 mg/kg/12h	Neutropenia Anemia
Mantenimiento	IV	5 mg/kg/día 5 a 7 días/ semana	Trombocitopenia Náuseas
Mantenimiento	VO	3g/día	Menor neutropenia que la IV
FOSCANET Inducción	IV	60 mg/kg cada 8 horas 90 mg/kg cada 12 h	Azoemia, Hipokalemia, Hipofosfatemia
Mantenimiento	IV	90-120 mg/kg/día	Hipomagnesemia Anemia. Náuseas. Convulsiones.

CUADRO 11.*

Crisis convulsivas de nuevo inicio

Difenilhidantoina sódica (Epamín), vía oral 300 Mg. diarios o fenobarbital 100 a 200 mg diarios V.O.

Neurosífilis

Penicilina G cristalina 4 millones de unidades I.V. cada 4 horas por 10 días o penicilina procaína 2.4 millones de unidades diarias intramuscular, más proveen Cid 500 mg V.O. cada 6 horas durante 10 días

Meningitis por criptococo

Anfotericina B (Anfostat) 0.5 a 0.7 mg/kg diarios, vía endovenosa los primeros 7 días y continuar la misma dosis 3 veces por semana por un total de 10 semanas o fluconazol (Diflucan) 400 mg V.O. por 10 semanas o itraconazol (Sporanox) 400 mg V.O. por 10 semanas. Valorar la respuesta con una punción lumbar semanal: dos o más líquidos cefalorraquídeos negativos en cultivo después de 8 semanas indican una buena respuesta y debe cambiarse el manejo a la profilaxis secundaria o tratamiento de mantenimiento (para evitar recaídas) con fluconazol 200 mg diarios, V.O. por tiempo indefinido

Toxoplasmosis cerebral

Pirimetamina (Daraprim, tabletas 25 Mg.) 100 Mg. V.O. inicial y continuar con 50 a 75 Mg. diarios más sulfadiazina 100 mg/kg/día: En total 6 a 8 divididos en tomas cada 4 horas más ácido fólico (Leucovorin) V.O. 10 a 15 mg/día, ajustando la dosis de acuerdo a la cuenta leucocitaria y de plaquetas y como alternativa a sulfadiazina dar clindamicina (Dalacin C) 600 Mg. vía endovenosa cada 6 horas las primeras 3 semanas y continuar V.O., 300 Mg. cada 6 horas o 450 Mg. cada 8 horas. Debe haber una mejoría clínica en 10 a 14 días de tratamiento. Si se obtiene una respuesta en 6 a 8 semanas, pasar a terapia de mantenimiento con pirimetamina 25 < 50 mg diarios, más clindamicina 300 mg cada 6 horas o 450 mg cada 8 horas más leucovorin, 10 mg diarios V.O. o pirimetamina 50 mg diarios más Dapsona 100 mg 2 veces por semana, por tiempo indefinido. Administrar dexametasona o prednisona las primeras 3 o 4 semanas si hay cierto efecto de masa grave por edema cerebral o desplazamiento de la línea media en la TAC

Meningitis Tuberculosa

Isoniacida (Erbazid) 300 mg diarios, piridoxina (Benadon) 300 mg diarios, rifampicina (Rifadin) 600 mg diarios y pirazinamida 1,500 mg diarios o etambutol (Myambutol) 1,200 mg diarios, V.O. durante 3 meses y los 6 meses finales los 3 medicamentos iniciales se dan en las mismas dosis

SIDA. Tratamiento

Posibles tratamientos para el Síndrome de desgaste por VIH

Medicamentos	Incrementa apetito	Incrementa peso	Incrementa masa magra	Comentarios
Acetato de megestrol	+++	+++	+?	Numerosos estudios muestran eficacia; efectos indeseables observados, retención de líquidos e impotencia
Pentoxifilina	?	0	0	Puede inhibir el factor de necrosis tumoral
Hormona de crecimiento	+	++	+	Eficacia observada en corto tiempo; no hay estudios a largo plazo, el tratamiento es costoso y su vía de administración es parenteral
Esteroides anabólicos/ testosterona	?	?	+	No hay reportes a largo plazo

CUADRO 12.¹

RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DENTAL DEL PACIENTE

Todo profesional de la salud que atiende pacientes deberá seguir las siguientes recomendaciones.

- Estar vacunados contra el virus de la Hepatitis B.
- Considerar a todo paciente como potencialmente inféctate, por lo que los procedimientos de control de infección deben adoptarse con todos los pacientes.
- Siempre se debe obtener una historia clínica del paciente, poniendo especial énfasis en los antecedentes relativos a transfusiones, episodios de enfermedades infectocontagiosas y prácticas de alto riesgo.
- No se recomienda el uso continuo de un mismo par de guantes.
- Las manos deben lavarse antes y después del uso de guantes.
- Utilizar preferentemente instrumental y material desechable (agujas, eyectores)
- Todo material punzocortante debe considerarse como potencialmente inféctate, por lo que ha de ser manejado y desechado cuidadosamente. No se debe intentar colocar directamente el protector de la aguja.
- No desinfectar cuando se puede esterilizar.
- Se deben remover los restos de partículas orgánicas de los instrumentos antes de esterilizar o desinfectar.
- Se debe limpiar antes de desinfectar cualquier superficie.

INFECCION POR VIH EN NIÑOS

Al momento del nacimiento y hasta los 18 meses de edad aproximadamente, los hijos de madres infectadas pueden tener una prueba positiva de anticuerpos contra el VIH sin que esto sea necesariamente sinónimo de infección, ya que dichos anticuerpos pueden ser inmunoglobulinas de origen materno que cruzaron la placenta durante el embarazo. Debido a la importancia de saber lo antes posible si un recién nacido está o no infectado, se han buscado diversas alternativas que permitan el diagnóstico de infección por VIH antes de los 18 meses de edad.

Los parámetros con los que debemos guiar para integrar el diagnóstico de infección por el VIH en niños son los siguientes:

- Sospecha de la infección, basada en datos epidemiológicos o en el estado clínico del niño
- Pruebas serológicas que incluyen el ensayo inmunoenzimático (ELISA) e inmuno-electrotransferencia (Western blot). Detección de antígeno viral p24, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y cultivo viral.
- En niños menores de 18 meses de edad, nacidos de madres infectadas asintomáticos no es posible establecer el diagnóstico de infección por VIH por métodos convencionales. En éstos casos, se utilizan la PCR y el cultivo viral, que son las pruebas con mayor sensibilidad y especificidad para detectar la infección por VIH: Con éstas pruebas el diagnóstico puede establecerse aproximadamente en 30.50% de los niños en el primer mes de vida postnatal y en aproximadamente 95% de los niños entre los 3 y 6 meses de edad. La prueba para la determinación de antígeno p24 es menos sensible que las 2 anteriores, especialmente si hay niveles de anticuerpos anti VIH elevados. Sin embargo, si se realiza junto con la prueba de la PCR y el cultivo viral, la sensibilidad y especificidad se incrementan para el diagnóstico de infección por VIH. Teniendo en cuenta lo anterior, para el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica se debe contar con resultados positivos de cultivo viral, antígeno viral o PCR
- En niños mayores de 18 meses se utilizan las mismas pruebas que en el adulto para establecer el diagnóstico; ELISA y Western blot
- Se considera que un niño cursa con seroreversión y no está infectado por el VIH si los anticuerpos contra el VIH empiezan a ser negativos después de los 6 meses de edad, no hay evidencia de infección por VIH por laboratorio y no cumple los criterios para el diagnóstico.⁷

S I D A. Tratamiento

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH EN NIÑOS

Diagnóstico	Criterios
Infectado por VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Niño menor de 18 meses, VIH + o hijo de madre infectada por VIH y que tiene resultados positivos en 2 determinaciones separadas de una o más de las siguientes pruebas para el VIH: Cultivo viral, PCR o antígeno p24 o que cumple con los criterios clínicos para el diagnóstico de SIDA • Niño mayor de 18 meses, hijo de madre VIH+ o infectado por productos sanguíneos u otros mecanismos conocidos de transmisión que es VIH+ por ELISA y W. Blot repetidas o con pruebas suplementarias, positivas del inciso anterior o que cumple con los criterios clínicos para el diagnóstico de SIDA
Exposición perinatal	<ul style="list-style-type: none"> • Niño que no reúne los criterios mencionados previamente y es seropositivo al VIH por ELISA y W: blot, siendo menor de 18 meses al realizarse las pruebas ó quién se desconoce el estado de anticuerpos, pero es hijo de madre infectada por el VIH
Sero-revertidor	<ul style="list-style-type: none"> • Niño que nace de madre infectada por el VIH y en quien: • Se ha documentado pruebas de anticuerpos contra VIH negativas (2 o más pruebas de ELISA negativas realizadas entre los 6 y los 18 meses de edad o una prueba de ELISA negativa realizada después de los 18 meses de edad), que no tiene criterios clínicos que definan SIDA y no tiene evidencia de laboratorio de inmunodeficiencia

CUADRO 13.⁴

Los niños infectados con VIH o con exposición perinatal se clasifican en categorías clínicas basadas en signos, síntomas o diagnósticos relacionados con el VIH. Ésta clasificación es de utilidad para establecer el pronóstico y se podría utilizar como un parámetro para determinar la dosis del tratamiento antirretroviral a utilizar AZT.⁷

CLASIFICACIÓN PARA LA INFECCIÓN POR VIH EN PEDIATRÍA. CDC. 1994 (menores de 13 años).

Categoría	Criterios
Categoría E	Comprende niños hasta los 18 meses de edad, que no pueden ser clasificados como infectados, pero que presentan anticuerpos contra VIH
Categoría N Asintomáticos	Niños sin signos o síntomas que se consideren secundarios a infección por VIH o que presenten únicamente una de las siguientes condiciones enunciadas en la categoría A
Categoría A Sintomatología leve	<p>Niños con 2 o más de las condiciones listadas a continuación, pero sin ninguna de las listadas en las categorías B y C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linfadenopatías (>0.5 cm en más de 2 sitios; si son bilaterales equivale a un sitio) • Hepatomegalia • Esplenomegalia • Dermatitis • Parotiditis • Infección respiratoria superior persistente o recurrente • Sinusitis u otitis media.
Categoría B Sintomatología moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Niños que cursan con sintomatología diferente a las categorías A y C, pero atribuible a la infección por VIH. Ej. en esta categoría: • Anemia (<8g/dl), neutropenia (<1,000/mm³), o trombocitopenia (<100,00/mm³) que persiste por más de 30 días • Meningitis, neumonía, septicemia bacteriana (un solo episodio) • Candidiasis orofaríngea persiste por más de 2 meses en niños mayores de 6 meses de • Cardiomiopatía • Infección por citomegalovirus, que se inicia antes de 1 mes de edad con diarrea, recurrente o crónica • Hepatitis • Estomatitis por virus Herpes Simplex (VHS) recurrente (más de dos episodios en un año) • Bronquitis, neumonitis o esofagitis por VHS con inicio antes del mes de edad • Herpes Zoster que incluya al menos 2 episodios diferentes o más de un dermatoma • Leiomiocarcoma • Neumonitis intersticial linfocítica o complejo de hiperplasia linfocítica pulmonar • Nefropatía, fiebre persistente (+ 1 mes) • Nocardiosis, toxoplasmosis, varicela

Cuadro 14.*

SIDA. Tratamiento

Categoría	Criterios
Categoría C: Sintomatología grave	<ul style="list-style-type: none"> • Infección bacteriana grave, múltiple o recurrente (al menos 2 infecciones confirmadas con cultivo en un periodo de 2 años) de los siguientes tipos: septicemia, neumonía, meningitis, en hueso o articulaciones, absceso de un órgano interno o cavidad del cuerpo • Candidiasis esofágica o pulmonar • Coccidioidomicosis diseminada (en otro sitio diferente al de los pulmones, cervical o nódulos linfáticos hiliares) • Criptococosis extrapulmonar • Criptosporidiasis o isosporidiasis con diarrea que persista por más de 1 mes • Enfermedad por citomegalovirus con inicio de síntomas a edad mayor de 1 mes (en un sitio diferentes de bazo, hígado o nódulos linfáticos) • Encefalopatía • Infección por CHS que cause una úlcera mucocutánea que persista por más de un mes; o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecte a niños mayores de un mes de edad • Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar • Sarcoma de Kaposi • Linfoma de Burkitt, inmunoblástico o linfoma de células grandes, de células B o de fenotipo inmunológico desconocido • Leucoencefalopatía multifocal progresiva • <i>Mycobacterium tuberculosis</i> diseminado o extrapulmonar, micobacterias de otras especies o no identificadas diseminadas • Neumonía por <i>Pneumocystis Carinii</i> • Septicemia por salmonela recurrente • Toxoplasmosis cerebral con inicio después de 1 mes de edad <p>Síndrome de desgaste en ausencia de un enfermedad concurrente que sea diferente a la infección por VIH</p>

CUADRO15.⁸

TRATAMIENTO

La infección por VIH/SIDA es tratable, si se tiene como objetivo primordial mejorar la calidad de vida de los enfermos. En estos pacientes se requieren cuidados que se tienen con un niño normal, en lo que se refiere a las consultas para vigilar el crecimiento y desarrollo, así como el esquema de vacunación.

En los niños infectados que reciben tratamiento con AZT al inicio de los síntomas, el promedio de supervivencia es de 7 a 8 años.

En los niños que no reciben tratamiento (antirretroviral y profiláctico) la sintomatología ocurre en promedio en niños con complicaciones mínimas al diagnóstico de SIDA es de 66 meses y cuando presentan complicaciones graves es de 9 meses. El grado de progresión de la enfermedad está directamente relacionado con la gravedad de la enfermedad materna al momento del parto.

El tratamiento de los pacientes con infección por VIH debe ser multidisciplinario con participación de diversos profesionales de la salud como médicos, enfermeras, trabajadoras sociales. Psicólogos y nutriólogos entre otros. Dado el síndrome de desgaste con el que cursan y las infecciones de repetición, incluyendo la diarrea persistente, es muy importante el apoyo nutricional. Cuando la alimentación enteral es imposible o ineficaz, la alimentación parenteral constituye una alternativa.

Otro aspecto importante es el esquema de vacunación. Los niños con infección por VIH/SIDA deben recibir todas las vacunas que tendría un niño normal de la misma edad (incluyendo la de sarampión). Las excepciones serían la inmunización antipoliomelítica de virus vivos atenuados (Sabin), la cual debe ser sustituida por una de virus muertos (Salk). En el niño infectado con VIH/SIDA se debe evitar el contacto con niños que hayan recibido la vacuna Sabin en las últimas dos semanas. La vacuna de BCG está indicada sólo si el paciente está asintomático. Es indispensable la vacunación contra *H. Influenzae* a partir de los 2 meses de edad y contra *neumococo* después de los 2 años de edad, por la gran frecuencia de estos gérmenes en los niños con SIDA.⁷

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Tratamiento específico

El tratamiento antirretroviral rutinario no está indicado en niños asintomáticos con un estado inmune normal. Está indicado en los niños con un diagnóstico definitivo por infección por VIH que tengan evidencia de inmunodeficiencia significativa (disminución de cuentas de CD4) o criterios clínicos asociados con el VIH, independientemente de las cuentas de CD4

Criterios clínicos para tratamiento antirretroviral en niños (indicaciones definitivas):

- Infección que defina SIDA
- Síndrome de desgaste o detención del crecimiento
- Encefalopatía progresiva atribuible a VIH
- Cáncer asociado a VIH
- Dos o más episodios de septicemia o meningitis
- Trombocitopenia (plaquetas $<75\ 000/\text{mm}^3$ en 2 o más ocasiones en un periodo de 2 semanas)
- Hipogamaglobulinemia

Criterios Clínicos (posibles indicaciones, valoración del médico tratante):

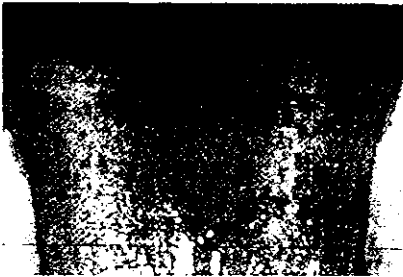


FIG. 25.- CANDIDIASIS ERITEMATOSA³



FIG. 26.- HERPES SIMPLE³

SIDA. Tratamiento

Neumonitis intersticial linfoidea y/o parotiditis, esplenomegalia, candidiasis bucal (que persiste más de 1 mes o recurrente a pesar del tratamiento), diarrea inexplicable o persistente (3 evacuaciones a 1 día por semana) o recurrente (más de 2 episodios con deshidratación en 2 meses), cardiomiopatía sintomática, síndrome nefrótico, aumento de las transaminasas 5 veces por arriba de lo normal, infección bacteriana crónica, más de 2 episodios de Herpes Simple o Varicela Zoster en un año, neutropenia ($>750/\text{ml}^3$) o anemia (HB corregida para la edad) en dos ocasiones en una semana.

Tratamiento antirretroviral

De los fármacos disponibles para la terapéutica antirretroviral específica que han sido aprobados para su uso pediátrico, los más utilizados son: zidovudina (AZT) y didanosina (ddl) en terapia combinada. Existen tratamientos alternativos como ddC, stavudina (d4T), lamivudina 3e inhibidores de la proteasa.

No se recomienda el uso de zidovudina en forma continua como monoterapia por el aumento *in Vitro* de resistencias a los antirretrovirales, además de que se asocia con el deterioro clínico. Los efectos benéficos del AZT en el paciente infectado son los siguientes: disminuye transitoriamente los niveles plasmáticos del RNA-VIH, aumenta las células T (CD4) circulantes, disminuye el número de infecciones oportunistas, produce un incremento ponderoestatural, mejora la función neurológica y prolonga la supervivencia. Las reacciones adversas más frecuentes incluyen anemia, neutropenia, náusea, vómito, cefalea, fatiga, confusión, miopatía y hepatitis. La dosis establecida es de 180 mg/m²/dosis cada 6 horas. En niños con síntomas entre leves y moderados (Neumonía Intersticial Linfoide, hepatitis, cardiomiopatía, síndrome nefrótico, neutropenia, trombocitopenia, anemia hemolítica, Herpes Zoster, estomatitis recurrente por herpes, diarrea recurrente o crónica, parotiditis hepato-esplenomegalia, infecciones bacterianas no graves, recurrentes) se plantea la posibilidad de utilizar dosis de 90 mg/m²/día cada 2 horas.

La didanosina (ddl) se ha utilizado como monoterapia en lugar de la zidovudina y en combinación con ésta última. Puede disminuir la actividad viral transitoriamente, aumentar la cuenta de las células CD4 y retrasar la progresión de la enfermedad. La toxicidad principal del ddl es la neuropatía periférica, la pancreatitis aguda, las alteraciones gastrointestinales y la despigmentación de la retina. Disminuye la absorción gastrointestinal de itraconazol y ketoconazol por lo que se aconseja administrarlo con un intervalo de una hora con éstos medicamentos. La dosis a utilizar es de 90-135 mg/m²/día cada 12 horas.

SIDA. Tratamiento

Con los conocimientos actuales sobre la patogénesis del VIH es probable que en los próximos años se establezcan nuevos lineamientos relacionados con la combinación de fármacos antirretrovirales (idealmente que actúen en sitios diferentes del ciclo viral) y se plantea el inicio temprano del tratamiento.⁷

Tratamiento de las infecciones bacterianas

Ante la sospecha de una infección bacteriana o micótica, el médico debe iniciar tratamiento temprano contra los gérmenes habituales de la edad en niños no inmunocomprometidos.

Los agentes patógenos más frecuentes causantes de infecciones interrecurrentes son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Salmonella sp.*, *Staphylococcus aureus* y estafilococo coagulasa negativo. En niños con catéteres intravasculares cabe considerar además a *Pseudomonas sp.* Y *Candida sp.*

HOSPITALIZACIÓN, REFERENCIA Y MANEJO DEL PACIENTE EN ETAPA TERMINAL

La estancia en el hospital no deberá ser mayor al tiempo que se requiera para controlar los síntomas que la hicieron necesaria. Es fundamental considerar que el hospital no debe convertirse en el lugar donde lleguen a morir éstos pacientes, por lo que la decisión de internar pacientes en los que se han agotado los recursos terapéuticos es delicado y deberá discutirse con el paciente y sus allegados la conveniencia de que fallezca en un ambiente que facilite la expresión de afectos, condición que difícilmente cumple un hospital.

Es muy importante enfatizar que una vez agotados los esfuerzos terapéuticos, el médico deberá procurar que el sufrimiento sea el menor posible, utilizando juiciosamente tranquilizantes y analgésicos.

Manejo del enfermo con SIDA en etapa terminal

El indicador clínico más importante del avance de la enfermedad y sus complicaciones en los pacientes con SIDA es su capacidad funcional. El paciente con enfermedad terminal puede definirse como aquel que tiene fatiga grave, debilidad progresiva, puede tener también demencia grave y la respuesta al tratamiento de las complicaciones agregadas es pobre, los procesos infecciosos oportunistas empeoran o ya son constantes y aparecen nuevos problemas, como enfermedad gastrointestinal con diarrea, dolor abdominal intratable, náusea, vómito, incapacidad para deglutir y alimentarse, neuropatía, falla renal y alergias a múltiples medicamentos que van limitando progresivamente las opciones de tratamiento. En éstas condiciones, el objetivo del cuidado médico puede tomar el giro a una terapéutica paliativa y la muerte puede preverse como un evento que ocurrirá en semanas o días.

Lo apropiado para estos enfermos es:

- Mantener al paciente confortable
- Decidir cuáles medicamentos deben administrarse
- Controlar los síntomas incapacitantes o el dolor
- Apoyar en la estructura familiar las condiciones para una muerte lo más tranquila y digna posible.

Medicamentos

En el enfermo en etapas tempranas la polifarmacia es bien tolerada en los pacientes terminales las alergias e intolerancia gastrointestinal son muy comunes. El punto fundamental es suspender aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales estén deteriorando la calidad de vida del paciente al producirle mayores síntomas que beneficios evidentes. Se ha dicho que en ésta etapa "mientras menos, mejor". Si el paciente recibe antirretrovirales, la expectativa de vida es muy limitada y los efectos secundarios son graves, éstos se pueden suspender o bien reducir las dosis.

Síntomas incapacitantes

- **Fiebre:** si no hay condiciones apropiadas para la evaluación diagnóstica y un tratamiento específico, dar acetaminofen (Tempra) 1 gramo V.O. cada 6 u 8 horas. Si no hay diarrea puede darse indometacina (Indocid) en supositorios 100 mg vía rectal cada 12 horas.
- **Náusea y vómito:** reducir o suspender temporalmente la polifarmacia y dar un tratamiento de prueba con antiácidos (hidróxido de aluminio 30 ml cada 4 horas) o sucralfato (Antepsin) 1 g cada 6 horas. Si esto no es suficiente considerar dar metoclopramida (Primperan) 10 Mg. V.O. 3 veces al día, preprandial o cisaprida (Prepulsid) 10 Mg. 3 veces al día preprandial o meclizina más piridoxina o cisaprida (Bonadoxina) una tableta o una ampolleta intramuscular 3 veces al día. En casos extremos perfenazina (Trilafon) 4 Mg. V.O. o inyectable (produce sedación profunda) cada 8 o 12 horas u ondansetron (Zofran) 8 Mg. V.O. cada 8 horas.
- **Diarrea:** reposición de líquidos por vía oral, loperamida (Imodium) tabletas de 2 mg hasta 6 a 8 por día.
- **Depresión:** mianserina (muscular) (Tolvon) tabletas 30 Mg. de 1 a 2 diarias o fluoxetina (Prozac) 20 Mg. una cápsula diaria.
- **Ansiedad grave, demencia con agitación o estado alucinatorio:** tioridazina (Melleril) tabletas 10, 25, 100 Mg. de 50 a 300 Mg. diarios en 3 o 4 dosis, haloperidol (Haldol) tabletas, gotas o inyectable, de 2,5 a 20 Mg. diarios en 4 dosis o levomepromazina (Sinogan) inyectable, 25 Mg. intramuscular cada 12 a 24 horas.
- **Insomnio**
Levomepromazina (Sinogan), tabletas de 2 o 25 mg una tableta en la noche.

S I D A. Tratamiento

- **Dolor somático o visceral:** donixinato de lisina (Dorixina) 125 a 250 mg tabletas 4 a 6 horas o dextropropoxifeno (Darvon) cápsulas 65 mg 1 cada 8 horas o amitriptilina (Triptanos), tabletas 25 mg 1 cada 8 a 12 horas.
- **Incapacidad para deglutir:** por disfunción de mecanismo de deglución deterioro de conciencia o estado mental anormal: sonda nasogástrica para administrar líquidos y medicamentos que se requieran.⁷

CONCLUSIONES

Muerte tranquila y digna

Probablemente el mejor escenario es el entorno propio del enfermo, su domicilio, con familiares y amigos cercanos acompañándolo, con satisfacción de las necesidades elementales de limpieza y confort, con un control farmacológico adecuado de los síntomas incapacitantes arriba señalados y con un médico que siga viendo regularmente a su enfermo para acompañarlo y atender sus necesidades humanas, hasta el momento de extender el certificado de defunción.⁷

Además es importante hacer énfasis en el costo del tratamiento, ya que a iniciativa de Merck, de Glaxo-Wellcome, de Abbot, se contratan químicos, biólogos y otros investigadores de alto precio, así mismo equipo sofisticado e invierten durante años millones de dólares, con el fin de obtener utilidades, esto hace que el costo del medicamento se eleve, por ejemplo, el Crixivan de Merck, frasco de 180 cápsulas (tratamiento para un mes) \$2955.10 pesos, la proteasa de Abbot de Segunda generación 5 mil dólares al mes, y al año el costo es de 60 mil dólares.^{13,14}

Según estimaciones de la Facultad de Medicina de la UNAM, un enfermo de SIDA puede vivir de 1 a 4 años, durante los cuales gastará alrededor de 30 mil dólares en su tratamiento dependiendo del grado de avance. El 30% no tiene acceso a algún tipo de servicio médico, por lo que los universitarios elaboraron un proyecto para crear un fideicomiso de control de SIDA, en el cual participan la iniciativa privada, el Gobierno Federal y la ONG.^{13,14}

Es importante tomar en cuenta que lo único que va a contrarrestar esta epidemia es la **prevención**, y es hablar de prevención como medida básica tanto para el médico como para el paciente, para el médico los métodos de barrera son indispensables en su práctica diaria, así como la información que brinda a sus pacientes acerca del SIDA, para el paciente concientizarse y adquirir los conocimientos básicos acerca de este Síndrome.

GLOSARIO

Tamizaje. Fg. Lavado y filtración de materiales fecales para investigación de huevos de parásitos.

Autoinmunización. F. Inmunización para componentes normales del propio cuerpo como por ejemplo en la tiroides de Hashimoto.

Foliculitis. F. Inflamación de un folículo o folículos. Psicosis.

Fundoscopia. M. Instrumento para examinar el fondo del ojo.

Toxoplasmosis. F. Enfermedad causada por *toxoplasma gondii*. Se aceptan las siguientes formas: congénita, linfadenopatía adquirida, aguda, diseminada y ocular. Destacan entre sus síntomas retinocoroiditis, microftalmía, calcificación cerebral, hidrocefalia, convulsiones y otras anomalías neurológicas. Se trata con pirimetamina, seguida de sulfametacina, sulfameracina y sulfadiazina.

Listeriosis. f. Infección originada por el bacilo *Listeria monocytogenes* que produce encefalitis en el ganado bovino y ovino infecta a los conejos y también se han encontrado en el hombre causándole cuadros diversos de mononucleosis, meningitis, fiebres ganglionares, etc., que curan con penicilina.

Hiperuricemia. Exceso de ácido úrico en la sangre, debido al organismo imperfecto de las sustancias nitrogenadas. Se observa en la gota.

Serología. F.I. Rama de la bioquímica que estudia los sueros, especialmente los líticos y los inmunes específicos.

Serológicas. Adj. Relativo o concerniente a la Serología.

Aglutinación. Fenómeno consistente en la colección en masas de células o bacterias distribuidas en un líquido, producido por sustancias específicas llamadas aglutininas. Es observado cuando se trata un cultivo de bacterias con el suero inmunizado contra un organismo dado.

Rash. Palabra inglesa para referirse a una erupción cutánea leve y fugaz con los caracteres morfológicos de una entidad nosológica netamente definida. Exantema.¹⁵

REFERENCIAS

1. Greenspan, D, S. *El SIDA en la Cavidad Bucal*. Edición Original. Editorial Mc. Graw Hill Buenos Aires, Argentina 1990. Pp 36-38
2. Centers for Disease control and Prevention. *Opportunistic infections and Kaposi's sarcoma among Haitians in the United States*. MMWR, 1982. Vol. 31 No. 6. pp 353-61.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Update: Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)-United States. MMWR. 1985. Vol. 34 No. 8. pp. 245-8.
4. Chandrasoma, R L; *Patología General*. Segunda Edición. Editorial Panamericana. México 1992, Junio. pp. 103-110
5. www.todito.com/paginas/noticias/25181.html
6. www.todito.com/paginas/noticias/39151.html
7. Weismann K. *Signos Cutáneos en el SIDA*. Ediciones DOYMA. 1989.pp. 120, 147.
8. Ponce de León S.I; Del Río C. *Guía para la atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en consulta externa y Hospitales*. CONASIDA 3ª Edición. México 1997. pp. 20.
9. CONASIDA. México 1998. *Registro Nacional de Casos de SIDA*. Datos No Publicados.
10. Mc.Cullough MJ; Reade PC. *Revisión de la Infección por VIH, sus manifestaciones clínicas y orales*. Aust Dent Journal. 1997 Vol. 42 No. 10. pp. 30-37.
11. De Vita V; *SIDA; Etiología, Diagnóstico, Tratamiento Y Prevención. Segunda Edición*. Salvat Editores, S.A. México 1990. pp. 157.
12. Lamster-IB. *Manifestaciones Bucales por Infección de VIH en Homosexuales*. Oral Pathol Oral Surg Oral Med. 1994 Aug. Vol. 15 No. 18. pp. 163-174.
13. Mandell, S F; *Enfermedades Infecciosas. Principios y Prácticas*. Tercera Edición. Editorial Interamericana. México 1997 Tomo I y II. Pp 1045-1052
14. www.jornada.unam.mx/1997/jun97/970609/CICA0906
15. www.jornada.unam.mx/1997/mar97/970319/Conasid.html
16. Folch, A. P. *Diccionario enciclopédico UNIVERSITY de términos médicos*. Primera Edición. 1981. Editorial Interamericana.
17. Ceccotti. E. L. *Manifestaciones Orales del SIDA*. Atlas a color. Editorial Médica Panamericana. 1995. Pp 9, 11, 28, 32, 34, 41, 54, 55, 59, 63, 65, 66, 76, 77, 87, 94, 126, 129,
18. Strasburg M. *Diseases of the Oral Mucosa*. A Color Atlas. Second Edition. Quintessence Publishing Co, Inc. 1992 pp. 180.

REFERENCIAS DE FIGURAS

1. Weismann K. *Signos Cutáneos en el SIDA*. Ediciones DOYMA. 1989. pp. 39, 47, 69, 70, 74, 78, 79.
2. Ponce de León S.I. *Guía para la atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en consulta externa y Hospitales*. CONASIDA 3ª Edición. México 1997. pp. 20.
3. Strasburg M. *Diseases of the Oral Mucosa*. A Color Atlas. Second Edition. Quintessence Publishing Co, Inc. 1992 pp. 9, 11, 28, 32, 34, 41, 54, 55, 59, 63, 65, 66, 76, 77, 87, 94, 120, 126, 129, 147.