



Principios para el Manejo de la Salud Oral  
del Paciente SIDA/VIH



Alianza Dental para el Cuidado de  
SIDA/VIH



*Editado y Compilado por:*

Stephen N. Abel, D.D.S., M.S.  
David Croser, B.D.S., D.G.D.P. (UK)  
Stuart L. Fischman, D.M.D.  
Michael Glick, D.M.D.  
Joan A. Phelan, D.D.S.

Edición 2000



## *Líderes de Grupo*

Barbara Gerbert, Ph.D.  
Barbara F. Gooch, D.M.D.,  
M.P.H Francina Lozada-Nur, D.D.S.,  
M.S Patricia A. Murray, D.M.D., Ph.D.  
Mark M. Schubert, D.D.S., M.S.D.



## *Participantes*

Stephen N. Abel, D.D.S., M.S.*	Masakazu Ikeda, D.D.S., Ph.D.
Mario Alves, D.D.S., M.S., D.Sc.	Peter Jacobson, Ph.D., D.D.S.
Helene Bednarsh, R.D.H., M.P.H.	Daniel Johnson,
Peter Catapano, D.D.S.	Lewis Lampiris, D.D.S., M.P.H.
Denise Cardo, M.D.	Tadd Lazarus, M.D.
Roman Carlos, D.D.S.	Debbie Lewis, B.D.S.
Stephen J. Challacombe, Ph.D., B.D.S., FRCPATH.	Erik Lucht, D.D.S., Ph.D.
Gary Chiodo, D.M.D.	Cesar A. Migliorati, D.D.S., M.S.
Jennifer L. Cleveland, D.D.S., M.P.H.	Allen Milnes, D.D.S.
Catalina Costa, D.D.S.	Enid A. Neidle, Ph.D.
David Croser, B.D.S., DGDP (UK)	Doug Peterson, D.M.D., Ph.D.
Joel Epstein, D.D.S., M.S.	Joan A. Phelan, D.D.S.*
Giuseppi Ficarra, M.D.	Jens S. Pinborg, Dr. Odont.*
Stuart L. Fischman, D.M.D.	Velia Ramirez-Amador, D.D.S., M.Sc., Ph.D.
Catherine M. Flaitz, D.D.S., M.S.	Francisco J. Ramos-Gomez, D.D.S., M.Sc., M.P.H.
James Formaker, D.D.S.	David A. Reznik, D.D.S.
Adi Garfunkel, D.D.S.	Vincent C. Rogers, D.D.S., M.P.H.
Michael Glick, D.M.D.*	James S. Rundle, D.D.S.
Carolyn F. Gray	James J. Sciubba, D.M.D., Ph.D.*
Deborah Greenspan, B.D.S., D.Sc.* Robert Hale, B.D.S.	Carolyn A. Tylenda, M.S., D.M.D., Ph.D.
Bryan Harvey, B.D.S Mac Hooton, M.D.	Isaac van der Waal, D.D.S., Ph.D.
	Fariba Younai S., D.D.S.

*\*Indicando participantes de consorcio*

*Nota: Las afiliaciones de los participantes detallados en los encabezamientos de los capítulos refleja posiciones sostenidas durante el desarrollo de este documento y quizás no son actuales.*

## *Contenido*

Reconocimientos

Introducción

Capítulo 1	El Historial de Salud y la Revisión de la Información Medicamentosa Pertinente Relacionada al VIH	
	• Contexto para obtener el Historial de Salud	1.2
	• Elementos del Historial de Salud	1.3
Capítulo 2	Consideraciones Especiales para Pacientes Dentales con VIH/SIDA	
	• Planificación General del Tratamiento	2.2
	- Evaluación de la Etapa de la Enfermedad y sus Implicaciones	2.3
	- Consideraciones Restaurativas	2.4
	- Consideraciones Protésicas	2.5
	• Guías Para la Prevención de la Enfermedad Oral	2.6
	• Consideraciones Periodontales	2.8
	• Cirugía Oral	2.11
	• Consideraciones Endodónticas	2.14
	• Consideraciones Ortodónticas	2.15
	• Premedicación y Terapia con Antibióticos	2.16
	• Manejo del Niño Infeccionado con VIH	2.20
Capítulo 3	Manifestaciones Orales de la Infección de VIH: Características Clínicas, el Diagnóstico, y Recomendaciones de Tratamiento	
	• Diagnóstico	3.3
	• Lesiones Infecciosas	3.4
	• Terapia para lesiones Orales Asociadas al VIH	3.14
Capítulo 4	Manejo y Evaluación de Exposiciones Ocupacionales a Patógenos en Sangre y Tuberculosis	
	• Manejo de Exposiciones Ocupacionales a Patógenos en Sangre	4.2
	• Consideraciones del Manejo de Asuntos de Postexposición en Oficinas Dentales	
	- Declaración de la Norma	4.7
	- Recomendaciones del PHS para el Manejo de Exposiciones a Sangre	4.10
	• Requisitos de Postexposición de OSHA para la Evaluación y Seguimiento	4.11
	• Recomendaciones de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC)	4.13

Capítulo 5    Asuntos Psicosociales y Éticos Relacionados al Cuidado Dental  
de Pacientes con VIH/SIDA

- Seis Principios Básicos de la Ética del Cuidado de Salud y  
Conducta Profesional 5.1-5.3

Apéndice: Guía de las Obligaciones Dentales del Patrono

- Evaluación de Postexposición y Requisitos de Seguimiento Bajo los  
Estándares de OSHA Para la Exposición Ocupacional a los Patógenos  
en Sangre 1997



## *Reconocimientos*

La Alianza Dental para el Cuidado de SIDA/VIH desea reconocer el financiamiento provisto por Ryan White, Título III, Programa de Servicios de Intervención Temprana en la Oficina VIH/SIDA, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Servicios de Salud Pública Estadounidenses. Apoyo adicional fue provisto por la Asociación Dental Americana, la Administración de Recursos y Servicios de Salud, la Academia de Medicina Oral, Centros de Educación y Adiestramiento SIDA, Centros para el Control y Prevención de Enfermedad, Instituto Nacional de Investigación Dental y Craniofacial, Inc., Pfizer, Laboratorios de Investigación Laclede, Corporación de Block Drug, Compañía John O. Butler, División Dental de Johnson & Johnson y los Laboratorios Ross. Se extiende un agradecimiento especial a Bristol Myers-Squib por el apoyo continuo a este proyecto.





## *Introducción*

En el otoño del 1994, en una conferencia de educación continuada titulada La Enfermedad del VIH: Consideraciones para la Odontología, presentada por la Alianza Dental para el Cuidado de SIDA/VIH (DAAC) y la Asociación Dental Americana (ADA), los Principios del Manejo Dental del Paciente Infectado por el VIH fueron inicialmente concebidos. El programa, convocado en las Oficinas Centrales de la ADA en Chicago, reunió por primera vez a los conferenciantes y expertos que forman el núcleo del liderazgo responsable para la confección de esta guía.

En esa reunión, investigadores, educadores, médicos y administradores de los Estados Unidos, Inglaterra, Dinamarca y los Países Bajos reconocieron la necesidad de establecer guías claras que ayuden al profesional dental en el cuidado del paciente VIH. Inmediatamente, empezaron a trabajar juntos para crear el consenso y el presente documento. Después de meses de esfuerzo y coordinación, nos alegra presentar estas guías y agradecer a los muchos profesionales dedicados por sus aportaciones y apoyo. Este documento es un esfuerzo de grupo. Los participantes en cada grupo de trabajo aportaron su pericia a estos capítulos. El documento final no hubiera sido completado sin el liderazgo provisto por los Doctores Gerbert, Gooch, Lozada-Nur, Murray y Schubert. Los participantes de consorcio, los Doctores Abel, Glick, Greenspan, Phelan, Pinborg, and Sciubba, apoyaron el proyecto en su etapa de edición. (Toda persona envuelta en este proyecto se entristeció por la muerte del Doctor Pinborg, cuyo entusiasmo y vitalidad nos animaron en las fases iniciales del desarrollo de esta guía.) Los editores también quisieran dar las gracias en especial a Barry Waterman, Director de Proyecto Título III HRSA, Linda Crosby del Centro de Recuperación Talbot y Rita May de la Fundación de Educación de Salud Oral por su ayuda en la creación de estas guías.

Además de la ADA, un número de otras organizaciones han contribuido al desarrollo de esta publicación. Estas incluyen la Administración de Recursos y Servicios de Salud, la Academia de Medicina Oral, los Centros de Educación y Adiestramiento sobre SIDA, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedad (CDC por sus siglas en inglés), el Instituto Nacional de Investigación Dental y Craniofacial, La compañía Pfizer, Laboratorios de Investigación Laclede, la Corporación Block Drug, la Compañía John O. Butler, la División Dental de Johnson & Johnson y los Laboratorios Ross. Quisiéramos expresar nuestra gratitud y aprecio al señor Todd Greco de la División de Inmunología de Bristol-Myer Squib por su dedicación y apoyo. Además, el Programa de Servicios de Intervención Temprana VIH Título III Ryan White de la Oficina VIH/SIDA la cual notablemente apoyó nuestros esfuerzos. Sin su apoyo ni ayuda, esta publicación no hubiese sido posible.

El desarrollo de terapias nuevas para el manejo y tratamiento de la infección por el VIH ha dado una nueva esperanza a las personas que viven con esta enfermedad. A medida que las personas con la infección del VIH viven vidas más largas y saludables, el cuidado dental comprensivo se convertirá en una parte rutinaria de su régimen de cuidado de salud. La meta de esta publicación es el permitir al proveedor dental brindar el cuidado de salud oral apropiado a estas personas y de esta manera aportar a una mejor calidad de vida para las personas que viven con la infección VIH y SIDA.

Este documento es un reflejo de la mejor información disponible en el momento de la publicación pero permanece como un trabajo en progreso a medida que surgen nuevas terapias y descubrimientos en el área de la investigación del VIH/SIDA. Deseamos también que el lector tenga en cuenta que la información fue compilada de literatura científica después de una cuidadosa revisión por un panel de expertos. Las recomendaciones se basaron en opiniones expertas cuando no existía evidencia documentada. Las guías resultantes pretenden ser un adjunto en vez de un sustituto para el juicio profesional del clínico.

*Los Editores*

# *Capítulo 1*



## **El Historial de Salud y la Información Médica al Pertinente a VIH**



### *Líder del Taller:*

Mark M. Schubert, D.D.S., M.S.D., Fred Hutchinson Cancer Research Center, Seattle, Washington

### *Participantes:*

Adi Garfunkel, D.D.S., Hadassah Hebrew University, Jerusalem, Israel

Mac Hooton, M.D., Harborview Medical Center, Seattle, Washington

Peter Jacobson, Ph.D., D.D.S., University of the Pacific, San Francisco, California

Tadd Lazarus, M.D., New York- Medical College, Valhalla, New York

Doug Peterson, D.M.D., Ph.D., University of Connecticut Health Center, Farmington, Connecticut

David A. Reznik, D.D.S., Grady Health System, Atlanta, GA

Los pacientes infectados por VIH están médicamente comprometidos y su estado de salud puede cambiar rápidamente, haciendo especialmente importante que los profesionales dentales obtengan un historial actualizado y completo de salud. La cuidadosa evaluación de la salud del paciente puede ayudar a determinar las influencias potenciales de la etapa de la enfermedad de VIH, en la planificación dental del tratamiento. Para ayudar a determinar la etapa de la enfermedad de VIH, se debe obtener del paciente toda información posible. Los pacientes están generalmente informados en cuanto a su condición y estado. La mayoría puede proveer con certeza información sobre sus medicamentos, su último conteo CD4, la carga viral y cualquier cambio en su salud total. Para preparar una evaluación médica completa, puede ser necesario obtener información del médico de cuidado primario del paciente.

En general, la evaluación de la salud del paciente permite que se: a) descubran problemas médicos, b) se evalúen los riesgos del paciente asociados con la provisión de tratamiento dental, y c) la evaluación de condiciones y enfermedades que puedan requerir la modificación del tratamiento dental. Un formato del historial de salud para evaluar a cualquier paciente médicamente comprometido debe ser adecuado para pacientes infectados por VIH. La información adicional relacionada a la enfermedad de VIH puede ser incluida. Al evaluar al paciente infectado por el VIH, los problemas de salud pueden ser clasificados generalmente a estar relacionados con: a) hemostasis, b) infecciones, c) acciones e interacciones de medicamentos, y d) habilidad para tolerar el tratamiento dental.

Puede que los pacientes no puedan proporcionar la información médica necesaria ya sea porque ellos desconocen que están enfermos o a riesgo de enfermedad o porque ellos no se dan cuenta que su condición médica puede afectar el tratamiento dental. Como resultado, los proveedores de cuidado dental a menudo deben indagar para obtener información y así asegurar que se obtenga toda información pertinente a la salud del paciente.

Antes de solicitar información médica, los dentistas deben obtener el consentimiento firmado del paciente (Un formulario de consentimiento específico para solicitar información a pacientes infectados por VIH es provisto en la Tabla 3, pagina 1.9). Una copia del consentimiento informado firmado debe ser colocada en el expediente del paciente y la original debe ser enviada al médico. Los dentistas y el personal de su oficina deben ser instruidos a que el intercambio inapropiado de información médica confidencial puede tener repercusiones legales significativas.

Los historiales de salud pueden obtenerse oralmente o en formas impresas de varios tamaños y complejidad. El tomar un historial integral de salud refleja un compromiso del profesional dental de ser un practicante del cuidado de salud, en vez de un técnico hábil. Por lo tanto, los dentistas e higienistas deben entender la razón por la cual información particular es obtenida y sus implicaciones en el tratamiento.

Este capítulo elaborará sobre detalles específicos relacionados a VIH y al historial médico de salud que necesitan ser evaluados e incorporados en los planes del tratamiento dental (Ver también Tabla 1).



## **CONTEXTO PARA OBTENER UN HISTORIAL DE SALUD**

Para todo paciente, sea VIH positivo o negativo, el lugar utilizado para obtener el historial de salud puede hacer la diferencia entre obtener un historial preciso y completo, o no. Los pacientes discutirán su condición más abiertamente en un ambiente privado, tranquilo, y libre de distracciones. Debido a los aspectos intensamente personales, emocionales y las ramificaciones sociales de la infección del VIH, se enfatiza la necesidad para la privacidad. Los formularios del historial de salud serán completados mas eficazmente lejos de áreas comunes de pacientes, para asegurar la privacidad y la intimidad del mismo.

Por otra parte, aunque se reconozca la necesidad de discutir la condición del paciente en un área donde la conversación no pueda ser oída por otros pacientes o personas no apropiadas, los dentistas deben evitar crear la impresión de segregación o discriminación debido al aislamiento. Si un paciente pregunta por qué la entrevista es conducida en una ubicación privada, el dentista debe explicar que es una norma de la oficina respetar la confidencialidad del paciente. Una conducta profesional, tranquila y agradable es recomendable cuando se inicia y realiza una entrevista.

## ELEMENTOS DE UN HISTORIAL DE SALUD

Esta sección describe los elementos del historial de salud que han de ser añadidos o ampliados cuando se examinan a pacientes infectados por el VIH. La lista de los elementos a ser evaluados esta incluida en la Tabla 1 y son discutidos a continuación.

**Fecha:** La fecha en que un historial médico es obtenido inicialmente o cuando es actualizado debe ser indicado claramente. Puede ser apropiado completar un formulario separado en citas subsiguientes para asegurar que la información obtenida sea la más reciente y actualizada.

**Información Demográfica y Personal:** Junto a la información usual de identificación y registro, es especialmente importante obtener el nombre, dirección, teléfono, y el número de facsímil del médico del paciente y el manejador del caso. Estos individuos pueden proporcionar información importante sobre la salud del paciente, la cual el mismo no es capaz de proporcionar.

**Queja Principal/Historial de la Queja Principal:** La primera interacción entre un paciente y su dentista involucra oír la queja principal del paciente y el historial de la queja principal (en otras palabras, la razón por la cual el paciente busca cuidado dental y el historial de las circunstancias que trajeron al paciente a la clínica). Aparte de obtener la información oral y dental del paciente, esta interacción proporciona al dentista la oportunidad de ver más allá de los síntomas de la enfermedad y aprender más sobre el paciente como persona, inclusive cómo la infección del VIH y condiciones asociadas han afectado su vida. Esto tiende a ayudar a establecer la confianza y la relación entre el dentista y el paciente, promoviendo la comunicación franca. Tanto el paciente como el dentista, se benefician de esta relación. Los pacientes que no se sientan cómodos para discutir abiertamente estos asuntos con su dentista pueden retener información crítica para la evaluación, diagnóstico, y decisiones del tratamiento.

**Historial Médico Previo:** Igual que para pacientes con condiciones médicas complejas, es esencial que el dentista revise completamente el historial del paciente infectado por el VIH, recordando además que el paciente puede sufrir de enfermedades no relacionadas al VIH. Para obtener la información completa, se deben procurar respuestas más detalladas a cada pregunta.

**Fecha de la Última Visita al Médico o Proveedor Primario:** A medida que la enfermedad VIH progresa hay una necesidad creciente de evaluar, diagnosticar, y tratar las condiciones resultantes. Si un paciente no ha sido examinado por su proveedor de cuidado primario regularmente, él o ella deben ser exhortados a buscar tratamiento de seguimiento. Además, si existe una preocupación de que el estado médico del paciente no se ha establecido claramente, se debe considerar el posponer los procedimientos dentales electivos hasta que la condición del paciente sea actualizada apropiadamente.

*Resultados de la Prueba VIH:* Se debe solicitar información concerniente al historial del VIH del paciente, incluyendo: a) la fecha de la primera prueba de VIH, b) la fecha de última prueba negativa de VIH (sí la hubiera), y c) la fecha de la primera prueba positiva de VIH. Esta información proporcionará una idea sobre la enfermedad del paciente, el progreso de la enfermedad, y las complicaciones relacionadas a la enfermedad.

*Razón de la Prueba del VIH:* El determinar la razón por la cual el paciente se examinó inicialmente para VIH puede proporcionar información importante con respecto a sus conocimientos sobre la enfermedad del VIH.

*Factores de Riesgo del VIH:* La manera en que se transmitió el VIH es importante dado a sus implicaciones en las complicaciones dentales y orales, las cuales pueden ser más comunes entre categorías específicas de transmisión (ejemplo: sarcoma de Kaposi en la transmisión homosexual). Además, la manera de la transmisión puede tener implicaciones en el tratamiento, tales como la necesidad para profilaxis de antibiótico en individuos con un historial de uso de drogas intravenosas, coagulopatías entre hemofílicos, o el uso juicioso de narcóticos entre usuarios de sustancias.

*Enfermedades asociadas a VIH:* Se le debe preguntar a los pacientes sobre enfermedades asociadas a la infección de VIH, incluyendo malignidades, pulmonías, infecciones microbacteriales y de citomegalovirus; al igual que problemas orales, tales como candidiasis, ulceraciones, xerostomia, y la enfermedad periodontal severa de progreso rápido.

*Niveles CD4:* Las fechas y los valores para niveles CD4 (primer conteo, conteo más bajo, y último conteo) proporciona una perspectiva sobre la progresión y etapa de la enfermedad e indica la extensión del daño al sistema inmunológico.

*Carga Viral:* Los niveles en plasma del ácido ribonucleico (“RNA,” por sus siglas en inglés) del VIH se obtienen porque poseen una correlación con la magnitud de la replicación viral y están asociados con la rapidez de la destrucción del linfocito CD4 y por lo tanto con la rapidez de la progresión de la enfermedad. Los cambios en la carga viral en respuesta a los medicamentos (especialmente inhibidores de proteasa) deben ser anotados (Ver Apéndice II).

*CBC y Diferencial (incluyendo el conteo de células blancas, granulocitos, linfocitos, y contajes de neutrófilos; de células rojas (“RBC,” por sus siglas en inglés) y hematócrito; y contaje de plaqueta):* Estos contajes tienen implicaciones obvias para el riesgo de un paciente con VIH a tener complicaciones orales y sistémicas, más notablemente infecciones y sangrado. Los resultados de exámenes recientes (<3 meses) deben obtenerse.

*INR:* El INR es la norma actual para evaluar la posición de la coagulación.

**Medicamentos Actuales:** Los pacientes infectados por el VIH pueden estar tomando muchos medicamentos con regímenes de dosis complejos. Por ende, es extremadamente importante que el paciente proporcione una lista de todos sus medicamentos actuales, incluyendo: a) medicamentos recetados, b) medicamentos sin receta (“over the counter”), c) los remedios y tratamientos naturopáticos y homeopáticos, d) suplementos nutricionales, y e) drogas (fármacos) importadas o extranjeras.

Estos medicamentos pueden indicar las condiciones pasadas y presentes del paciente, las enfermedades, condición inmunológico, al igual que el potencial para reacciones e interacciones de drogas. Además, el dentista necesitará saber el horario exacto de la drogas tomadas por el paciente ya que esto puede afectar la hora y la duración de los procedimientos dentales (incluyendo la duración de la anestesia local). (Ver apéndice III). La lista de medicamentos potenciales que pueden tomar los pacientes infectados con VIH puede ser larga. Puede ser útil clasificarlas como: a) antiretrovirales (tipo y horario), b) antiinfectivas, y, c) otras.

*Alergias y Sensitividad a Drogas:* Pacientes con VIH tienen un gran riesgo a reacciones alérgicas y adversas a medicamentos según progresa la enfermedad del VIH. Los detalles de las reacciones experimentadas por los pacientes deben ser evaluadas y anotadas al tratar de discernir entre reacciones alergias y reacciones no alérgicas al medicamento a medicamentos.

#### *Infecciones:*

*Hepatitis:* Los pacientes infectados por el VIH pueden estar en un riesgo mayor de contraer diferentes tipos de hepatitis, entre ellos de origen viral o inducido por drogas. La hepatitis, especialmente si es crónica, puede alterar el metabolismo del medicamento y aumentar el riesgo de coagulantes. Es importante documentar el tipo de infección, los factores de riesgo, etc.

*Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS):* ETS en pacientes infectados por el VIH pueden estar asociados a una progresión más rápida de la enfermedad del VIH así como al deterioro de la salud debido al propio ETS (ejemplo - la infección sifilítica puede producir neurosífilis y cardiomiopatía). El historial de ETS debe ser actualizado regularmente para evaluar la conducta sexual de los pacientes de alto riesgo. Según discutido en el Capítulo 5, si se identifican conductas de alto riesgo, el dentista debe estar preparado para discutir la modificación de la misma o referir a los pacientes a individuos que puedan trabajar en dicha área.

*Tuberculosis (TB):* Los pacientes infectados por el VIH están en un mayor riesgo para contraer o reactivar la TB. Por lo tanto, el estadio de tuberculosis del paciente debe ser determinado por el médico y se deben registrar las fechas de los exámenes de tuberculosis. No se debe proporcionar ningún tratamiento electivo a pacientes con TB activa. Los pacientes con la enfermedad activa que requieran tratamiento dental de emergencia deben ser referidos a facilidades capaces de manejar a estos pacientes.

El incumplimiento con la terapia médica puede resultar en la aparición de cepas resistentes de *Mycobacterium tuberculosis* y puede también permitir que el paciente permanezca contagioso. El conocimiento del incumplimiento con el tratamiento de TB debe ser reportado a oficiales de la salud pública y el paciente debe ser considerado para terapia de observación directa (DOT, por sus siglas en inglés). Preguntas apropiadas para el paciente incluyen:

- ¿Cuándo fue su última prueba de piel de TB?
- ¿Cuándo fue su última radiografía de pecho?
- ¿Cuándo fue diagnosticado con TB?
- ¿Se le han recetado medicamentos para su tuberculosis, y de este ser el caso, siguió usted las instrucciones y tomó la medicina por el período recetado?
- ¿Le han dicho a usted que es “no infeccioso”?
- A usted le han dicho que tiene tuberculosis resistente a múltiples medicamentos?

*Tabaco, alcohol y uso recreativo de drogas:* Documentar la cantidad y la frecuencia de uso de estos agentes es importante dado su impacto potencial en la salud oral y sistémica, y la provisión del cuidado dental, sin importar el grado de VIH.

*Enfermedades Neurológicas:* Las enfermedades neurológicas asociadas al VIH pueden impactar significativamente las actividades mentales, de comportamiento, y las actividades motoras del paciente. Los dentistas deben estar alertas para los cambios cognoscitivos y psicológicos que de otro modo no sería esperado en pacientes negativos al VIH.

*Consultas Médicas y Solicitudes de Información Adicional:* Luego de obtener y revisar el historial médico y revisar los formularios de diagnósticos médicos del paciente dental con VIH, puede ser necesario comunicarse con el proveedor de salud primario del paciente para confirmar o clarificar la información obtenida, o solicitar una interpretación de dichos hallazgos, o consultar sobre un tratamiento dental potencial.

*Expedientes Médicos Existentes:* Para pacientes con historiales médicos extensos o complejos, a menudo es útil solicitar los expedientes médicos. Esto puede incluir copias de informes del hospital, de los registros de las clínicas, de las radiografías, de los informes de laboratorio, y otra documentación. Es importante que la solicitud de expedientes incluya toda la información de identificación requerida (el nombre del paciente, la fecha de nacimiento, el hospital o el número de identificación del dispensario, el número de seguro social, etcétera). Las solicitudes deben ser claras y precisas con respecto al tipo de información requerida y sobre el período de tiempo solicitado. Los expedientes apropiados a ser solicitados incluyen información médica, los informes de patología, los resultados de laboratorio, etc. Los dentistas solicitando opiniones o resúmenes del proveedor de salud primario del paciente deben estar seguros de hacer claras las circunstancias de su solicitud (el tipo de cuidado dental propuesto, el deseo de saber sobre el riesgo de complicaciones para cierto tratamiento, los pasos propuestos para prevenir complicaciones, etcétera). El dentista obteniendo información telefónicamente

debe hacer una anotación clara y completa en el expediente del paciente. La fecha, el tiempo, la persona consultada, y toda información intercambiada debe ser incluida en el expediente médico.

## **RESUMEN**

Este capítulo provee las recomendaciones para diagnosticar la condición médica del paciente con VIH, y analiza los elementos de un historial completo de salud para pacientes que son VIH positivo y negativo. El cuidado oral comprensivo requiere una evaluación de la condición médica del paciente, incluyendo la progresión de la enfermedad del VIH. Una gama abarcadora de enfermedades puede presentarse en pacientes infectados por el VIH y varias complicaciones orales pueden surgir como resultado. Un historial completo de salud que ha sido actualizado en intervalos regulares, y esté suplido por formularios médicos consultivos, es la base para proveer un cuidado dental óptimo y apropiado.

**MODELO: CONSENTIMIENTO PARA LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA AL VIH**

Nombre y dirección de la persona autorizando que se revele la información:

.....  
.....

Nombre y dirección del individuo/organización a la cual se le ha de revelar la información:

.....  
.....

Nombre y dirección del paciente:

.....  
.....

El propósito de la revelación:

.....  
.....

La información a ser revelada:

.....  
.....

Yo,.....por la presente autorizó para que el individuo y/u organización hospital/dispensario/laboratorio arriba indicado revele los expedientes médicos pertinentes al individuo/la organización arriba mencionada.

Yo además entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. A menos que sea revocado anteriormente por mí, este consentimiento expira.....

Firma del paciente:.....Fecha.....

Firma del testigo:.....Fecha.....

**\*Los Proveedores deben determinar si este formulario de consentimiento informado satisface las leyes aplicables del estado y si el formulario apropiado debe obtenerse de la agencia estatal.**

## **Cuestionario del Historial Relevante al VIH**

Fecha -

Información Personal y Demográfica (incluyendo a otros proveedores del cuidado de salud) -

Queja Principal -

Historial de la Queja Principal -

Historial Médico Previo (incluyendo la última visita al proveedor de cuidado primario)-

La Prueba del VIH con Fechas:

primera prueba del VIH -

última prueba negativa del VIH -

primera prueba positiva del VIH -

Razones para la prueba del VIH -

Factor (es) de Riesgo(s) para el VIH -

Historial de la Enfermedad del VIH (enfermedades, signos y síntomas) -

Contaje de Células CD4 con Fechas:

valor inicial -

valor más bajo -

último contaje -

Carga Viral y Fechas:

nivel más alto -

nivel más bajo -

último nivel -

Contaje Completo de Células Sanguíneas con Diferencial -

Medicamentos con la Dosis y Horarios:

antiretrovirales -

anti infeccivas -

otras -

Alergias y Sensitividad a Medicamentos -

Hepatitis (tipo y condición) -

Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) (tipo y condición) -

La tuberculosis (fecha de la prueba (s) y condición actual) -

Uso del tabaco (historial y condición actual) -

Uso del alcohol (historial y condición actual) -

Uso Recreativo de Drogas (historial y condición actual) -

Enfermedades Neurológicas -

## AGENTES SELECTOS UTILIZADOS PARA TRATAR INFECCION POR VIH O CONDICIONES ASOCIADAS

Tabla 1-4

AGENTES SELECTOS UTILIZADOS PARATRATAR INFECCION POR VIH  
O CONDICIONES ASOCIADAS

<b>Agente</b>	<b>Descripcion</b>	<b>Efectos Adversos</b>
Acyclovir (Zovirax)	Antiviral usado para tratar virus de herpes simplex 1 y 2 y herpes zoster	Náusea,diarrea, dolor de cabeza
Abacavir (Ziagen)	Agente antiretroviral nucleósido análogo inhibidor de la enzima transcriptasa reversa.	Reacción de hipersensibilidad potencialmente fatal. Manifestaciones clínicas incluyen fiebre, brote alérgico en la piel, fatiga cansancio, síntomas gastrointestinales, artralgia, tos y/o dispnea
Abacavir/lamivudine/ Zidovudine (Trizivir)	Combinación de tres análogos de nucleósido.	Molestia gastrointestinal, anorexia,insomnio, abnormalidades de laboratorio, enzimas hepáticas elevadas, leve hiperglicemia, elevación de triglicéridos, dolor de cabeza, malestar general,neuropatía, acidosis láctica, esteatosis.
Amprenavir (Agenerase)	Agente antiretroviral inhibidor de proteasa	Intolerancia gástrica,brote alérgico, dolor de cabeza, parestesia oral y redistribución de tejido adiposo. Interacción con muchos medicamentos; debe usarse con cautela si se prescribe con otros medicamentos.
Atovaquone (Mepron)	Agente antiprotozoario usado para tratar pneumonia asociada a <i>Pneumocystis carinii</i>	Brote alérgico,náusea,diarrea, dolor de cabeza. Efecto adverso oral: candidiasis oral.
Azitromicina (Zithromax)	Antibiótico utilizado para tratar infecciones por clamydia e infecciones bacterianas dermatológicas y respiratorias. Prevención y tratamiento de la enfermedad causada por <i>Mycobacterium avium</i> .	Náusea, debilidad muscular, dolor de cabeza y supresión de medula ósea conduciendo a anemia, leucopenia y neutropenia.

Tabla 1-4  
AGENTES SELECTOS UTILIZADOS PARATRATAR INFECCION POR VIH  
O CONDICIONES ASOCIADAS

<b>Agente</b>	<b>Descripción</b>	<b>Efectos Adversos</b>
Cidofovir (Vistide)	Antiviral usado para tratar infección por citomegalovirus. Suministrado con solución salina y probenecid para disminuir riesgo de nefrotoxicidad	Nefrotoxicidad, neutropenia, acidosis metabólica, uveítis e hipotonía ocular.
Ciprofloxacina (Cipro)	Antibiótico usado para tratar enfermedades bacterianas comunes. Ocasionalmente usado con otras drogas para tratar la enfermedad causada por <i>Mycobacterium avium</i>	Molestia gastrointestinal, convulsiones, brote alérgico
Claritromicina (Biaxin)	Macrólido oral usado para prevenir y tratar enfermedad causada por <i>Mycobacterium avium</i> .	Diarrea, náusea, dolor abdominal (a dosis altas) . Efecto adverso oral: Sensación gustativa anormal.
Clindamicina (Cleocin)	Antibiótico usado como tratamiento alternativo de neumonía asociada a <i>Pneumocystis carinii</i> y toxoplasmosis.	diarrea
Dapsone	Droga antilepra usada como alternativa en el tratamiento y profilaxis de neumonía asociada a <i>Pneumocystis carinii</i>	Brote alérgico, fiebre, malestar gastrointestinal.
Delavirdine (Rescriptor)	Inhibidor no nucleósido de la enzima transcriptasa reversa.	Brote alérgico (puede necesitar suspensión de la droga), dolor de cabeza y posiblemente aumento de transaminasas.
Didanosine (ddI, Videx)	Agente antiretroviral nucleósido análogo inhibidor de la enzima transcriptasa reversa.	Pancreatitis, neuropatía periférica, convulsiones, diarrea. Efecto adverso oral: Xerostomía
Doxorubicina encapsulada – liposómica (Doxil)	Antibiótico antineoplásico usado en quimioterapia para sarcoma de Kaposi en estado avanzado.	Neutropenia

Tabla 1-4  
AGENTES SELECTOS UTILIZADOS PARATRATAR INFECCION POR VIH  
O CONDICIONES ASOCIADAS

Agente	Descripcion	Efectos Adversos
Dronabinol (THC, Marinol)	Cannabinoide usado para tratar síndrome de desnutrición (anorexia, caquexia).	Astenia, taquicardia, vasodilatación, amnesia, ansiedad, euphoria, alucinaciones, reacción paranoica, somnolencia. Efecto oral adverso: xerostomía
Efavirenz (Sustiva)	Inhibidor no nucleósido de la enzima transcriptasa reversa.	Brote alérgico, efectos del sistema nervioso central incluyendo confusión, pensamiento alterado, falta de concentración, depersonalización, sueños extraños y mareo. Interacción con muchas drogas: Utilizar con cautela cuando se prescribe con otros medicamentos.
Eritropoyetina	Glicoproteina que estimula producción de globules rojos. Usada para anemias asociadas al SIDA	Dolor de cabeza, artralgia, fatiga, fiebre, diarrea.
Famciclovir (Famvir)	Antiviral para el tratamiento De herpes simplex y herpes zoster.	Náusea, diarrea , dolor de cabeza
Fluconazole (Diflucan)	Fungicida usado para tratar candidiasis y cryptococosis.	Náusea, dolor de cabeza, brote alérgico, vómito, diarrea, aumenta el TP cuando se usa con coumadina. Efecto adverso oral: síndrome de eritema multiforme.
Foscarnet (Foscavir)	Inhibidor no nucleósido de la enenzima transcriptasa reversa usado para tratar infección por citomegalovirus e infecciones herpéticas resistentes a acyclovir.	Alteración en función renal, trombocitopenia, anemia. Efecto oral adverso: Úlceras orales, xerostomia, fasciculación perioral debido a hipocalcemia.
Ganciclovir (Cytovene)	Antiviral usado para tratar y prevenir retinitis por citomegalovirus y otro tipo de enfermedades causadas por el mismo virus.	Neutropenia, trombocitopenia, anemia, brote alérgico.

Tabla 1-4  
AGENTES SELECTOS UTILIZADOS PARATRATAR INFECCION POR VIH  
O CONDICIONES ASOCIADAS

<b>Agente</b>	<b>Descripcion</b>	<b>Efectos Adversos</b>
Hydroxyurea(Hydra)	Inhibidor de la ribonucleósido reductasa.	Supresión de médula ósea con leucopenia, anemia y trombocitopenia. Intolerancia gástrica, incluyendo estomatitis, náusea, vómito, anorexia, diarrea y constipación.
Inmunoglobulina	Agente usado para tratamiento de inmunodeficiencias primarias	Dolor de cabeza, enrojecimiento de la piel, mareo, mialgia.
Indinavir (Crixivan)	Agente antiretroviral inhibidor de proteasa.	Hiperbilirubinemia, cálculos renales.
Interferon a-2a (Roferon-A)	Proteína que inhibe replicación viral; usada para tratar sarcoma de Kaposi.	Síntomas de resfriado, neutropenia, depresión, confusión, anemia, Parestesia. Efectos orales adversos: Xerostomía, gingivitis.
Itraconazole (Sporanox)	Fungicida usado para tratar blastomycosis, histoplasmosis, y candidiasis.	Malestar gastrointestinal, brote alérgico, prurito, dolor de cabeza, hepatitis.
Ketoconazole (Nizoral)	Fungicida usado para tratar candidiasis oral, vaginal y esofágica, y criptococosis.	Severo daño hepático, bajos niveles de testosterona.
Lamivudine (3TC, Epivir)	Nucleósido análogo que aparentemente aumenta respuesta a zidovudine en pacientes con virus resistente a zidovudine.	Perdida de cabello
Lopinavir / Ritonavir (Kaletra)	Combinación de agentes inhibidores de proteasa.	Síntomas gastrointestinales, diarrea. Interacción con muchos medicamentos. Cautela cuando se prescribe en combinación con otras drogas, elevación en colesterol y triglicéridos.
Acetato de Megestrol (Megace)	Progestina sintética usada para tratar el síndrome de malnutrición (anorexia, caquexia)	Severos: hipogonadismo, diabetes e insuficiencia renal. Comunes:diarrea, impotencia, brote alérgico flatulencia, astenia, hiperglicemia y dolor.

Tabla 1-4  
AGENTES SELECTOS UTILIZADOS PARATRATAR INFECCION POR VIH  
O CONDICIONES ASOCIADAS

Agente	Descripción	Efectos Adversos
Nelfinavir (Viracept)	Inhibidor de proteasa.	Diarrea, redistribución de grasa corporal, niveles aumentados de triglicéridos o colesterol, hiperglicemia, osteoporosis y posiblemente aumento de hemorragia en hemofílicos.
Nevirapine (Viramune)	Inhibidor no nucleósido de la enzima transcriptasa reversa.	Toxicidad asociada a reacciones dermatológicas letales y reacciones hepáticas durante las ocho semanas iniciales de tratamiento. Pacientes deben reportar cualquier síntoma de hipersensibilidad (fiebre, brote alérgico, artralgias y mialgias).
Octreotide (Sandostatin)	Hormona sintética usada para control de la diarrea.	Colelitiasis o enfermedad biliar en 15% a 20%. Náusea, vómito, cólico y diarrea. Síntomas del sistema nervioso central: dolor de cabeza, síncope, astenia. Hiperglicemia
Pentamidine (Pentam para uso intravenoso, NebuPent para inhalación)	Agente antiprotozoario usado en aerosol como alternativa para profilaxis de neumonía asociada a <i>Pneumocystis carinii</i> y en forma intravenosa para tratamiento de la misma.	Nefrotoxicidad hipotensión, hipoglicemia, leucopenia.
Pyrimethadine (Daraprim)	Droga antiprotozoaria usada en combinación con sulfadiazina para tratar toxoplasmosis.	Reacciones alérgicas severas y brote alérgico, anemia, leucopenia, trombocitopenia, insomnio y diarrea.
Rifabutin (Mycobutin)	Antibiótico usado en combinación con otros medicamentos para tratar enfermedad por <i>Mycobacterium avium</i> .	Neutropenia, irritación muscular y ocular, decoloración de la piel y de la orina.

Tabla 1-4  
AGENTES SELECTOS UTILIZADOS PARATRATAR INFECCION POR VIH  
O CONDICIONES ASOCIADAS

<b>Agente</b>	<b>Descripción</b>	<b>Efectos Adversos</b>
Ritonavir (Norvir)	Inhibor de proteasa.	Elevación de colesterol y triglicéridos, interacción con muchos medicamentos. Prescribir con cautela en combinación con otras drogas.
Saquinavir ( Invirase o Fortovase)	Inhibidor de proteasa.	Nefrolitiasis, diarrea, malestar abdominal, náusea.
Stavudine (d4T, Zerit)	Agente antiretroviral nucleosido análogo inhibidor de la enzima transcriptasa reversa.	Neuropatía periférica, ataques de pánico, insomnio, dolor de cabeza.
Trimethropin / Sulfamethoxazole (TMP/SMX) (Septra o Bactrim)	Antibiótico usado para prevenir y tratar pneumonia asociada a <i>Pneumocystis carinii</i> .	Brote alérgico (puede progresar a síndrome de Stevens-Johnson), malestar digestivo, supresión de médula ósea, afecta función hepática.
Zalcitabine (ddC, Hivid)	Nucleósido inhibidor de transcriptasa reversa.	Brote alérgico, neuropatía periférica. Efectos orales adversos: ulceración oral.
Zidovudine (ZDV, AZT, Retrovir)	Nucleosido inhibidor de transcriptasa reversa. Recomendado como primer agente usado cuando terapia antiretroviral para SIDA es iniciada.	Supresión de médula ósea conduciendo a anemia, leucopenia o neutropenia, náusea, debilidad muscular, dolor de cabeza.
Zidovudine/Lamivudine (Combivir)	Combinación de dos inhibidores de transcriptasa reversa.	Mismos de zidovudine y lamivudine.

\* Extraído del Comité de Parámetros de Cuidado Dental : *Salud Oral para Personas con Infección por VIH: Parámetros Clínicos*: New York, NY: New York State Department of Health AIDS Institute, 2001



# Capítulo 2



## Consideraciones Especiales Para Pacientes Dentales con VIH/SIDA



### *Líder del Taller:*

Patricia A. Murray, D.M.D., Ph.D., San Mateo, California

### *Participantes:*

Mario Alves, D.D.S., M.S., D.Sc., University of Illinois at Chicago, Chicago, Illinois

David Croser, B.D.S., DGDP (UK), Riverside Community Healthcare, Chelsea and Westminster Hospitals, London, United Kingdom

James Formaker, D.D.S., Green/LeBaron Dental Treatment Center, Los Angeles, California

Robert Hale, B.D. S., Brocklebank Health Centre, London, United Kingdom

Erik Lucht, D.D.S., Ph.D., Infektionstandkliniken, Huddinge, Sweden

Cesar A. Migliorati, D.D.S., M.S., Public Oral Health Clinic, Zurich, Switzerland

Fariba S. Younai, D.D.S., David B. Kriser Dental Center, New York City, New York

### *Participantes del Taller del Subgrupo Dental Pediátrico:*

Peter Catapano, D.D.S., Bellevue Hospital, New York City, New York

Catherine Flaitz, D.D.S., M.S., UT-Houston Dental Branch, Houston, Texas

Francisco J. Ramos-Gomez, D.D.S., M.Sc., M.P.H., UC-San Francisco, San Francisco, California

Masakazu Ikeda, D.D.S., Ph.D., Kanagawa Children's Medical Center, Yokohama, Japan

Daniel Johnson, M.D., University of Chicago, Chicago, Illinois

Allen Milnes, D.D.S., Dip. Paed, Ph.D., F.R.C.D., University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

### *Introducción:*

Los principios del buen cuidado de la salud oral son los mismos para las personas con VIH que para todo paciente dental. No hay evidencia que apoye cambios en el cuidado de la salud oral basado únicamente en la condición VIH. Este capítulo describe unas consideraciones específicas para tratar a pacientes VIH positivos, incluso recomendaciones para la planificación de un tratamiento integral y consideraciones a tomar para referir al paciente.

Al planificar el tratamiento para el paciente VIH, los dentistas deben considerar primero la condición física actual del paciente y el pronóstico para la progresión de la enfermedad VIH. Esta es una consideración necesaria, similar a la que se realiza al evaluar a otros pacientes médicamente comprometidos con enfermedades potencialmente terminales. Proveer cuidado y tratamiento dental al paciente VIH positivo puede afectar su calidad de su vida. Las prioridades del tratamiento deben ser ajustadas debidamente.

La planificación del tratamiento para el paciente VIH sigue la misma secuencia que para otros pacientes. Las prioridades deben ser:

1. Aliviar el dolor
2. Restaurar la función
3. Prevenir enfermedades futuras
4. Considerar los resultados estéticos

Cada paciente debe evaluarse individualmente. La enfermedad del VIH es multifactorial con una gama de efectos clínicos orales y sistémicos. Hay que sobre enfatizar la importancia de realizar un análisis abarcador de la condición física del paciente al realizar un plan de tratamiento.

## **PLANIFICACIÓN GENERAL DEL TRATAMIENTO**

Aunque no hay una justificación para modificar el tratamiento dental basado únicamente en la condición de VIH del paciente, sí existen consideraciones de tratamiento particulares para la población infectada por el VIH. Las guías generales son las siguientes:

1. La salud oral general puede afectar la salud sistémica total. Por ejemplo, una boca libre de caries y periodontalmente saludable disminuye la carga microbial de un sistema inmune ya en peligro.
2. La modificación en el cuidado de pacientes con VIH es similar a la de otros pacientes médicamente comprometidos (por ejemplo, los diabéticos requieren una consideración especial dado de su habilidad limitada de combatir infecciones bacterianas, así como un sanado lento).
3. Se recomienda una actitud diligente y proactiva hacia el tratamiento dental de pacientes VIH. Por lo tanto, se debe poner énfasis en la prevención (discutida luego en este capítulo).
4. El establecer prioridades y planificar tratamiento dental son importantes y requieren una evaluación individual. Los resultados de esta evaluación pueden exigir a veces una desviación de la secuencia normal del plan de tratamiento dental.

La comunicación franca entre dentista y paciente ayuda a determinar las opciones de tratamiento y el plan de tratamiento apropiado. Aunque el dentista siempre debe tratar de proveer el mejor cuidado oral posible, debe tener en cuenta los deseos y expectativas del paciente, particularmente los pacientes con la enfermedad del VIH en etapa final.

La condición nutricional del paciente también puede afectar su plan de tratamiento completo. Por ejemplo, los pacientes con caries rampantes requieren un análisis nutricional y pueden beneficiarse de un asesoramiento dietético para disminuir el consumo de carbohidratos o de unas estrategias para aumentar el flujo salivar. Algunos pacientes con VIH padecen de falta de apetito y como resultado están malnutridos. Si se sospecha malnutrición en pacientes dentales, éstos deben ser aconsejados sobre el uso de suplementos dietéticos y deben ser referidos a sus médicos para su manejo.

### **Evaluación de Etapa de Enfermedad y Sus Repercusiones**

Al planificar el tratamiento apropiado, debe evaluarse la condición médica completa de una persona así como la condición de VIH, según detallado en el Capítulo 3.

#### **Etapa Temprana**

Los pacientes VIH asintomáticos que tienen conteos de CD4 por encima de 200 son definidos como en las etapas tempranas de la enfermedad. Se debe tratar a estos pacientes de la misma manera que a pacientes VIH negativos. No hay ninguna evidencia que sugiera que se necesiten modificaciones de tratamiento en esta etapa.

#### **Etapa Tardía**

Cuando el conteo de CD4 cae por debajo de 200, se considera que los pacientes han progresado a las etapas avanzadas de la enfermedad. La mayoría de estos pacientes aún pueden ser tratados por el dentista general. Ocasionalmente, pueden ser necesarios los referidos para consulta y tratamiento fuera del área de peritaje del dentista general, lo que provee una oportunidad para "el cuidado compartido". Aparte de aquellos procedimientos que se realizan normalmente en el contexto de un hospital sin importar el estatus VIH, el referido de pacientes a una facilidad hospitalaria para el cuidado dental se justifica dado a la condición médica y no al procedimiento dental.

El progreso de la enfermedad en pacientes VIH positivos requiere una reevaluación periódica. Al tratar a una persona infectada por VIH, el dentista debe monitorear continuamente la salud dental y oral en cuanto a las manifestaciones sintomáticas de la enfermedad. El proceso de evaluación continuo ayuda al dentista a identificar al paciente sintomático y permite una intervención médica apropiada que pueda afectar el curso de la enfermedad de VIH.

Además de hablar con el paciente para cerciorarse de la etapa de la enfermedad del VIH, debe considerarse lo siguiente:

1. La capacidad del paciente para cumplir con las citas y tolerar el tratamiento.
2. La capacidad del paciente para acatar y entender las instrucciones.
3. Los recursos financieros del paciente y la capacidad para invertir en el cuidado dental.

Los pacientes pueden faltar a sus citas por una variedad de motivos, incluso la dificultad para conseguir transportación a la oficina, las limitaciones ortopédicas o la demencia, que pueden resultar en olvidar las instrucciones postoperatorias, los medicamentos, los horarios, etcétera. Para minimizar el riesgo de una cancelación o una ausencia, es prudente determinar y acomodar el mejor horario del paciente para las citas y citarle de acuerdo a su conveniencia. Puede que se requiera esfuerzos adicionales. Por ejemplo, puede ser útil proveer todas las instrucciones y las citas médicas en forma escrita, e involucrar a los encargados del paciente.

Aun con instrucciones escritas, pueden ser necesarios unos pasos adicionales, por ejemplo, un recordatorio por teléfono 24 horas antes de y el día de la cita. También puede ser necesaria flexibilidad al fijar la hora de citas del paciente para que podamos acomodar los horarios de los medicamentos de los pacientes, especialmente, dado a la terapia de medicamentos múltiples que puede requerir que los pacientes tomen sus medicamentos en intervalos muy frecuentes, a veces con y a veces antes de las comidas.

El paciente crónicamente enfermo se enfrenta con muchas exigencias relacionadas a sus limitados recursos económicos. Además de considerar un cuidado a largo plazo potencialmente costoso, tienen que financiarse la prevención y el mantenimiento de la salud. El seguro privado de salud, Medicaid y los programas de Medicare generalmente no proveen beneficios de cuidado de salud oral extensos. Consejería profesional al desarrollar un plan de tratamiento dental que sea financieramente apropiado es una parte importante del asesoramiento del paciente. El paciente tiene que poseer la capacidad de cumplir físicamente con y tener los recursos financieros para pagar el cuidado de salud oral médicamente necesario.

## **Consideraciones Restaurativas**

Las consideraciones restaurativas son las mismas para los pacientes con VIH que para la población dental general. Los pacientes que no se consideran como buenos candidatos para los procedimientos restaurativos extensos incluyen a aquellos con las siguientes condiciones:

- Caries (de raíz o corona) rampantes o desenfrenadas
- Flujo salivar reducido

- Acidez oral por vómito frecuente
- Manifestaciones orales de la enfermedad del VIH, tales como las úlceras recurrentes mal controladas o infecciones herpéticas
- Los pacientes no ambulatorios y terminales requieren unas opciones de tratamiento simplificadas (el ionómero de vidrio es un material particularmente útil para restaurar los dientes en estos pacientes).

La combinación de la enfermedad periodontal, flujo salivar reducido, exposición a fluidos gástricos y la pobre higiene oral aumentan la probabilidad de caries radicales. Cuando estas condiciones están presentes, tienen que ser identificadas (junto con su causa) y, cada vez que sea posible, tratadas o eliminadas antes de iniciar un tratamiento restaurativo.

Cuando los procedimientos restaurativos son indicados, la selección de materiales restaurativos será determinada principalmente por los deseos del paciente, las preferencias del dentista, las limitaciones en su aplicación y los recursos económicos disponibles al paciente.

## **Consideraciones Protésicas**

Una prótesis estética es de valor incalculable para las personas con enfermedades terminales debilitantes, ya que la apariencia facial y la sonrisa permanecen fundamentales para la autoestima. En tales pacientes, el tratamiento protésico debe ser completado lo más rápido posible.

El tratamiento protésico para la población con VIH es similar al tratamiento protésico para la población de edad avanzada, ambos grupos pueden estar propensos a candidiasis, xerostomía y al síndrome de desgaste. Una dentadura parcial en acrílico puede ser una buena opción para el paciente con un pronóstico dental dudoso.

### **Resumen de Consideraciones Principales Relacionadas al Tratamiento General**

Los pacientes asintomáticos con VIH pueden tratarse de la misma manera que cualquier otro paciente dental. En esta etapa de la enfermedad del VIH, el sistema inmune todavía está generalmente intacto. Hay que monitorear continuamente la progresión de la enfermedad y ajustar el plan de tratamiento. El número de pacientes cuyo plan de tratamiento tiene que modificarse es relativamente pequeño y estos pacientes usualmente están en etapas tardías de la progresión de la enfermedad. La terapia anti-retroviral reciente reduce estos números aún más.

Debe establecerse un dialogo con el médico primario del paciente para optimizar el tratamiento integral del paciente y facilitar el intercambio de información para monitorear la progresión de la enfermedad.



## GUÍAS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD ORAL

Un estudio reciente realizado por dentistas del Hospital de la Administración de Veteranos concluyó que de los 2,191 pacientes con VIH examinados en los Estados Unidos, el 79% requirió algún tipo de cuidado dental rutinario, sin importar la etapa de la infección. Un enfoque sobre la prevención en pacientes con VIH puede eliminar o reducir las complicaciones orales durante la progresión de la enfermedad, preservando y mejorando la salud oral del paciente y la calidad de vida en general.

Además de lesiones de la mucosa oral, los individuos con VIH pueden desarrollar otros problemas orales como resultado a cambios en los mecanismos protectores especializados del ambiente oral. Tales cambios incluyen: alteración de la barrera mucosa; secreción salivar disminuida; composición alterada de la saliva; y cambios en la microflora bacteriana. Estos cambios pueden llevar a: xerostomia, disgeusia (distorsión del gusto), ageusia (pérdida del gusto), anosmia (pérdida del olfato), disfagia (dificultad o dolor al tragar) y pérdida del apetito.

Las prácticas preventivas incluyen:

- Detectar las manifestaciones orales asociadas al VIH.
- Instituir el tratamiento apropiado y referir para cuidado médico, de resultar necesario.
- Instituir protocolos orales preventivos para todo paciente, cualquiera que sea su etapa de infección por el VIH. Existen dos fases:

1. Un programa primario que consiste en la identificación temprana de ambientes orales susceptibles a caries y la restauración de lesiones cariadas.

2. Un programa secundario que incluye la identificación de los factores de riesgo para caries, asesoramiento nutricional, educación al paciente en higiene oral y cuidado en el hogar, aplicación de fluoruro tópico y los exámenes periódicos de seguimiento para la terapia de apoyo.

- Participar activamente en la comunidad mediante el establecimiento de relaciones de trabajo estrechas con agencias sociales y facilidades de cuidado médico que proveen servicios a pacientes con VIH.
- Participar en programas comunitarios de detección, con el propósito de realizar el diagnóstico temprano de las manifestaciones orales de la infección VIH.
- Educar a otros profesionales del cuidado de salud (médico, enfermera, higienista dental, trabajador social, encargados) para aumentar su entendimiento sobre las complicaciones orales asociadas con la infección del VIH.

## **Recomendaciones Generales de Prevención**

El clínico dental debe enfatizar en una buena higiene oral y en procedimientos de cuidado en el hogar (cepillado, utilizar hilo dental, enjugadores bucales). Al evaluar los casos individuales, el dentista debe establecer un plan de visitas periódicas a la oficina para exámenes orales y terapia periodontal de mantenimiento. Estos procedimientos constituyen las normas fundamentales de cuidado y facilitan el diagnóstico temprano de la enfermedad oral. Además, el fumar es un factor de riesgo potencial para la enfermedad periodontal y las lesiones orales precancerosas y cancerosas. Idealmente, se debe aconsejar a los pacientes a que eliminen o reduzcan el fumar y un programa para dejar de fumar debe ser considerado.

### **Flujo Salivar Reducido (Xerostomia o "boca seca")**

Una boca seca incrementa el desarrollo de caries, enfermedad periodontal y de infección del tejido blando. También afecta la calidad de vida del paciente al hacer más difícil hablar, masticar y tragar. Cuando se diagnostica un flujo salivar reducido en el paciente con el VIH, debe instituirse un programa de tratamiento que consiste en reponer o estimular la saliva. Estimulantes de secreción (Pilocarpine®, Salagen®, Bethanecol®), así como sustitutos de la saliva (por ejemplo, Oral Balance®, Xerolube®, Salivart®, Unimist®) proveerán lubricación a los tejidos orales, aliviarán la molestia del paciente y reforzarán las barreras defensivas locales.

### **Caries**

Una secreción y función salivar reducida y una dieta no balanceada (sobre todo una dieta rica en carbohidratos es frecuentemente asociada con el uso recreativo de drogas) pueden predisponer a pacientes a caries dentales rampantes. Si las caries recurrentes no se pueden controlar adecuadamente, no se deben considerar restauraciones extensas de coronas y puentes.

## **Enfermedad Periodontal**

La prevención de la enfermedad periodontal es promovida por dentistas y el personal de su oficina que continuamente enfatizan y monitorean la buena higiene oral y el cuidado en el hogar. Los pacientes con la infección del VIH deben tener un examen periodontal periódico para detectar problemas en desarrollo que necesiten tratamiento. Este tema se discute en detalle más adelante en este capítulo. (Ver Tabla 1, pág. 2.23)

## **Candidiasis y Otras Lesiones Orales**

La candidiasis, las úlceras bucales, las lesiones herpéticas o los neoplasmas persistentes o que no responden a tratamiento pueden tener un impacto notable sobre el plan de tratamiento dental. Por ejemplo, los individuos con estas condiciones son candidatos pobres para una dentadura completa o parcial. Es imprescindible utilizar toda medida posible para restaurar y retener los dientes de estos pacientes. Esto puede ser una oportunidad para considerar un cuidado compartido con una clínica especializada.

## **Consideraciones Especiales Durante El Embarazo**

Se debe asesorar a mujeres que están embarazadas e infectadas por el VIH sobre la importancia de mantener una higiene oral inmaculada para la prevención de caries y de enfermedades periodontales. El asesoramiento y las medidas preventivas deben ser las mismas usadas para mujeres embarazadas no infectadas con VIH.

## **CONSIDERACIONES PERIODONTALES**

La periodontitis crónica en adultos es común en la población de pacientes infectados con el VIH. Además, se han reportado formas particulares de enfermedad periodontal. La presentación clínica y su asociación con VIH contribuyeron a los nombres de "gingivitis VIH" y "periodontitis VIH". Luego, en el curso de la epidemia del VIH, se eliminó VIH de los nombres. Como resultado de reuniones internacionales celebradas entre el 1990 y el 1992, surgió una nueva terminología. En específico, la gingivitis VIH se renombró eritema gingival lineal (EGL); y la periodontitis VIH se renombró periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN). Además, también se mostró que la gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN), conocida también como ANUG (por sus siglas en inglés), estaba asociada con la infección de VIH en algunos pacientes. La progresión y la relación entre GUN y PUN no ha quedado clara en la actualidad; no obstante, parece que lo más probable representan severidades distintas del mismo proceso patológico.

Mientras estas formas particulares de la enfermedad periodontal en pacientes con VIH pueden coexistir con la periodontitis crónica de adultos, las primeras tienden a ser más agresivas y pueden presentarse como una de las manifestaciones más tempranas de la infección VIH. Por lo tanto, es importante la capacidad del dentista para reconocer continuamente las lesiones periodontales asociadas únicamente con la infección VIH.

### **Eritema Gingival Lineal (EGL): Su Aspecto Clínico y Tratamiento**

A menudo, EGL se manifiesta como un cambio periodontal sutil y puede pasar desapercibido por el ojo no adiestrado. Los rasgos que definen el EGL incluyen una

gingivitis marginal establecida acompañada de una banda roja lineal distintiva de la encía marginal adherida. Además, luego que el paciente mejora su higiene oral y recibe destartraje y alisado radicular, a menudo EGL no desaparece. Sin embargo, no hay ninguna ulceración ni pérdida de gíngiva adherida asociada con EGL. Mas aún, raramente se asocia dolor a esta lesión.

El tratamiento de EGL está encaminado a impedir que esta lesión se convierta en la PUN más severa. El protocolo de tratamiento incluye instrucciones para una mejor higiene oral y destartraje y alisado radicular. Usualmente los pacientes son sometidos a enjuagues de clorhexidina dos veces al día por tiempo indefinido y son evaluados cada tres meses.

Para el paciente que no responde a tratamiento con agentes antimicóticos locales o tabletas de fluconazole puede acompañar el régimen con enjuagues de clorhexidina. Estos agentes a menudo ayudan a reducir el eritema gingival y las lesiones parecidas a petequias características de EGL. Las recetas para la terapia local incluyen tabletas vaginales de Nystatin® (5,000 unidades c/u) o pastillas para disolverse en boca de Mycelex® (10 mg de clotrimazole c/u); una tableta o pastilla cinco veces al día por 14 días. El tratamiento sistémico incluye Diflucan® (100 mg de fluconazole), dos tabletas el primer día y luego una tableta diaria por dos semanas.

### **Gingivitis Ulcerativa Necrotizante (GUN) y Periodontitis Ulcerativa Necrotizante (PUN): Apariencia Clínica y Tratamiento**

Se ha definido GUN como la destrucción de una o más papilas interdentes. En la etapa, se pueden ver ulceraciones, necrosis papilar y desprendimiento. Parece que GUN pudiera ser una etapa precursora de PUN, Por lo tanto, puede ser difícil diferenciar entre GUN y PUN.

Las características principales de PUN incluyen dolor, sangrado gingival, pérdida de gíngiva adherida y, a veces, exposición de hueso. Se ve la erosión en forma de cráteres de tejido blando, necrosis y ulceraciones interproximales en asociación directa con las regiones de pérdida de hueso. Aunque PUN a veces puede parecer generalizada, se ve más a menudo como una lesión localizada en áreas de necrosis severa del tejido blando, rodeadas por áreas de tejido normal. Los estudios sugieren que PUN se ve más comúnmente en pacientes con conteos de células CD4 menores de 200.

La apariencia clínica de PUN puede variar mucho. Las lesiones tempranas usualmente aparentar ser GUN, con poca o ninguna evidencia radiográfica de pérdida de hueso y con movilidad mínima del diente. PUN moderada normalmente implica la encía adherida completa con exposición y secuestro parcial de hueso hasta la unión mucogingival. PUN severa se manifiesta como necrosis extensa del tejido blando y hueso alveolar subyacente, que se extiende mas allá de la unión mucogingival, con evidencia radiográfica obvia de pérdida de hueso y movilidad notable.

El mejor y mas eficaz tratamiento de GUN/PUN implica limpieza mecánica para eliminar acumulaciones microbiales al mayor grado posible. Las mismas guías utilizadas para el manejo de enfermedades periodontales generales aplican: la limpieza o destartraje de depósitos gruesos seguido por el destartraje meticuloso y el alisado radicular, las instrucciones sobre higiene oral, los agentes quimioterapéuticos y un buen programa de prevención con visitas de seguimiento frecuentes.

En la primera visita, la prioridad es aliviar los síntomas del paciente. La limpieza mecánica meticulosa, la eliminación de cálculo, bacteria y tejido necrótico deben hacerse lo antes posible. Se sugiere el uso de povidona-yodada al 10% durante el procedimiento de irrigación y de destartraje para ayudar a controlar la molestia del paciente y el sangrado. La povidona-yodada posee actividad antimicrobial contra cierta bacteria oral y hongos, mejora el sanado temprana del tratamiento periodontal y provee cierta anestesia local. Debe instruirse entonces a los pacientes en los procedimientos de higiene oral, con énfasis sobre el cumplimiento diligente.

La próxima fase del tratamiento comienza luego de evaluar la necesidad de agentes quimioterapéuticos. Normalmente se prescriben antibióticos de existir fiebre, necrosis severa, exposición de hueso o dolor severo. Metronidazole, 250 mg, 4 veces al día por 5 días, es el medicamento preferido para adultos porque es eficaz contra los organismos anaerobios asociados con GUN y PUN y ayuda eliminar el dolor agudo y la infección asociada a la periodontitis VIH. El consumo de alcohol es incompatible con este medicamento. Si el paciente tiene un historial de daño severo al hígado o de alergia al metronidazole, se puede usar la penicilina, aunque ésta no es muy eficaz para reducir el dolor, pero el dolor puede reaparecer. Para los pacientes alérgicos a la penicilina, el tratamiento preferido es clindamicina 300 mg, tres veces al día. No se recomienda eritromicina, ya que ha resultado ineficaz en el manejo de lesiones periodontales relacionadas al VIH.

El uso de antibióticos puede resultar en un crecimiento excesivo de Cándida. Por lo tanto, la necesidad de agentes antimicóticos locales debe evaluarse y monitorearse. Normalmente, es adecuada la terapia con agentes antifungales, tales como las tabletas de Clotrimazole (10 mg, 5 veces al día) o las tabletas vaginales de Nystatin (100,000 U, tres veces al día).

Además de los antibióticos y los agentes antifungales, el uso en el hogar dos veces al día de un enjuagador bucal de Clorhexidine 0.12% es recomendable para evitar y controlar la formación de placa, para desprender la placa presente y para inhibir y reducir el desarrollo de la gingivitis.

Si un paciente tiene un dolor severo o tiene fiebre durante el examen dental, se recomienda una cita de observación de seguimiento luego de 24 horas. Después de disiparse la inflamación gingival aguda, se puede comenzar el destartraje y alisado radicular meticuloso. Esto normalmente se hace cuadrante por cuadrante con anestesia y puede requerir varias visitas.

Después de terminar la terapia, hay que considerar el manejo a largo plazo de los pacientes con VIH y la enfermedad periodontal. Esto requiere el mantener una higiene oral excelente y visitas dentales frecuentes para terapia periodontal de mantenimiento. Se recomiendan visitas mensuales, seguidas por visitas de seguimiento cada tres meses cuando se haya estabilizado la condición periodontal.

Las lesiones periodontales que no logran responder a la terapia correctiva deben ser evaluadas normalmente mediante una biopsia para obtener un diagnóstico definitivo. Por ejemplo, el sarcoma de Kaposi y la infección por citomegalovirus han demostrado que imitan la periodontitis aguda. Así mismo, el linfoma oral no Hodgkin puede demostrar una semejanza notable con GUN o PUN. Se han notado también otras complicaciones poco comunes de PUN, tales como las fístulas oroantrales. Por lo tanto, es importante que los dentistas tengan conocimiento sobre toda la patología intraoral encontrada con frecuencia en los pacientes inmunosuprimidos y la incluyan en sus diagnósticos diferenciales. (Ver Tabla 2, pág. 3.21)

### **Resumen de Consideraciones Periodontales**

Los pacientes con la infección de VIH se encuentran en un mayor riesgo de padecer de una forma atípica de gingivitis y de una enfermedad periodontal severa rápidamente progresiva. El manejo dental gira en torno a la identificación temprana de lesiones y la prevención del deterioro periodontal subsiguiente. Con un conocimiento del diagnóstico y tratamiento de condiciones periodontales relacionadas a VIH, el clínico informado puede identificar las lesiones GUN y PUN y puede tratar con éxito aun lesiones avanzadas obteniendo como resultado una mejor calidad de vida para los pacientes con VIH.

## **CIRUGÍA ORAL**

### **Guías para la Planificación de Tratamiento**

La decisión de realizar extracciones dentales y otros procedimientos quirúrgicos orales en los pacientes con VIH debe basarse en los mismos criterios que para todo paciente. Si una condición de salud dudosa influye en una cirugía oral proyectada, el dentista debe de consultar al médico del paciente. Los procedimientos quirúrgicos, en particular, están asociados a sangrado excesivo y un mayor riesgo de infección. Por lo tanto, todo procedimiento debe practicarse de una manera que minimice el sangrado y evite traer los patógenos orales a los planos faciales más profundos y a los espacios orales. Se debe estimular al paciente en mejorar su higiene oral, de ser necesario, junto con el destartraje preoperatorio para minimizar el riesgo de complicaciones postoperatorias.

El plan de tratamiento debe de hacerse de manera individual. A veces factores poco comunes pueden influir en las decisiones quirúrgicas, haciendo que una evaluación

individualizada sea necesaria en cada caso. Por ejemplo, los dientes con un pronóstico pobre pueden retenerse en vez de extraerlos si se considera que el paciente no es un candidato idóneo para el reemplazo de diente. Por otro lado, a veces los dientes infectados se identifican como la fuente de bacteremia continua y puede que una dentadura parcial o completa sea ventajosa y bien tolerada por el paciente. No obstante, las lesiones orales crónicas, tales como la candidiasis oral severa podría conllevar que la decisión de una dentadura sea inapropiada.

### **Complicaciones Postoperatorias y Profilaxis con Antibióticos**

No parece haber diferencia significativa alguna entre el número de complicaciones postoperatorias en los pacientes con la infección del VIH en comparación con los pacientes no infectados.

Hay pocos datos científicos que apoyan el uso rutinario de profilaxis con antibióticos después de la cirugía oral en pacientes con la enfermedad del VIH. El consenso de los participantes del grupo de trabajo de la Alianza Dental para el Cuidado SIDA/VIH: Principios del Manejo Dental para el Paciente Dental Infectado por VIH es que la decisión clínica para recetar una terapia de antibióticos debe realizarse individualmente, caso por caso. No existe apoyo alguno en la literatura para basar la decisión exclusivamente en un bajo conteo de las células CD4+. Sin embargo, dado a que la mayoría de los procedimientos quirúrgicos orales son invasivos, los pacientes con conteos de célula CD4+ menores de 100 cel/mm<sup>3</sup> deben evaluarse para neutropenia. Si el conteo neutrófilos está por debajo de 500 cel/mm<sup>3</sup>, los pacientes deben recibir antibióticos preoperatoria y postoperatoriamente.

Los antibióticos deben usarse juiciosamente en pacientes con la enfermedad del VIH debido a que estos poseen una mayor tendencia para desarrollar reacciones adversas a los medicamentos, especialmente durante las etapas más avanzadas de la enfermedad. Además, se ha establecido que el uso indiscriminado de antibióticos en pacientes con la enfermedad del VIH puede ponerlos a riesgo de desarrollar infecciones oportunistas, tales como candidiasis.

### **Extracciones**

Una de las complicaciones más comunes asociadas con una extracción es "el alvéolo seco" ("dry socket", osteitis dolorosa), que ocurre en el 3%-4% de toda extracción en la población general. Los estudios hasta la fecha sugieren que este porcentaje de complicación es parecido en el grupo VIH positivo.

La incidencia de complicaciones postoperatorias en todo paciente se asocia con y es afectada por muchos factores, incluso: el tipo y el sitio del diente extraído; el número de dientes a extraerse; conteos altos de bacteria intraoral aeróbica y anaeróbica; la edad del paciente; si el paciente fuma o no; y la experiencia del cirujano. Todos estos factores deben considerarse siempre que se consideren las extracciones.

Para todo paciente, no importa la condición del VIH, el uso de técnicas asépticas y no traumáticas es esencial para minimizar la introducción de patógenos dentro de una herida quirúrgica y para reducir las complicaciones postoperatorias. El destartraje preoperatorio de los dientes a extraerse también puede ayudar a reducir el porcentaje de infecciones postoperatorias y debe considerarse junto con la educación y motivación a pacientes para que mejoren su higiene bucal. Un estudio reciente ha demostrado que la aplicación de medicamento intraalveolar puede ayudar a reducir la incidencia de complicaciones postoperatorias en los pacientes con VIH. Este estudio sugirió que esta medida sencilla debe considerarse para aquellos pacientes con factores de riesgo conocidos o con un historial previo de complicaciones.

### **Tendencias de Sangrado**

Los médicos deben tener en cuenta que aunque ocurre raramente, el sangrado excesivo puede presentarse aún si la hemostasis parece normal. La inmunotrombocitopenia es una complicación conocida de la enfermedad del VIH.

Para los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos extensos y aquellos con tendencias a sangrado excesivo, se le debe realizar una evaluación completa de la función hemostática antes de la cirugía. Las extracciones dentales pueden hacerse de manera segura en los pacientes con la enfermedad del VIH que tienen conteos de plaquetas por encima de 50,000/mm<sup>3</sup>. No obstante, deben aplazarse los procedimientos de cirugía oral, de ser posible, cuando los niveles de hemoglobina caen a 7.0g/dL o menos.

Si ninguna prueba está disponible y hay que hacer extracciones de inmediato, el dentista puede realizar una prueba sencilla de tiempo de sangrado para determinar si la función hemostática del paciente es aceptable. Un tiempo elevado de sangrado (más de 9 minutos) indica la necesidad de evaluar la función cuantitativa y cualitativa de las plaquetas.

### **Cirugía de Implantes**

Aunque ha habido relativamente poca investigación sobre los efectos de proveer implantes dentales a individuos con VIH, parece ser que puede proveerse cirugía de implantes a muchos pacientes. Hasta la fecha, ningún estudio ha demostrado diferencia alguna en el porcentaje de complicaciones postoperatorias o de integración ósea de implantes para pacientes infectados o no con VIH.

Antes de comenzar un plan de tratamiento largo e intensivo, hay que evaluar cuidadosamente los beneficios en cuanto a función y calidad de vida, al igual que la salud general del paciente.

## **Resumen de Consideraciones de Cirugía Oral**

- Se recomienda una colaboración estrecha con el médico del paciente.
- La profilaxis rutinaria de antibióticos es contraindicada.
- Se recomienda la evaluación de la función hemostática antes de una cirugía extensa para aquellos con mayores tendencias de sangrado.
- Se puede realizar con éxito la cirugía de implante en pacientes con la infección del VIH. No obstante, deben evaluarse cuidadosamente los beneficios de tal tratamiento con relación a la etapa de la enfermedad VIH.
- Deben utilizarse técnicas asépticas y no traumáticas para minimizar la introducción de patógenos y complicaciones postoperatorias.
- Deben promoverse las mejoras en la higiene oral, cuando sea necesario, junto con el destartraje (“scaling”) preoperatorio para minimizar el riesgo de complicaciones postoperatorias.
- El uso de un medicamento profiláctico intraalveolar luego de la cirugía oral puede prevenir el sanado lento en pacientes con VIH. Esta es una consideración para pacientes con un historial de sanado lento o aquellos que van a tener extracciones múltiples
- En la ausencia de enfermedad oral, la extracción de terceras molares parcialmente impactadas puede ser necesaria para reducir la posibilidad de problemas durante el curso de la enfermedad del VIH (especialmente en pacientes mas jóvenes).

## **CONSIDERACIONES ENDODÓNTICAS**

La infección VIH y el SIDA, no son contraindicaciones para el tratamiento endodóntico, incluso la pulpotomía. De hecho, como en muchos otros casos de inmunosupresión (trasplantes, diálisis, etcétera), el tratamiento endodóntico y la retención de dientes naturales ofrecen numerosas ventajas para pacientes con VIH. El tratamiento endodontal no parece estar asociado a un aumento en complicaciones postoperatorias y no justifica el uso de antibióticos rutinariamente pre o postprocedimiento.

### **Las ventajas de la terapia endodontal son:**

- Preservación de la autoestima
- Conservación de la función masticatoria y la nutrición
- Facilita la higiene oral
- Reducción de la probabilidad de bacteremia, septicemia, endocarditis y encefalitis causadas por infecciones periapicales
- Ahorra al paciente el trauma quirúrgico de una extracción

Al planificar la terapia endodóntica, se deben considerarse los siguientes factores:

- La capacidad física del paciente para terminar el tratamiento y otros factores que puedan afectar el cumplimiento con las instrucciones médicas
- Las complicaciones periodontales
- Las lesiones periodontales-endodontales o endo-periodontales
- La capacidad restaurativa del diente
- Las contraindicaciones para la extracción
- Las preocupaciones estéticas del paciente

En los casos de pulpitis aguda, el tratamiento endodotal tiene que realizarse inmediatamente para eliminar el riesgo de infección periapical y otras complicaciones. Esto es particularmente importante cuando no se puede realizar el tratamiento quirúrgico a causa de limitaciones sistémicas (por ejemplo, preocupaciones sobre la coagulación). Siempre se debe considerar la terapia endodóntica de una visita en los casos de pulpitis aguda o cuando los pacientes con limitaciones físicas son incapaces de volver para visitas múltiples. Los pacientes que requieren una premedicación con antibióticos también deben ser tratados con la terapia endodóntica de una visita. Además, se recomienda esta técnica cuando las infecciones periapicales agudas o crónicas requieren terapia con antibióticos y el paciente tiene un historial de candidiasis oral o cualquier otra infección por hongo.

## **CONSIDERACIONES ORTODÓNCICAS**

No hay estudio alguno reportado sobre tratamiento ortodóntico de pacientes con enfermedad de VIH. La salud general así como la oral influye enormemente en el éxito del tratamiento ortodóntico, pero no hay evidencia alguna de que la infección por VIH sea una contraindicación. Pacientes con la infección VIH no diagnosticada han recibido tratamiento ortodóntico exitoso, lo que sugiere que pacientes asintomáticos infectados con VIH responden a dicho tratamiento de la misma manera que los pacientes no infectados.

Los factores a considerarse al planificar el tratamiento de ortodoncia son los mismos para pacientes con la infección del VIH que para cualquier otro paciente e incluyen la salud general del paciente, la etapa de la enfermedad, la salud oral, su capacidad para cumplir con las citas y tratamientos, la presencia de lesiones orales y su po-sible efecto sobre el tratamiento.

El SIDA en su etapa avanzada, como ciertas clases de leucemia, diabetes no controlada o cualquier otra enfermedad sistémica debilitante, es una contraindicación primaria para el tratamiento de ortodoncia extenso. Para movimientos menores de dientes, debe evaluarse cuidadosamente la salud de pacientes con VIH/SIDA, ya que estos pacientes pueden tener una salud precaria, aún cuando parecen estar en buena condición física.

La decisión final para proveer un tratamiento ortodóntico extenso debe incluir una consulta con el médico a cargo del cuidado del paciente para evaluar la salud general del mismo. Debe considerarse el tiempo requerido para el tratamiento durante la evaluación inicial del paciente, con una consideración de la expectativa de vida del paciente.

Antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento de ortodoncia, debe evaluarse cuidadosamente la boca en cuanto a lo siguiente:

- Presencia o historial de enfermedad periodontal o dental
- Presencia de algunas condiciones patológicas relacionadas con VIH, tales como candidiasis, sarcoma de Kaposi, úlceras aftosas recurrentes, gingivitis necrotizante o periodontitis. Debe establecerse el control de la lesión antes de empezar el tratamiento de ortodoncia.

También debe considerarse el cumplimiento con el tratamiento de parte del paciente. Deben evaluarse cuidadosamente la condición mental del paciente y su dependencia a sustancias controladas o alcohol, antes del tratamiento.

### **Modificaciones al Tratamiento de Ortodoncia**

En algunos casos, se puede modificar el tratamiento ortodóntico para el paciente con VIH. Por ejemplo, la terapia con aparatos ortodónticos es una opción para reducir el tiempo de tratamiento y proveer resultados más rápidos. Además, pueden escogerse modalidades específicas que evitan un estrés en los dientes. Otra alternativa disponible es la combinación de tratamiento restaurativo y ortodóntico.

## **PROFILAXIS ANTIMICROBIAL Y TERAPIA**

La propagación de la infección, tanto primaria (por ejemplo, periodontitis ulcerativa necrotizante) como secundaria (por ejemplo, postextracción), es de gran preocupación para los clínicos dentales que tratan a pacientes con VIH. Desgraciadamente, el sobretratamiento con antibióticos profilácticos es común, precipitando tanto reacciones adversas como el desarrollo de resistencia bacterial. La profilaxis con antibióticos en combinación con la terapia dental de rutina no está apoyada por la literatura actual. La decisión de usar antibióticos para aumentar la terapia dental o para impedir una infección secundaria en la provisión de cuidado debe determinarse como resultado de una evaluación individual del paciente.

Esta sección traza las indicaciones para el uso antimicrobial en pacientes con la enfermedad de VIH y provee regímenes recomendados. Las recomendaciones en esta sección son para usarse como guías generales y no reemplazan las recomendaciones previas que son utilizadas comúnmente (por ejemplo, las recomendaciones para la profilaxis endocarditis bacteriana de la Asociación Americana del Corazón). Además, estas recomendaciones están diseñadas para suplementar, no reemplazar, el juicio clínico del dentista.

### **Uso Profiláctico de Antibióticos**

Los estudios publicados no han apoyado el uso rutinario de profilaxis de antibióticos durante el tratamiento dental para pacientes con VIH. Esto aplica a todo aspecto del cuidado dental, incluso la cirugía oral y los procedimientos altamente invasivos. En un estudio de pacientes masculinos a los cuales se les extrajeron dientes, los pacientes VIH positivos se sanaron tan rápidamente como los pacientes VIH negativos, lo que sugiere que los pacientes VIH positivos no tenían una necesidad de profilaxis con antibióticos mayor a la población general. Esta idea fue apoyada por otro estudio que comparó las complicaciones postextracción en pacientes VIH positivos con las de pacientes VIH negativos y concluyó que las complicaciones postextracción en pacientes VIH positivos son raras. Sin embargo, un estudio más reciente encontró que la aplicación intraalveolar profiláctica de un medicamento (clortetraciclina, aspirina, cincocaina y ametocaina) fue útil, para fomentar el sanado en pacientes con VIH, al compararse con la aplicación intraalveolar de un placebo. Este hallazgo puede que no sea exclusivo a pacientes que sean VIH positivos, ya que pacientes que son VIH negativos no se incluyeron en este estudio. Un estudio de bacteremia posterior al destartraje (“scaling”) describió la profilaxis antibiótica como no necesaria en pacientes con EGL y PUN asociadas al VIH. Un estudio más reciente sobre la terapia endodóntica en pacientes con VIH tampoco encontró ninguna evidencia para apoyar el uso rutinario de antimicrobiales.

La recomendación por consenso de los participantes en este grupo de trabajo es que la profilaxis con antibióticos generalmente es innecesaria para tratamiento dental, incluso para terapia quirúrgica invasiva, excepto para esas condiciones trazadas por la Asociación Americana del Corazón. Además, no se deben iniciar terapia de antibióticos exclusivamente en base al conteo de las células CD4 del paciente o de cualquier otro indicador de función inmune. La única excepción a esta regla general son los pacientes VIH positivos que tienen una neutropenia severa (menos de 500 cel/mm<sup>3</sup>). La neutropenia, una secuela posible de quimioterapia antiretroviral, predispone a los pacientes a las infecciones bacteriales, las úlceras orales y las enfermedades periodontales. La neutropenia es también más común en pacientes con conteos CD4+ menores de 100 cel/mm<sup>3</sup>. Si se sospecha de neutropenia, es importante obtener los conteos preoperatorios de neutrófilos.

*La neutropenia moderada (conteos absolutos entre 500 y 1000/mm<sup>3</sup>) requiere el juicio del médico. Los pacientes con la enfermedad del VIH y neutropenia moderada no requieren profilaxis de antibióticos para la mayoría de los procedimientos dentales.*

Los procedimientos invasivos, tales como alisado radicular y cirugía periodontal, pueden ser acompañados de antibióticos sistémicos, seguidos por antimicrobiales tópicos para impedir infecciones secundarias. La gingivitis ulcerativa necrotizante y la periodontitis también son indicaciones claras de la terapia antimicrobial tanto sistémica como tópica.

*La neutropenia severa (conteos absolutos de menos de 500/mm<sup>3</sup>) es una indicación clara para antimicrobiales profilácticos para todo procedimiento dental. También es un indicio para un programa de mantenimiento de salud oral que incorpore antimicrobiales tópicos, tales como clorhexidina, con citas frecuentes de seguimiento. Los antibióticos bactericidas son los medicamentos preferidos para pacientes con neutropenia, ya que los antibióticos bacteriostáticos dados a pacientes con conteos bajos de células blancas de sangre pueden resultar en una bacteremia agravada. En los casos donde existe neutropenia notable, se aconseja consultar con el médico del paciente las recomendaciones a seguir en cuanto al uso de antibióticos. Esto es especialmente importante porque muchos pacientes con enfermedad avanzada ya están tomando varios medicamentos, incluso antibióticos, que pueden ya estar protegiéndolos de la diseminación de bacterias orales.*

Actualmente, a algunos pacientes se les está tratando con medicamentos intravenosos en clínicas externas y tienen catéteres insertados para facilitar la administración de los medicamentos. La literatura no recomienda claramente profilaxis antibiótica antes de la terapia dental en pacientes con catéteres insertados (tales como los de Hickman). La mayoría de los catéteres insertados que fallan lo hacen como resultado de infecciones por bacteria asociada con la piel, no como resultado de bacteria asociada con la boca. No obstante, en todos los casos el médico del paciente debe ser consultado.

### **Uso Terapéutico de Antibióticos**

Cuando una infección oral está presente, se indica el uso de antibióticos sistémicos seguidos por antimicrobiales tópicos para los procedimientos invasivos, tales como extracción, alisado radicular y cirugía periodontal. Los antimicrobiales comúnmente usados en la odontología pueden agruparse en dos categorías: tópicos y sistémicos (Tabla 3, pag. 2.24).

Los antimicrobiales tópicos tienen un largo historial de uso en la odontología tanto para prevención de enfermedad como terapéuticos adicionales. Clorhexidina es un enjuague antimicrobial eficaz que se ha usado en Europa por más de 40 años y en los Estados Unidos desde el 1987. Tetraciclina local, usada como enjuagador bucal, ha encontrado recientemente aplicaciones renovadas para pacientes infectados con VIH. Listerine/TM, un enjuagador antimicrobial esencial a base de aceite, es el único enjuague que no necesita receta, aprobado por la Asociación Dental Americana.

Los dentistas deben escoger cuidadosamente los antimicrobiales sistémicos a ser utilizados en el paciente dental infectado con VIH. La Tabla 3 contiene regímenes para

antimicrobiales sistémicos en el orden de uso recomendado. Las infecciones de cabeza y cuello, particularmente de origen dental, son infecciones anaeróbicas mixtas. Metronidazole ha mostrado ser eficaz contra tales infecciones. Además, resistencia a este antibiótico es poco común; la bacteria es innatamente susceptible o no. Son raras las alteraciones de la flora normal con metronidazole al compararse con antibióticos de amplio espectro y, por lo tanto, es improbable el crecimiento excesivo subsiguiente de hongos oportunistas (por ejemplo, Candida). Ante la ausencia de contraindicaciones, metronidazole debe ser el medicamento antimicrobial sistémico de primera opción para uso en el paciente con VIH. Clindamicina también funciona bien en las infecciones anaeróbicas mixtas y tiene menos contraindicaciones para uso en niños. Por lo tanto, clindamicina es el antimicrobial sistémico preferido para el paciente dental pediátrico.

Cuando resulta necesario un analgésico, antibiótico, corticoesteroide o cualquier otra terapia, a causa de infecciones periapicales agudas o crónicas o reacciones adversas al tratamiento dental, es muy importante contactar al médico del paciente antes de administrar o recetar cualquier medicamento. Sin esta consulta, puede que los dentistas no estén informados sobre la posible resistencia a medicamentos, tolerancia, efectos secundarios o interacciones con otros medicamentos que el paciente ya esté tomando. Hay un riesgo de sobrepasar la capacidad umbral del paciente para metabolizar drogas múltiples o dosis grandes de un medicamento. Como resultado de esta sobrecarga, puede provocarse un fallo de riñón o hígado con un ataque tóxico fatal consecuente.

Esto también puede darse en pacientes con insuficiencia de riñón o hígado. Las dosis de medicamentos deben ajustarse las dosis de medicamentos conforme a la capacidad del paciente para metabolizarlas, de lo contrario puede ocurrir una sobredosis.

Indicaciones específicas para la terapia antimicrobial relacionada al manejo del paciente dental con VIH incluyen:

- Profilaxis para la prevención de infecciones en pacientes dentales con la enfermedad del VIH que tienen neutropenia.
- Tratamiento adicional para infecciones orales relacionadas al VIH.

### **Resumen de Consideraciones para el uso de Profilaxis Antimicrobial**

- Debe evaluarse para neutropenia al paciente con conteos de célula CD4+ por debajo de 100 cel/mm<sup>3</sup> y el paciente en terapia química quimioterapia antiretroviral por largo tiempo.
  - Pacientes con conteos neutrofilos absolutos por debajo de 500 cel/ mm<sup>3</sup> deben recibir profilaxis antibiótica antes de la terapia dental.
  - Se aconseja al dentista que consulte con el médico para pacientes con catéteres insertados y conteos de neutrofilos entre 500 y 1,000 cel/mm<sup>3</sup>.
  - Antibióticos bactericidas son los antibióticos más apropiados para el tratamiento profiláctico.

Anestésicos Locales

No hay ninguna contraindicación relacionada al uso de anestésicos locales en pacientes con la enfermedad del VIH. No obstante, en pacientes con un historial de hemostasis pobre, se aconseja evitar inyecciones de bloqueo profundo. En estos casos, la infiltración local es apropiada.

## **MANEJO DEL NIÑO INFECTADO CON VIH**

Dada la creciente frecuencia de infección de VIH pediátrico, todo proveedor de cuidado de salud dental debe familiarizarse con el diagnóstico temprano de condiciones patológicas de la boca y con las estrategias de manejo recomendadas para el tratamiento de niños con VIH. Los principios del cuidado de la buena salud oral son los mismos para niños con VIH que para todo paciente dental. No hay ninguna evidencia para apoyar alteraciones en el cuidado de salud oral únicamente en base a la condición VIH.

Al tratar a un niño con VIH, el dentista general o dentista pediátrico debe adoptar una postura activa orientada a la prevención y a tener una política de exámenes orales frecuentes y completos para que las complicaciones orales relacionadas al VIH puedan identificarse y tratarse en sus etapas más tempranas posibles. Este enfoque activo sobre el manejo del paciente puede reducir la incidencia de infecciones orales, mejorar el control de las caries y facilitar la implementación de un programa preventivo eficaz.

### **El Dentista Pediátrico Como Parte del Equipo de Cuidado Completo**

Las necesidades dentales de niños infectados con VIH se coordinan mejor dentro del marco de un equipo médico completo. Un enfoque activo sobre el manejo oral requiere que el dentista pediátrico se comunique continuamente con todos los miembros del equipo de manejo médico del niño para asegurar que el diagnóstico oral llegue a ser parte del plan de manejo de caso para cada paciente.

Situaciones específicas que pueden requerir consultas con el médico del niño:

- Cuando se requiere profilaxis con antibióticos (particularmente importante para niños con anomalías de válvula de corazón, neutropenia notable, niños ya en antibióticos u otros medicamentos).
- Cuando se planifica cirugía oral.
- Cuando se planifican otros procedimientos que puedan inducir sangrado
- Al recetar medicamentos. (Medicamentos actuales podrían interactuar con aquellos recientemente recetados.)
- Cuando la condición emocional de la familia y del niño indica que se necesita una evaluación.

### **Servicios Preventivos**

Los servicios dentales preventivos deben ser una parte importante de la salud oral

de cada niño y son claves para el tratamiento activo. La prevención es aun mas importante para niños que, a causa de la inmunosupresión o efectos secundarios del tratamiento médico, pueden estar mas susceptibles a la enfermedad oral. Aparte de la necesidad de una mayor vigilancia, los servicios preventivas no son distintos para niños con VIH que para aquellos sin complicaciones médicas.

Los servicios preventivos para niños deben incluir:

- Educación y asesoramiento dental como parte del cuidado prenatal y perinatal.
- Educación y asesoramiento dental preventivo a los adultos responsables por el cuidado de salud del niño con VIH.
- Asesoramiento dental preventivo a colegas médicos y enfermeros.
- Exámenes frecuentes de salud oral (1-3 meses).
- Uso de sellantes de fisura, de ser apropiado.
- Uso apropiado de fluoruro tópico o sistémicos.
- Uso apropiado de antimicrobiales para enfermedades asociadas a la placa dental.

La formación de placa dental puede controlarse sustancialmente por medios mecánicos y químicos. Se recomiendan enjuagues de clorhexidina cuando la destreza manual sola no es adecuada para el control de placa. Niños pequeños (menos de 6 años de edad) a menudo requieren la ayuda de un adulto al realizar los procedimientos de higiene oral.

El enfoque sobre la prevención y promoción de la salud oral debe incluir la verificación de fluoridación del agua comunitaria y la aplicación de fluoruros locales donde sean necesarios. Los suplementos de fluoruro locales o sistémicos para uso en el hogar deben distribuirse según las Guías de la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) (fuente: Academia Americana de Odontología Pediátrica, 1995), la cual recomienda enjuagues bucales de fluoruro dos veces al día por 1 minuto. Estos enjuagues bucales son eficaces para remineralizar lesiones de esmalte incipientes, lo que puede ser importante en pacientes con disfunción salivar. El uso de fluoruros, incluyendo dentífricos de fluoruro y sellantes de fisura fluoridados, han resultado ser eficaces para evitar las caries en niños inmunocomprometidos. Es imprescindible que el equipo dental pediátrico monitoree el consumo de fluoruro total para evitar fluorosis de los dientes. (Ver recomendaciones del Consejo de Terapéutica Dental de la Asociación Dental Americana [CDT].)

No hay ninguna evidencia que establezca una correlación directa entre la infección de VIH misma y los patrones de caries, aunque en niños con VIH las caries se relacionan con las prácticas alimenticias y los tratamientos con medicamentos.

Los servicios preventivos deben incluir también el asesoramiento de colegas médicos y enfermeros.

## **Recomendaciones Para Antibióticos Profilácticas En Niños**

Los niños con VIH, como todos los niños, requieren de cuidado dental general y algunos pueden requerir procedimientos quirúrgicos orales. Hasta la fecha, no hay estudios relacionados a la posible necesidad de profilaxis con antibióticos en niños ni hay estudios publicados que indiquen que los niños con VIH están en alto riesgo de complicaciones bacterianas luego de procedimientos dentales rutinarios.

Niños con hipogamaglobulinemia o conteos bajos de CD4 (CD4 menos de 100 cel/mm<sup>3</sup>) poseen una preocupación especial respecto a la profilaxis con antibióticos. En este momento, no se recomienda la profilaxis con antibióticos para estos pacientes a no ser que haya un historial de infecciones bacteriales recurrentes (Idealmente, pacientes con hipogamaglobulinemia estarán recibiendo dosis mensuales de inmunoglobulina.). Las excepciones a esta recomendación son aquellas situaciones en las cuales la profilaxis es la norma del cuidado para todo paciente. Por ejemplo, el régimen de profilaxis para endocarditis en pacientes con anomalías del corazón, sean congénitas o adquiridas, según recomendado por la Asociación Americana del Corazón.

Niños con conteos de CD4 por debajo de 100 cel/mm<sup>3</sup> y niños en una terapia antiretroviral por largo tiempo necesitan evaluarse para neutropenia. Niños con conteos neutrofilos absolutos menores de 500 cel/mm<sup>3</sup> deben tener sus procedimientos dentales pospuestos hasta que se resuelva su neutropenia. Si esto no es posible, entonces deben utilizarse las recomendaciones de profilaxis de antibióticos basadas en la indicación para el procedimiento, en los antibióticos administrados previa o concurrentemente y en la presencia o ausencia de infección oral.

## **CONCLUSIONES**

Todo dentista debe ser capaz de proveer el cuidado dental rutinario para el adulto o niño con la enfermedad del VIH. Por lo general, la mayoría de los pacientes con la enfermedad VIH son mejor atendidos al recibir tratamiento dental general cuando sea necesario. A no ser que un paciente dental sea extremadamente neutropénico, trombocitopénico o en un apuro médico, normalmente el o ella es capaz de tolerar el cuidado dental y los procedimientos rutinarios, incluyendo la cirugía oral. Como en cualquier paciente inmunocomprometido, la eliminación de infecciones dentales y orales, así como el uso de medidas profilácticas, puede ser un adición importante al mantenimiento de la salud oral. Una profilaxis periodontal planificada con regularidad para eliminar placa y cálculo es un servicio altamente beneficioso para pacientes con la enfermedad VIH. Además, el uso diario de un enjuague antimicrobial rutinariamente, tal como clorhexidina, puede ser un complemento valioso.

El alcance de los servicios restaurativos, periodontales y quirúrgicos depende de varios factores relacionados a la condición de la enfermedad del paciente. El buen juicio y la aplicación prudente de técnicas son importantes al tratar al paciente VIH positivo, así como lo son al tratar a cualquier otro paciente. No hay reglas prescritas en cuanto a cuándo tratar o no una condición oral. Hay que evaluar individualmente las necesidades de salud oral de cada paciente y el nivel apropiado de cuidado dental.

**Tabla 1**

<b>Características de Enfermedades Periodontales Asociadas al VIH</b>
(EGL) Eritema Linear Gingival <ul style="list-style-type: none"><li>· Banda linear color rojo vivo, 2mm</li><li>· Enrojecimiento en petequias o difusa</li><li>· Respuesta mínima a terapia no asociada con conteo de células CD4</li></ul>
(GUN) Gingivitis Ulcerativa Necrótica <ul style="list-style-type: none"><li>· También conocida como ANUG</li><li>· Dolor gingival</li><li>· Sangrado gingival profuso</li><li>· Fetor oris (mal olor)</li><li>· Tejido óseo no está involucrado</li><li>· Se asocia con tensión y ansiedad</li><li>· Otros co-factores: malnutrición y fumar</li></ul>
(PUN) Periodontitis Ulcerativa Necrótica <ul style="list-style-type: none"><li>· Dolor severo y profundo</li><li>· Sangrado gingival espontáneo</li><li>· Necrosis extensa en tejido blando</li><li>· Perdida severa de gingiva adherida</li><li>· Ataque y progreso rápido</li><li>· Tejidos óseos expuestos</li><li>· Asociado con conteos bajos de células T4</li></ul>

**Tabla 2**

<b>Tratamiento de GUN y PUN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>· Destartraje del área afectada irrigando con yodine-povidone</li><li>· Refuerza la higiene oral</li><li>· Recete metrodinazole, 250mg, 4 veces al día x 5 días</li><li>· Recete agentes antifungales y analgésicos si es necesario</li><li>· Recete clorhexidine 0.12% como enjuagador bucal 2 veces al día</li><li>· Cite al paciente para observación 24 horas después</li><li>· Vuelva a citarlo para alisado radicular y “scalings” por cuadrantes</li><li>· Cite al paciente cada 4 semanas hasta estabilizarlo</li></ul>

**Tabla 3**

<b>Regímenes Antimicrobiales*</b>			
<b>Antimicrobial</b>	<b>Dosis Diarias</b>	<b>Duración (Días)</b>	<b>Comentarios</b>
Tópicos o locales Clorhexidine 0.12%	20 mL BID 30s	7	Régimen puede ser individualizado de acuerdo al juicio clínico. Contiene alcohol (11%)
Tetracycline 1%	20 ml BID 30s	7	Régimen puede ser individualizado de acuerdo al juicio clínico.
Listerine	20 ml, BID 30s	7	Contiene alcohol (28%)
<b>Sistémicos</b>			
Metronidazole	250mgQID	7	Contraindicaciones: uso de alcohol, embarazo, mal funcionamiento del hígado
Augmentin	250mgTID	7	Indicado si se sospecha bacteria productora de beta lactamaza
Clidamycina	150mgTID	7	Indicada para casos pediátricos, contraindicaciones: Historial de colitis y ser >60 años.
Penicillina VK	500mgQID	7	Contraindicado en historial de uso reciente o uso múltiple
Doxycycline	200mg inicial 100mgQD 100mgQD	>7	Contraindicado si hay resistencia a aminoglicósidos o se sospecha aminoglicósidos

*\* Revisar historial médico para uso previo, alergias, interacción con medicamentos, administración de antibióticos sistemáticos deben ser coordinado con el médico de cuidado primario si así se requiere.*

## BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

American Academy of Pediatric Dentistry (special issue). Reference Manual 1994-95; 16.

Asher RS, McDowell J, Acs G, Belanger G. Pediatric infection with the human immunodeficiency virus (HIV): head, neck, and oral manifestations. *Spec Care Dent* 1993; 13:113-6.

Barr CE and Toorosaian JP. Oral manifestations in a hospitalized group of AIDS and ARC patients. *Lancet* 1985;2: 8501.

Bawden J. Changing patterns of fluoride intake: proceedings of a workshop at the University of North Carolina. *J Dent Residency* 1992;71: 1212-65.

Centers for Disease Control. Classification system for human immunodeficiency virus (HIV) infection for children under 13 years of age. *NMWR* 1087;36: 225.

Cooper H. Root canal treatment on patients with HIV infection. *Intl. Endodo J* 1993; 26: 369-71.

Dodson TB. HIV status and the risk of post-extraction complications. *J. Dent. Res.* 1997;76: 1644-52

EEC Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection and WHO Collaborating, Centre on Oral

Manifestations for the Human Immunodeficiency Virus. An update of the classification and diagnostic criteria of the oral lesions in HIV infection. *J Oral Pathol Med* 1991;20: 97-100.

EEC Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection and VHO Collaborating Centre on Oral Manifestations for the Human Immunodeficiency Virus. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. *J Oral Pathol Med* 1993;22: 289-91.

Ficarra G, Shillitoe E. HIV-related infections in the oral cavity. In: *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine*. 1992;3: 207-31.

Gemer N, Hurlen B, Dobloug J, et al. Endodontic treatment and imunopathology of periapical granuloma in AIDS patient. *Endodont and Dental Traumatol* 1988; 4: 127-31.

Glick M, Abel S, Muzyka B, Delorenzo M. Dental complications after treating patients with AIDS. *JADA* 1994;125: 296-301.

Glick M, Abel S. Dental implants and HIV disease. *Implant Dent* 1993; 2: 149-50.

Hurlen B, Gemer N. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)--complications in dental treatment. *Intl J Oral Surg* 1984; 3: 148-50.

Katz MH, Mastrucci M, Leggott P, et al. Prognostic significance of oral lesions in children with perinatally acquired HIV infection. *Am J Dis Child* 1993; 147: 45-8.

Leggott P. Oral manifestations of HIV infection in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73: 187.

Luciai-totto F, Franker C, Maza J. Postscaling bacteremia in HIV-associated gingivitis and periodontitis.  
*Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73: 550-4.

Murray PA. Management of HIV-associated diseases. *Dent Teamwork* 1989;97-9.  
Murray P. HIV disease as a risk factor for periodontal disease. *Compeiid Contin Educ Dent* 15: 8. 1994

Ramos-Gomez R, Greenspan JS, Greenspan D. Orofacial manifestations and management of HIV infected children. *Oral and Maxillofac Surg Clin North Am* 1994; 6:37-47.

Robinson P, Cooper H, Hatt J. Healing after dental extractions in men with HIV infection.  
*Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 74: 426-30.

Robinson P. Periodontal disease and HIV infection: a review of the literature. *J Clin Periodont* 1992; 19: 609-14.

Ryder MI. Periodontal considerations in the patient with HIV. *Current Opin Periodontol* 1993; 43-5 1.

Winkler JR, Murray PA. A potential intraoral expression of AIDS may be rapidly progressive periodontitis.  
*J Calif Dent Assoc* 1987; 15:20-4.

## *Capítulo 3*



### **Manifestaciones Orales de la Infección de VIH: Características clínicas, diagnóstico, y recomendaciones de tratamiento**



#### *Líder del Taller:*

Francina Lozada-Nur, D.D.S., M.S., University of California-San Francisco, San Francisco, California

#### *Participantes:*

Roman Carlos, D.D.S., University Carlos Marroquin, Guatemala City, Guatemala  
Stephen J. ChaHacombe, Ph.D., B.D.S., FRCPath, Guy's Hospital/University, London, United Kingdom  
Catalina Costa, D.D.S., Centro de Referencia e Treincemento-AIDS, Secretaria de Estado da Scede, Sao Paulo, Brasil  
Joel Epstein, D.D.S., M.S., University of British Columbia, Vancouver, Canada  
Giuseppi Ficarra, M.D., University of Florence, Florence, Italy  
Catherine M. Flaitz, D.D.S., M.S., UT-Houston, Houston, Texas  
Velia Ramirez-Amador, D.D.S., M.Sc., Ph.D., University Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México, México  
Isaac van der Waal, D.D.S., Ph.D., Free University Hospital/ACTA, Amsterdam, The Netherlands

## ***INTRODUCCIÓN***

Las manifestaciones orales pueden ser el primer indicio de la infección del VIH, por consiguiente, puede conllevar a que se examine y diagnostique la infección del VIH. Las condiciones orales pueden desarrollarse a medida que la inmunosupresión progresa, causando signos y síntomas que requieren manejo. Además, ciertas manifestaciones orales en pacientes VIH-positivos están asociadas con el riesgo de desarrollar SIDA o pueden ser de las primeras condiciones que definen el SIDA.

Las condiciones orales discutidas en esta sección no son específicas a la infección por VIH o SIDA y pueden ser encontradas en otras poblaciones de pacientes inmunocomprometidos. Sin embargo, en el contexto de la infección, las lesiones pueden comportarse diferente y pueden ser de mayor duración y gravedad. Algunas lesiones son raras en pacientes no-inmunocomprometidos, y por lo tanto, pueden ser altamente indicativa de la infección por VIH.

Esta sección describirá un enfoque para el diagnóstico y recomendaciones en cuanto a opciones de tratamiento para lesiones de la mucosa oral asociada con la enfermedad del VIH. Se enfocará en las lesiones orales comunes que los proveedores de cuidado dental primario pueden esperar ver. Puede que dichos proveedores no estén familiarizados con los medicamentos requeridos para el manejo de lesiones orales asociadas al VIH. El referido de casos a proveedores experimentados puede ser requerido para el diagnóstico y manejo apropiado.



### **Principios de Diagnóstico**

Un historial de la queja principal, un historial cuidadoso (médico y social, comportamiento de alto riesgo), un examen completo de cabeza y cuello y una evaluación intraoral son esenciales en la formulación de un diagnóstico diferencial, dirigido al desarrollo de un diagnóstico provisional y, eventualmente, a un diagnóstico definitivo. En base a un diagnóstico provisional, se decidirá si se comienza el tratamiento o si es necesario referidos o exámenes adicionales. La disponibilidad de los servicios de apoyo de cada región afectará las técnicas diagnósticas escogidas.

### **Principios de la Terapia**

El proveedor debe estar adiestrado o tener experiencia en el uso de cualquier medicamento prescrito, inclusive sus efectos secundarios potenciales e interacciones con otras drogas. Los medicamentos deben ser recetados sólo después del desarrollo de un diagnóstico provisional. La dosis, frecuencia, y la duración de las terapias escogidas deben estar basadas en guías establecidas y farmacología del medicamento. La prescripción de un medicamento puede ser modificada de acuerdo a la severidad de la condición clínica, el estado médico, la respuesta a terapia, y el desarrollo de efectos adversos. Los factores a considerarse cuándo el tratamiento no es efectivo incluyen: el diagnóstico puede estar incorrecto, el medicamento sea ineficaz o la dosis inadecuada, que la condición o el agente infeccioso puede ser resistente a la terapia, las medicinas pueden estar interactuando, o el paciente no ha cumplido con la terapia. Las lesiones orales persistentes requieren una reevaluación del diagnóstico y/o terapia y la posibilidad de un referido. A los pacientes se les debe dar instrucciones cuidadosas con respecto al uso apropiado de los medicamentos, inclusive instrucciones escritas, de ser necesario. Además, el costo de la terapia debe ser considerado también cuando se receta un medicamento.

## Clasificación de Lesiones Orales relacionadas al VIH

Basado en la etiología, las lesiones orales relacionadas al VIH son agrupadas en cuatro categorías:

**Infecciosas:** virales, micóticas, y bacterianas.

**Inflamatorias:** estomatitis aftosa recurrente (EAR), reacción liquenoide o a medicamentos.

**Neoplásticas:** sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin, carcinoma celular escamoso.

**Misceláneas:** Enfermedades de las glándulas salivares (Xerostomía e hipertrofia de las glándulas salivares), úlceras orales no específicas.



## DIAGNÓSTICO

Establecer un diagnóstico definitivo de lesiones orales relacionadas al VIH puede ser desafiante, aún para el clínico experimentado. El paso más importante en un diagnóstico diferencial es el obtener información completa del paciente con respecto al historial previo de lesiones semejantes, incluyendo su ubicación, duración, las condiciones que pudieron provocar las lesiones, y cualquier historial de terapias actuales o pasadas.

Debido a que algunas lesiones (especialmente las úlceras) pueden tener una apariencia clínica semejante, la ubicación, duración, el tamaño, y la profundidad de la lesión puede sugerir a veces el diagnóstico. Por último, un cultivo, examen histológico, y/o biopsia pueden ser requeridos para establecer un diagnóstico definitivo. En el caso de que una biopsia no pueda ser realizada, puede ser apropiado iniciar la terapia empírica y evaluar su respuesta. Sin embargo, la terapia no debe ser iniciada sin un diagnóstico diferencial bien documentado.

Las lesiones orales en pacientes VIH-positivos a menudo pueden ser el resultado de úlceras de origen conocido; con infección secundaria, por lo tanto, la estabilización de la cavidad oral a veces es suficiente para que el proceso curativo ocurra. Por ejemplo, boca seca y la infección oral de candidiasis pueden estar contribuyendo a los factores que demorarían el sanado de úlceras aftosas recurrentes, de lesiones herpéticas, o úlceras traumáticas. Si una úlcera persiste después de dos semanas de tratamiento, una biopsia es recomendada.

Para facilitar el diagnóstico de lesiones orales asociadas con la enfermedad del VIH, las condiciones están enumeradas basadas en etiología en la Tabla 1 y en la siguiente discusión.



## LESIONES INFECCIOSAS

### Virales

Las lesiones orales virales en pacientes VIH-positivos y VIH-negativos son mayormente debidas a virus es en la familia del herpes, principalmente el virus herpes simplex (VHS) Tipo 1, virus de Epstein-Barr (VEB), y menos frecuente, citomegalovirus (CMV), y el virus de varicella-zoster (VZV). Verrugas orales, debidas al virus del papiloma humano (VPH) son también comunes. Clínicamente, estas lesiones no son diferentes de las descritas en otras poblaciones de pacientes médicamente comprometidos. La respuesta al tratamiento y la recurrencias son diferente en el paciente de VIH/SIDA dependiendo de la severidad de inmunosupresión.

#### **Infección del Virus Herpes Simplex (VHS)**

**La infección primaria de VHS (gingivoestomatitis herpética primaria)** es rara en el paciente VIH-positivo, y cuando se observa, la condición no parece diferente a la del paciente que no es VIH positivo. Hinchazón difusa, dolor, vesículas transitorias, eritema y ulceraciones son muy evidentes en la encía adherida y mucosa palatal. Sin embargo, las lesiones a menudo están esparcidas involucrando las áreas periorales y orofaríngeas. Los indicios y síntomas asociados incluyen fiebre, malestar, linfadenopatía cervical, sialorrea, halitosis, y disfagia.

**La infección recurrente por VHS:** La presentación clínica incluye múltiples vesículas pequeñas (2-3 mm) que se ulceran y coalescen para formar úlceras más grandes en la mucosa oral (vermillón, encía, dorso de la lengua, paladar duro) y la región perioral. La persistencia de una lesión herpética por mas de un mes debe poner sobre aviso al clínico de la posibilidad de una deficiencia en el sistema inmune.

**Faringitis de herpes primaria:** Clínicamente caracterizado por eritema difuso y ulceraciones en el paladar blando, en la región de las amígdalas, y en la faringe posterior. El dolor y disfagia son más severos que en VHS primario.

#### **Virus de Epstein-Barr (VEB)**

Leucoplasia pilosa se asocia con el VIH y puede ser también un marcador de inmunosupresión en pacientes VIH-negativos médicamente comprometidos así como también en pacientes VIH seropositivos. La lesión esta a menudo infectada con Candida. Clínicamente, la leucoplaquia pilosa se presenta como una placa adhesiva, blanca, o corrugada ondulada, que se encuentra generalmente bilateral en los bordes de la lengua. La leucoplaquia pilosa es asintomática, pero puede presentar una preocupación cosmética. Raramente, leucoplaquia pilosa también se ha reportado en pacientes VIH-negativos inmunocompetentes.

### **Citomegalovirus (CMV)**

Se puede observar CMV oral en pacientes de SIDA con la enfermedad avanzada y puede ser un indicio de una infección sistémica de CMV (gastrointestinal o retinal). El CMV, como otros virus de herpes, es expedito rutinariamente en la saliva (aproximadamente 60% a 90% de la población). El CMV puede involucrar cualquier área en la cavidad oral y se caracteriza por úlceras persistentes y dolorosas, superficiales, crateriformes con márgenes irregulares y protuberantes, cubiertos por una pseudomembrana.

### **El Virus de Varicella-Zoster (VVZ)**

Esta infección oportunista es un marcador de la progresión del VIH. Cuando la piel esta involucrada, el paciente experimenta prurito, eritema y el desarrollo eventual de costras de úlceras con hiperpigmentación. Las lesiones poseen una distribución unilateral evidente. Las complicaciones incluyen neuralgia post-herpética y diseminación sistémica viral. Los síntomas prodormales incluyen cosquilleo, quemazón y sensibilidad. Cuando el nervio trigémino esta involucrado, puede presentarse como dolor dental, dolor de cabeza, o dolor de oídos irradiante. Las lesiones típicamente se detienen en la línea media corporal.

#### ***Diagnóstico Provisional:***

Un diagnóstico provisional de VHS, VVZ, CMV y VEB se puede basar en los signos y síntomas clínicos como los ya descritos.

#### ***Diagnóstico Definitivo:***

1. La Citología Exfoliativa para VHS y VEB.
2. El aislamiento del virus de la vesícula y/o úlcera para VHS y CMV.
3. Biopsia para inmunocitoquímica, hibridación in situ del ADN, la microscopía de electrones, PCR para VHS, CMV, VEB.
4. Serología con, y los especímenes de la fase convaleciente para VHSV, VVZ

Nota: El diagnóstico oral de CMV requiere que la biopsia se extienda bien hasta el tejido de granulación. La serología que demuestra una alza en IgM puede sostener el diagnóstico y ser útil en monitorear la respuesta a la terapia.

### **Verrugas Orales (VPH)**

La infección de VPH causa verrugas, ocasionalmente solitarias pero generalmente múltiples, finamente punteadas a nódulos papilares con superficies ásperas (blanquecinas) y pálidas. Las lesiones orales son asintomáticas a menos que haya habido trauma. El paciente puede que tenga o no involucrada la piel (mano) y/o área anogenital. Las lesiones pueden estar ocasionadas debido a una gran variedad de tipos virales VPH. Las lesiones VPH pueden presentar una preocupación cosmética al paciente y estar susceptibles a trauma.

Clínicamente, las verrugas orales son muy distintivas. Son generalmente asintomáticas, nodulares o planas con una apariencia de coliflor, múltiples o individuales, y envuelven frecuentemente la mucosa no-queratinizada. El Condiloma Acuminado es generalmente individual y más nodular en apariencia, visto en la base de la boca, mucosa labial y encía. La Hiperplasia Epitelial focal se presenta clínicamente como nódulos múltiples rosáceos. Microscópicamente se puede observar atipia

***Diagnóstico Provisional:***

Un diagnóstico Provisional de VHS, VVZ, CMV y VEB es por presentación clínica.

***Diagnóstico Definitivo***

Se determina vía una biopsia excisional de una lesión representativa.

## **MICÓTICOS**

### **CANDIDIASIS ORAL**

La infección superficial por hongos más comúnmente vista en la población VIH-positivo es candidiasis oral. La Candidiasis oral es causada principalmente por *Candida albicans*, y menos frecuentemente por *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*. Candidiasis oral es a menudo la primera manifestación de la infección del VIH. Sin embargo, puede ser también una manifestación de condiciones orales locales tales como xerostomía y otras condiciones sistémicas no relacionadas al VIH, tales como la leucemia, la diabetes, y la terapia de antibióticos. Un historial médico completo es importante cuando se establece un diagnóstico y se decide si se sospecha infección por VIH. La reaparición es más frecuente según la función inmune empeora.

La Candidiasis oral puede tener varias presentaciones clínicas, pero el significado de las diferencias es desconocido. Estas formas son pseudomembranosas, hiperplásicas, eritematosa (atrófica) y queilitis angular.

**Pseudomembranosa:** Lesiones levemente elevadas, con material blanco o amarillento espeso que puede ser raspado fácilmente con un instrumento o isopo de algodón. El paciente puede quejarse de sabor alterado o hinchazón o puede estar asintomático. La infección puede aparecer en la cavidad oral entera o en áreas pequeñas. Puede interferir con el sanado de cualquier úlcera oral existente.

**Hiperplásica:** Lesiones firmes, blancas, adherentes y homogéneas, que se encuentran a menudo bilateralmente en la lengua. La lesión es generalmente asintomática. La candidiasis hiperplásica es a menudo diagnosticada erróneamente porque se parece a otra lesión blanca como lo es la leucoplaquia pilosa, queratosis por fricción y liquen plano. La candidiasis hiperplásica puede ser más resistente a la terapia que a otras formas clínicas de candidiasis.

**Eritematosa:** Muchas placas rojas planas o eritematosas en cualquier área de la mucosa oral pero predominantemente en el paladar duro, en la gíngiva adherida, en la mucosa bucal, y en el dorso de la lengua (atrofia). El paciente puede quejarse de quemazón y de sabor alterado.

**Queilitis Angular:** Áreas eritematosas, con o sin erosión superficial y costras o ulceración en las comisuras de la boca. La colonización intraoral por *Candida* es común en pacientes con queilitis angular. Por lo tanto, el tratamiento intraoral también debe ser considerado.

**Diagnóstico Provisional:** Se puede iniciar el tratamiento siguiendo un diagnóstico provisional, el cual es basado en signos y síntomas clínicos. Los procedimientos diagnósticos adicionales se deben efectuar cuando no se tiene una respuesta a los antimicóticos.

***Diagnóstico Definitivo:***

1. Respuesta a terapia.
2. Citología exfoliativa (para el tinte de ácido-SCAF [PAS])
3. Cultivo de saliva o raspado.
4. Biopsia para la candidiasis hiperplásica si el paciente no responde a la terapia antimicótica.

**INFECCIONES FUNGALES PROFUNDAS (MICOSIS PROFUNDA)**

**Histoplasmosis (*Histoplasma capsulatum*):** Aproximadamente de 30-50% de pacientes con histoplasmosis diseminada pueden presentar lesiones orales. Cuando una lesión oral es diagnosticada, el paciente debe ser referido para evaluación de la enfermedad sistémica, particularmente a pruebas de función hepática, radiografías de pecho, y cultivos de esputo, a causa de la preferencia del hongo por estos órganos.

Cualquier área de la mucosa oral puede ser afectada. Sin embargo, la encía es el sitio más común, seguido por la lengua, mucosa bucal, y el paladar. La lesión aparece generalmente como una úlcera con márgenes pobremente definidos y una superficie de apariencia granulomatosa. Los pacientes a menudo tienen linfadenopatía cervical y submandibular. Cuando se afecta la encía, la histoplasmosis puede imitar la enfermedad periodontal severa.

**Criptococosis (*Cryptococcus neoformans*):** Aproximadamente del 10% a 20% de pacientes con criptococosis desarrollan lesiones cutáneas, más comúnmente en el área de la cabeza y el cuello. La lesión oral puede aparecer como una úlcera. Cuando una lesión oral es diagnosticada, el paciente debe ser evaluado para la enfermedad sistémica. Las lesiones Cutáneas se parecen a moluscum contagiosum, sarcoma de Kaposi o herpes simplex. La sobrevivencia de pacientes con SIDA y criptococosis ha sido 5 meses.

***Diagnóstico Provisional:***

Las infecciones fúngicas profundas (micosis profunda) son difíciles de diagnosticar basadas exclusivamente en la presentación clínica.

***Diagnóstico Definitivo:***

1.La biopsia debe incluir la base ulcerada y el margen de la lesión, con una cuña profunda del tejido. El diagnóstico definitivo es hecho en cultivos de tejido. Una biopsia por aspiración con aguja fina (FNA) es indicada si el paciente presenta linfadenopatía cervical (histoplasmosis).

2.La prueba de piel histoplasmina: Positivo para infección pasada pero no es útil al establecer el diagnóstico.

3.Se deben hacer cultivos de muestras de esputo, orina, sangre y fluido cerebro espinal (CSF) (criptococcosis).

4.Inmunodifusión o la prueba serológica de fijación de complemento: 95% positiva para la enfermedad pulmonar y 70% positivo para la enfermedad difundida en pacientes inmunocomprometidos.

**BACTERIALES**

**Tuberculosis (TB)**

La tuberculosis raramente se ve en la cavidad oral. Cuando esto ocurre, puede presentarse como una úlcera persistente, tumor firme, o un caso recalcitrante de la enfermedad periodontal. Se han reportado casos raros de tuberculosis asociados con osteomielitis. Si se sospecha tuberculosis, una evaluación médica es indicada.

**Sífilis**

La prevalencia de úlceras sífilíticas orales en el paciente VIH-positivo no es conocida. Clínicamente, estas úlceras pueden imitar la estomatitis aftosa, sin embargo, no hay historial previo de úlceras recurrentes. La evaluación médica es indicada si se sospecha sífilis.

***Diagnóstico Provisional:***

Puede ser establecido por la presentación clínica y el historial social del paciente tales como enfermedades de transmisión sexual (ETS) reciente o un historial de tuberculosis previo.

***Diagnóstico Definitivo:***

2. Cultivo de tejido o esputo.
3. Biopsia con tinción especial.
4. Serología para STD.
5. Prueba de tuberculina (no siempre diagnóstico).
6. Radiografía de pecho para tuberculosis.

## **INFLAMATORIAS**

### **Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR)**

La estomatitis aftosa recurrente se ve generalmente en pacientes con un historial previo de EAR que reportan un aumento en la frecuencia y la severidad de ataques. La respuesta al tratamiento es semejante al que se ve en pacientes no-infectados con VIH. Estomatitis aftosa recurrente es una úlcera oral comúnmente vista en el paciente VIH-positivo.

Las presentaciones clínicas de EAR son las mismas que en un paciente no-positivo para VIH: menor (<5 mm), mayor (>5 mm), y herpetiforme (> 10 úlceras).

#### ***Diagnóstico Provisional:***

Este se puede basar en la presentación clínica e historial previo de úlceras orales recurrentes en la mucosa no queratinizada. La respuesta a tratamiento corto de esteroides tópicos o sistémicos puede ayudar a establecer el diagnóstico.

#### ***Diagnóstico Definitivo:***

La biopsia es esencial para úlceras persistentes que no responden al tratamiento. Además, puede ayudar en excluir la infección viral o malignidades. La base de la úlcera debe ser incluida en la muestra.

### **La reacción liquenoide/úlceras inducidas por drogas**

Las lesiones orales clínicamente que se parecen a liquen planos han sido descritas en individuos infectados por VIH. Los agentes anti cáncer, ddC, y antibióticos pueden causar ulceraciones orales.

#### ***Diagnóstico Provisional:***

Este puede ser indicado si el paciente tiene un historial de comienzo repentino que surge luego de la institución de una nueva medicina o un aumento en la dosis.

#### ***Diagnóstico Definitivo:***

Se puede obtener mediante una biopsia que excluya otras enfermedades y si la lesiones orales recurren al exponer nuevamente al paciente al medicamento sospechado.

### **Eritema Multiforme**

El eritema multiforme en el paciente VIH-positivo tiene la misma presentación clínica y el mismo curso que en el paciente no-positivo para VIH. Es importante excluir cualquier infección sistémica enmascarada que pueda estar provocando la enfermedad; por ejemplo, candidiasis oral sistémica, VHS, MHC, MAC, o toxoplasmosis.

Clínicamente, hay un componente eritematoso muy intenso e hinchazón de la mucosa oral con úlceras superficiales grandes, cubierto por una pseudomembrana. Algunos pacientes pueden desarrollar lesiones de piel que están distribuidas simétricamente en las extremidades.

***Diagnóstico Provisional:***

Este puede estar basado en la presentación clínica.

***Diagnóstico Definitivo:***

Este puede ser determinado al efectuar una biopsia. El tejido para la biopsia se debe tomar de un área sin úlceras.

## **NEOPLÁSTICAS**

### **Sarcoma Oral de Kaposi**

El sarcoma de Kaposi oral puede presentarse como el primer indicio de SIDA o puede desarrollarse durante el curso de la enfermedad. Se encuentra también en hombres homosexuales VIH-negativos. Es la malignidad oral más común en pacientes VIH-positivos aunque su prevalencia aparenta estar disminuyendo. El sarcoma de Kaposi se asocia con un virus sexualmente transmitido (HHV 8 o KSHV). Los factores asociados con una probabilidad alta de sarcoma de Kaposi incluyen conteos bajos de CD4, la homosexualidad y la enfermedad CMV. La boca es el primer sitio involucrado en 20% a 70% de todos los casos. La cavidad oral puede permanecer el único sitio o puede ser uno de múltiples lugares involucrados. EL sarcoma de Kaposi en una persona VIH positiva constituye un diagnóstico de SIDA.

Clínicamente, sarcoma de Kaposi oral se presenta como una masa plana, nodular, o ulcerada, dependiendo de la etapa del desarrollo del tumor. El sarcoma de Kaposi oral muy a menudo envuelve el paladar, seguido por la encía y el dorso de la lengua. En su etapa temprana, el sarcoma de Kaposi oral es plano, asintomático, y casi siempre de color rojo o púrpura. En una etapa más avanzada llega a ser nodular, pueda que sea o no sintomático. En su etapa más avanzada, sarcoma de Kaposi oral llega a ser bastante exofítico, ulcerado, y doloroso, interfiriendo con la vida diaria del paciente. Eventualmente, sarcoma de Kaposi oral progresa y destruye el hueso.

***Diagnóstico Provisional:***

Este se puede basar en la presentación clínica ya descrita.

***Diagnóstico Definitivo:***

Este puede ser diagnosticado basado en la biopsia.

## **Linfoma no Hodgkin**

El linfoma no-Hodgkin en una persona VIH-positivo constituye un diagnóstico de SIDA. En el 4.4% de casos de linfoma no-Hodgkin asociados a VIH, la lesión se presenta primeramente en la boca. El linfoma de no-Hodgkin se reporta igualmente entre usuarios de droga IV y hombres homosexuales y es más común en el género masculino que en pacientes femeninos. El pronóstico es pobre, y la mayoría de los pacientes mueren dentro del primer año después del diagnóstico (sobrevivencia promedio actual 8 meses). La terapia depende de la etapa en que se encuentra la enfermedad e incluye la terapia de radiación regional para casos de enfermedad o quimioterapia sistémica para la enfermedad extranodal. La labor a ser provista por el profesional dental conlleva el reconocer la lesión en la boca, establecer el diagnóstico, y referir a tratamiento.

El linfoma No-Hodgkin en la cavidad oral se presenta como una masa extremadamente grande, dolorosa, en forma de hongo y ulcerada. Los sitios más comunes son el paladar y la encía. En la etapa avanzada puede haber una invasión del seno maxilar con morbilidad y/o el desplazamiento de dientes adyacentes al tumor.

### ***Diagnóstico Provisional:***

Este se puede sospechar de la presentación clínica.

### ***Diagnóstico Definitivo:***

Se debe realizar una biopsia para establecer el diagnóstico. EL linfoma no-Hodgkin se puede parecer al Sarcoma oral de Kaposi u otras úlceras persistentes. La biopsia debe ser profunda y tomada del centro de la lesión.

## **CONDICIONES ORALES MISCELÁNEAS**

### **Agrandamiento de Glándulas Salivares Asociado al VIH**

El crecimiento de la glándula parótida se ha reportado ser más común que el agrandamiento de la glándula submandibular. El agrandamiento de las glándulas salivares es generalmente más común en niños (por lo menos diez veces mayor). Su etiología y patogénesis no son entendidas claramente y la incidencia es desconocida. La linfocitosis infiltrativa difusa de CD8+ (DILS, por sus siglas en inglés) o hiperplasia linfoide quística es una condición reportada entre pacientes VIH-positivos. Se parece al síndrome Sjogren's y es caracterizado por linfocitosis CD8-positivo con una infiltración linfocítica difusa de las glándulas salivares y lacrimales, tracto gastrointestinal, los pulmones y múltiples quistes intraparotidos linfoepiteliales. La hinchazón es bilateral y puede ser blanda o firme.

### ***El Diagnóstico Provisional:***

Este se puede basar en la presentación clínica descrita anteriormente.

***El Diagnóstico Definitivo:***

1. Para el agrandamiento sintomático, excluya una infección. Comience al paciente en antibióticos tales como penicilina o tetraciclina por una semana.
2. Biopsia de aspiración de aguja fina puede descartar entre linfoma, sarcoma de Kaposi, sarcoide, o linfadenitis.
3. Imagen (sonograma o MRI) puede ser útil para excluir lesiones de quistes múltiples o un tumor sólido.

**Xerostomía**

Este síntoma se refiere a la sensación de resequead en la boca experimentado por el paciente. Es un síntoma subjetivo, mientras que el término hiposalivación se refiere a la hipofunción medible (objetivo) de las glándulas salivales. Para diagnosticar hiposalivación, la cantidad de saliva entera estimulada o no estimulada debe ser medida. La hiposalivación ha sido definida como menos de 0.2 ml por minuto de saliva en descanso y menos de 0.5 a 0.7 ml por minuto de saliva entera estimulada.

La Xerostomía ha sido ocasionalmente identificada como una queja de pacientes con VIH y SIDA. La causa es a menudo desconocida. Xerostomía inducida por medicamentos es la causa más común de xerostomía en pacientes VIH y SIDA. Puede ser también debida a un efecto directo de VIH, VEB o CMV en el tejido de glándulas salivares.

En la palpación, el espejo dental o el guante se adhieren a la mucosa. La mucosa puede tener una apariencia pálida y atrófica. La superficie dorsal de la lengua puede mostrar depapilación y lobulación. Puede haber una involucración secundaria de Candida. Los pacientes pueden quejarse de resequead, de saliva gruesa, y de dificultad al comer y tragar alimento seco. Los pacientes pueden quejarse también de mucosa gruesa en la región orofaríngeal. En pacientes con dientes y xerostomía, el riesgo de caries debe ser evaluado y manejado.

Antimicóticos tópicos edulcorados con sucrosa (Clotrimazole, jarabe de Nystatin) utilizado en forma continua pueden aumentar el riesgo de caries. En pacientes xerostómicos, se debe considerar también el manejo de la resequead en la boca.

***Diagnóstico Provisional:***

Por presentación clínica como descrito arriba.

***Diagnóstico Definitivo:***

La colección entera de saliva (en descanso y/o estimulada). La saliva total en descanso se puede obtener solicitándole al paciente que escupa en un tubo calibrado de cristal por 5 minutos; entonces la cantidad total es calculada en mililitros por minuto. Una muestra entera de saliva estimulada puede ser reunida poniendo al paciente a mascar un pedazo de goma dental de cera o sin azúcar por 5 minutos reuniendo la secreción en un

tubo de cristal. En pacientes con xerostomía inducida por medicamento, la proporción del flujo en descanso será bajo mientras que la proporción del flujo estimulado puede ser normal. En pacientes con xerostomía debida a la enfermedad de las glándulas salivares, las proporciones de flujo en descanso o estimuladas serán semejantes. Esto puede proporcionar información valiosa al clínico con respecto al tipo de terapia a ser provista.

### **DOLOR:**

La mayoría de los pacientes infectados con VIH experimentan algún tipo de dolor oral durante el curso de su enfermedad. En muchos casos el dolor puede ser asociado con un problema oral, más comúnmente debido a un proceso inflamatorio (úlceras aftosas, úlceras relacionadas a medicamento), o debido a úlceras crónicas (no-específicas, virales, fungales o micóticas profundas).

El papel del dentista general es primeramente identificar la fuente del dolor y tratarlo. Si ningún problema oral o dental es identificado, el paciente debe ser referido a un clínica de dolor, un especialista o a un neurólogo para evaluación adicional. Una vez que la fuente del dolor ha sido identificada como dental, el paciente puede recibir el tratamiento para el dolor.

Muchos pacientes infectados con VIH son o han estado en programas por abuso de drogas, se deben tomar precauciones para asegurar que cualquier medicamento escogido no interfiera con su rehabilitación o la prueba de dopaje. El clínico dental debe notificar al médico de cuidado primario si va a recetar analgésicos.

# TERAPIA PARA LESIONES ORALES ASOCIADAS AL HIV

## Lesiones Contagiosas

Tabla 1

### INFECCIONES VIRALES

Herpes simplex	Acyclovir, 200-400 mg 5 veces al día por 7-10 días; Si no se disipa en 2 semanas consulte con un médico  Valaciclovir 500 mg P.O. 2 veces al día (contraindicada en pacientes severamente inmunocomprometidos)  Foscarente, 40 mg/kg IV cada 4 horas, hasta 21 días (para casos resistentes al acyclovir)
Citomegalovirus	Manejo de síntomas** Referir para tratamiento antiviral: IV Ganciclovir, Foscarnet, Cidofovir
Varicela-Zoster	Referir para manejo Acyclovir, 800mg 5 veces al día por 7-10 días (zoster dermatomal) Foscarnet IV para casos refractorios Manejo de síntomas Prednisone (puede prevenir Neuralgia postherpética)
Epstein-Barr	Podophyllin resin 25%, aplicar a la lesión una vez a la semana
Leukoplaquia pilosa	Acyclovir 4 mg P.O. diariamente de ser sintomático
Human Papillomavirus	Remoción de lesión por excisión quirúrgica, electrocauterio o criocirugía Alpha-Interferon (intralesional y subcutáneo)

\*\* Manejo sintomático: analgésicos, anestésicos tópicos (por ejemplo. xylocaine, lidocaine), agentes para cubrir la mucosa (por ejemplo leche de magnesia, kaolin-pectin)

**Tabla 2**

**INFECCIONES MICÓTICAS**

<b>Candidiasis Oral</b>	
<b>Terapia tópica para condiciones leves limitadas a la boca</b>	
<p>Nystatin tabletas vaginales, 100,000 unidades. Disolver en boca 4 veces al día de 7-14 días, luego de las comidas, o 1 o 2 tabletas diarias para prevención</p> <p>Amphotericin sol 1mg/ 1mL (fungizone oral susp)          Clotrimazole 10 mg 5 veces al día por 7-10 días          Clotrimazole 100mg tabletas vaginales disolver en boca 1 diaria o media tableta          Ketoconazole en crema, 2 % 2 veces al día</p>	
<b>Para terapia sistémica de candidiasis oral severa y para candidiasis orofaríngeal</b>	
<p>Ketoconazole 200mg, una tableta diaria por 7-14 días, o para mantenimiento 1 tableta 3 veces por semana          Fluconazole 100-200 mg tabletas. (200 mg por el primer día, seguida por 100 mg por 3-14 días, o 100 mg.          El primer día, seguido por 50mg diario por 7-14 días. Para mantenimiento 1 tableta (100--200 mg) 3 veces por semana.)</p>	
<b>Para candidiasis oral resistente: considere resistencia relacionada a la dosis</b>	
<p>Intraconazole 100 mg tableta; 200 mg P.O. 1 vez al día hasta por 14 días          Itraconazole solución oral</p>	
<b>Especie No-<i>C. albicans</i> sp</b>	<b>Considere Itraconazol</b>
<b>Histoplasmosis</b>	<p>Referir pacientes para terapia</p> <p>Ketoconazol: 200-800 mg P.O. diario en una o dos dosis divididas*          Fluconazol: 00-400 mg una sola dosis diaria IV o P.O. 200-400 mg P.O. diarios          Intraconazol: 400 mg diarios          200-400 P.O. bid***1          Amphotericin B: 0.5-0.6 mg/kg/día IV***          0.3-0.6 mg/kg/día IV***</p>
<b>Infecciones Fungales Profunda</b>	Referir pacientes para tratamiento. Instruir al paciente en el cuidado regular para optimizar higiene oral según ordene su médico.

\*Hitoplasmosis nomeningeal , Candida de mucosa, (\*\*) histoplasmosis, aspergillosis, (\*\*\*) cryptococcosis.

**Tabla 3**

**INFECCIONES BACTERIALES**

<b>Tuberculosis</b>	Referir pacientes para tratamiento
<b>Sífilis</b>	Referir pacientes para tratamiento

**Tabla 4**

## **LESIONES INFLAMATORIAS**

Estomatitis Aftosa Recurrente	Mejorar higiene oral Aphthasol (amlexanox 5%) Block Drug. NSAID debe ser añadido
Esteroides Tópicos	Fluocinonide gel 0.05%, fluocinonide unguento 0.05% en Orabase (1:1) Clobetasol unguento 0.05% en Orabase (1:1) Dexamethasone enjuague oral (0.5 mg/5 ml). Mantener en boca por 3 minutos / Escupa, repita de 3 a 4 veces diarias. Esteroides Intralesional (triamcinolone, betamethasone) para lesiones aftosas, aisladas persistentes y úlceras orales no específicas.
Esteroides sistemáticos	Prednisona 10 mg tabletas, 40-60 mg oral, una sola dosis hasta por 14 días. *
Thalidomide	100 a 200 mg una vez al día * (disponible a través de uso compasivo de los suplidores farmacéuticos vía autorización del FDA: Teléfono: 301-827-2335)
Úlceras orales	Raramente amerita discontinuar la medicina causante de la reacción inducidas por drogas Esteroides tópicos por poco tiempo pueden ser de ayuda con el médico de cabecera referido a Reacción liquenoide.
Eritema Multiforme	Identifique cualquier agente causante o refiera para tratamiento de condición subyacente (por ejemplo, TB, toxoplasmosis, candidiasis) Si la presentación es severa y no se identifica causa, comenzar al paciente en Esteroides tópicos o sistémicos. Si lesiones son localizadas y de presentación leve, esteroides tópicos deben ser usados como para estomatitis aftosa recurrente.

\*Esta forma de tratamiento debe ser consultada con el médico primario.

**Tabla 5**

**LESIONES NEOPLÁSICAS**

Sarcoma de Kaposis	
Intralesional Paliativo:	<p>Vinblastina Intralesional. 1 mg/ml (una inyección o múltiples inyecciones: dosis no debe exceder .3mg/cm de lesión</p> <p>Sodium tetradecyl sulfato (Sotradecol) 0.3 ml/cm. (Efectos secundarios menores pueden ocurrir con la terapia intra lesional e incluye autoresolución de la úlcera de la mucosa, malestar o dolor, y parestesia temporera</p> <p>Esteroides Intralesionales (triamcinolone, betamethasone) Para lesiones aftosas aisladas y úlceras orales no especificas</p>
Cercano a la gingiva:	Citarlo pare higiene oral: destartraje y alisado radicular. Monitoreo para cuidado de higiene oral y cuidado en el hogar.
Linfoma oral non-Hodgkin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estabilizar cavidad oral.</li> <li>2. Evalúe el estado dental.</li> <li>3. Programa oral preventivo y evaluación radrográfica antes de iniciar la quimioterapia. Examine para infección secundaria (bacteria, hongos, virus).</li> </ol>

**Tabla 6**

## **LESIONES VARIABLES**

Agrandamiento de Glándula Salivar	Establezca diagnóstico y elimine otras causas para el agrandamiento de la parótida.
Xerostomía Terapias Locales o Tópicas	Dulces sin azúcar (con sabor cítrico) y/o gomas de mascar sin azúcar Agentes lubricantes y humectantes o sustitutos de saliva (con base de methycellulose o de, musina) Tomar sorbos pequeños de agua durante el día Fluoruro tópico después de las comidas y al acostarse
Terapia Sistémica (Sialogogues)	Salagen (pilocarpine) 5 mg Dosis total diaria no debe exceder 30mg tomando una tableta cuatro veces al día; una hora antes de las comidas Pilocarpine Hcl 1mg/ml. recetar 1 a 1/2 cucharada cuatro veces al día, dosis total que no exceda 30mg o 1 tableta, comidas al acostarse Bethanechol, 25mg tid-qid. Contraindicado para hipertiroidismo, úlceras pépticas, asma bronquial, hipertensión, epilepsia, o mal de Parkinson y en pacientes utilizando agentes que bloquean ganglios o con enfermedades coronarias.

\* Pacientes con la infección del VIH, frecuentemente tienen síntomas GI, uso de sicólogos deben iniciarse en dosis bajas y en incrementos graduales dependiendo del efecto o efecto secundario adverso.

**Tabla 7**

## **MANEJO DEL DOLOR**

Leve a Moderado	Analgésicos no opiodes, antiinflamatorios no esteroideos (NSAID) y drogas opioideas. Programar regularmente, con dosis adicionales según sea necesario. (Toxicidad a la mucosa GI es común. Efectos potenciales de NSAID: disfunción renal, retención de sal y agua, antagonismo con diuréticos, daño al hígado, granulocitopenia e hipersensitividad.
Severo	Codeina 30-60 mg dosis oral en combinación con acetaminophen Hydrocodona (Vicodin) 5/500 o Vicodin 5mg dosis oral Oxycodona (Percodan) 4.5mg dosis oral
Enfermedades terminales	Morfina, hydromorphone (Dialaudid) Metadona (Dolofina) Meperidine (Demerol) Efectos adversos de los analgésicos opiodes incluyen: Sedación Euforia, nausea, vómitos, hiperventilación, estreñimiento y retención urinaria. Los pacientes con insuficiencia pulmonar pueden desarrollar depresión Respiratoria.

## BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

### Oral Candidiasis

Dios PD, Alvafez JA, Feijoo IF, Ferreiro MC. Fluconazole response patterns in HIV-infected patients with oropharyngeal candidiasis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1995;79:170-4

Muzyka BC, Glick M. A review of oral fungal infections and appropriate therapy. *J Am Dent Assoc* 1995;126:63-72

Powderly WG, Finkelstein DM, Feinberg J, Frame P, He W, van der Horst C et al. A randomized trial comparing fluconazole with clotrimazole troches for the prevention of fungal infections in patients with advanced immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1995

Rex JH, Rinaldi MG, Pfaller MA. Resistance of candida species to fluconazole. *Antin-@crob Agents Chemother* 1995; 39:1-8

Silverman S, Jr, Gallo J, McKnight M et al. Clinical characteristics and management responses in 85 HIV- infected patients with oral candidiasis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Oral Endod* 1996;82:402-7

### Deep Mycosis

Chinn H, Chemoff DN, Migliorati CA, Silverman S, JR, Green TL. Oral histoplasmosis in HIV-infected patients. A report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1995; 79:710-4

Glick M, Cohen SG, Cheney RT, Crooks GW, Greenberg MS. Oral manifestations of disseminated cryptococcus in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;64:454-9

Hicks MJ, Flaitz C, Cohen PR. Perioral and cutaneous umbilicated papular lesions in acquired immunodeficiency syndrome *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1997;83:189-91

Jones AC, Migliorati CA, Baugman RA. The simultaneous occurrence of oral herpes simplex virus, cytomegalovirus, and histoplasmosis in an HIV-infected patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;74:334-9

Oda D, McDougal C, Fritsche T, Worthington P. Oral histoplasmosis as a presenting disease in acquire immunodeficiency syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 70:631-6

Sharkey-Mathis PK, Velez J, Fetchik R, Graybill JR. Histoplasmosis in the acquired immune deficiency syndrome. (AIDS): treatment with fluconazole and itraconazole. *J*

Acquir Immune Defic Syndr 1993;6:809-19

Wheat LJ. Diagnosis and management of fungal infections in AIDS. *Curr Opin Infec Dis* 1993;6:617-27

Recurrent Aphthous Stomatitis

Glick M, Muzyka BC. Alternate treatment for major aphthous ulcerations in patients with AIDS. *J Am*

*Dent Assoc* 1992; 123:61-5

Klandwala A, Van Inwegen RG, Chamey MR, Alfano MC. 5% Amlexanol oral paste, a new treatment for recurrent minor aphthous ulcers. Clinical demonstration of acceleration of healing and resolution of pain.

*Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1997;83:222-30

Lozada Nur F, Miranda C, Maliksi Rocella. A double blind controlled study on the clinical efficacy of clobetasol ointment in Orabase and Fluocinonide ointment in Orabase in patients with oral vesiculoerosive diseases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77:598-604

MacPhail LA, Greenspan D, Greenspan JS. Recurrent aphthous ulcers in association with HIV infection: diagnosis and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73:283-8

Muzyka BC, Glick M. Major aphthous ulceration in HIV disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77:116-20

Phelan JA, Eisig S, Freedman PD, Newsome N, Klein R. Major aphthous like ulcers in patients with AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 71:68-72

Porter SR, Scully C, Standen GR. Autoimmune neutropenia manifesting as recurrent oral ulcerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78:178-80

Ship J. Recurrent aphthous stomatitis: An update. *J Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996; 81:141-7

#### Viral Diseases

Flaitz CM, Nichols CM, Hicks MJ: Herpesviridae-associated persistent mucocutaneous ulcers in acquired immunodeficiency syndrome. A clinicopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996; 81:433-41.

Glick M, Cleveland DB, Salkin LM, Alfaro-Mirando M, Fielding AF. Intraoral cytomegalovirus lesion and

HIV-associated periodontitis in a patient with the acquired immunodeficiency syndrome. *Oral Surg Oral*

*Med Oral Pathol* 1991;72:716-20

Gowdey G, Lee RK, Carpenter WM. Treatment of HIV-related hairy leukoplakia with podophyllum resin 25% solution. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1995; 79:64-7

Greenberg MS, Glick M, Nghiem L, Stewart LCB, Hodinka R, Dubin G. Relationship of cytomegalovirus to salivary gland dysfunction in HIV-Infected patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83:334-9

Jones AC, Freedman PD, Phelan JA, Kerpel SM. Cytomegalovirus infection of the oral cavity *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75:76-85

Kost RG, Strauss SE. Post herpetic neuralgia. Pathogenesis, treatment and prevention. *N Engl J Med* 1996;335:32-41

Lozada Nur F, Podophyllum resin 25% for the treatment of oral hairy leukoplakia. A retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73:555-58

Regezi JA, Eversole LR, Barker BF, Rick GM, Silverman S, JR. Herpes simplex and cytomegalovirus coinfecting oral ulcers in HIV-positive patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996;81:55-62

Volter C, Yukai H, Delins H et al. Novel HPV types present in the oral papillomatous lesions from patients with HIV infection. *Int J. Cancer* 1996; 66:453-56

Wilcox CM, Strub RF, Schwartz DA. Cytomegalovirus esophagitis in AIDS: a prospective evaluation of clinical response to ganciclovir therapy, relapse rate, and long term outcome. *Am J Med* 1995;98:169-76.

Youle MS, Gazzard BG, Johnson MA et al. The effects of high dose oral acyclovir on herpesvirus disease and survival in patients with advanced HIV disease: a double blind placebo controlled study. *AIDS* 1994;8:641-9

#### Salivary Gland Disease.

Finfer MD, Schinella RA, Rothstein SG, Presky MS. Cystic parotid lesions in patients at risk for the acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg* 1988; 114:1290-4

Greenberg MS, Glick M, Nghiem L, Stewart LCB, Hodinka R, Dubin G. Relationship of cytomegalovirus to salivary gland dysfunction in HIV-Infected patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83:334-9

Schimdt M, Dodd C, Greenspan D, Daniels T, Chemoff D, Hollander H. Natural history of HIV-associated salivary gland disease *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;74:326-31

## Neoplasms

Flaitz CM, Jin Y-T, Hicks MJ, Nichols CM, Wang Y-U, Su I-J: Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus-like DNA sequences (KSHV/HHV-8) in oral AIDS-Kaposi's sarcoma. A PCR and clinicopathologic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1997; 83:259-64

Lozada-Nur F, de Sanz S, Silverman S, Jr, Miranda C, Regezi J. Intraoral non-Hodgkin's lymphoma in seven patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;82:173-8

## General

Conte JE. *Manual of antibiotics and infectious diseases*. 8th ed. Williams & Wilkins; 1995

Glick M. *Dental management of patients with HIV*. Quintessence Publishing Co, Inc. Carol Stream, 11. 1994

Glick M, Muzyka SC, Lutie D, Salkin LM. Oral manifestations associated with HIV-related disease as markers for immunosuppression and AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77:344-9

Greenspan JS, Greenspan D. *Oral manifestations of HIV infection*. Quintessence Publishing Co, Inc. Carol Stream, II. 1995

Silverman S Jr. *Color atlas of the oral manifestations of AIDS*. 2nd ed. CV Mosby, St. Louis; 1995

## *Capítulo 4*



# **EL MANEJO Y EVALUACIÓN DE EXPOSICIONES OCUPACIONALES A PATÓGENOS EN SANGRE Y TUBERCULOSIS**



### *Líder del Taller:*

Barbara F. Gooch, D.M.D., M.P.H., Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia

### *Participantes:*

Helene Bednarsh, R.D.H., M.P.H., City of Boston, Department of Health, Boston, Massachusetts

Denise Cardo, M.D., Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia

Jennifer L. Cleveland D.D.S., M.P.H., Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia

Enid A. Neidle, Ph.D., Columbia University, New York, New York

James S. Rundle, D.D.S., Indianola, Iowa

Carolyn A. Tylanda, M.S., D.M.D., Ph.D., Food and Drug Administration, Rockville, Maryland

Bryan Harvey, B.D.S., British Dental Association, London, United Kingdom

### *Introducción:*

Ahora más que nunca, los profesionales dentales del cuidado de la salud (“DHCPS,” por sus siglas en inglés) están preocupados sobre el manejo de riesgos de exposiciones a patógenos en el área de trabajo. Este capítulo describe asuntos pertinentes al manejo de exposiciones ocupacionales a patógenos en sangre, tales como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de hepatitis B (VHB), y el virus de hepatitis C (VHC), así como la evaluación de exposiciones ocupacionales a la tuberculosis (TB).

La información en este capítulo no representa oficialmente las normas del Servicio de Salud Pública.

# **EL MANEJO DE EXPOSICIONES OCUPACIONALES A PATÓGENOS EN SANGRE**

## **Riesgos de Contagio Ocupacional de Infecciones Por Patógenos en Sangre Entre Trabajadores Dentales**

### **VIH**

La información disponible indica que el riesgo de transmisión de VIH en escenarios dentales es muy bajo. Hasta diciembre del 1998, el CDC estaba enterado de 54 trabajadores de la salud en los Estados Unidos que fueron documentados como si hubieran seroconvertido al VIH siguiendo una exposición específica a una fuente infectada con VIH. Cerca del 85% de las exposiciones que resultaron en seroconversión al VIH eran heridas percutáneas. Ninguno de los 54 casos documentados involucro a trabajadores dentales. Otros 134 trabajadores de la salud, inclusive 6 trabajadores dentales, fueron reportados de posiblemente haber adquirido su infección ocupacionalmente. Para cada uno de estos 6 trabajadores, ningún otro riesgo, tal como un riesgo de comportamiento o de transfusión, pudo ser identificado durante una investigación de seguimiento. Cada trabajador reportó una exposición percutánea pasada o una exposición a membrana mucosa, a sangre o a fluidos corporales en una oficina dental, pero no se documentó una seroconversión como resultado de una exposición ocupacional específica.

La seroprevalencia de VIH entre dentistas y otros empleados dentales, tales como las higienistas y asistentes, indican niveles muy bajos de infección por VIH. Sin embargo, la extensión de la exposición a VIH (ocupacional y no ocupacional) entre los trabajadores dentales examinados, es desconocida. Además, algunos de estos niveles pueden ser subestimados ya que personas que creen estar infectados de VIH y que poseen riesgos no ocupacionales no se ofrecen voluntariamente para ser examinados. No obstante, los estudios al día de hoy no indican un nivel alto de la infección de VIH previamente no detectada entre los dentistas evaluados.

### **VHB**

La seroprevalencia de VHB entre dentistas, inclusive cirujanos orales, ha disminuido desde los 1970 y temprano en los 1980's. En estudios de seroprevalencia, el porcentaje de cirujanos orales que muestra evidencia serológica de infección actual o pasada disminuyó de 26% en el 1981 a 20% en 1992. Entre los dentistas generales, los niveles de infección también han disminuido de 14% en 1972 a cerca de 9% en 1989 y han permanecido relativamente constantes durante el 1992. Estas tasas disminuidas de la infección pueden reflejar unos niveles mayores de inmunidad entre dentistas como resultado de inoculación con la vacuna de hepatitis B y adherencia mayor a las precauciones universales. Desde que la vacuna se hizo disponible en 1982, los niveles reportados de vacunación han aumentado dramáticamente. Para el 1992, más del 85% de los dentistas estadounidenses informaron que habían recibido la vacuna de VHB.

## VHC

El virus de hepatitis C es la causa de la mayoría de hepatitis no-A, no-B adquirida parenteralmente. Al igual que VHB y VIH, VHC es transmitido por sangre, sexualmente, o por una exposición perinatal. Las pruebas para anticuerpos a VHC (anti-VHC) se hicieron comercialmente disponibles en el 1990.

Los estudios de seroprevalencia entre trabajadores de la salud han mostrado niveles anti-VHC de 1% a 3%. Un estudio de los dentistas en la Ciudad de New York mostró que la seroprevalencia de anti-VHC entre dentistas, especialmente los que practican cirugía oral, se ha elevado significativamente en comparación con donantes de sangre. En otro estudio, anti-VHC fue encontrado en 2.0% de cirujanos orales y en 0.7% de dentistas generales.

### **El Riesgo de Infección después del Contacto con Sangre Infectada**

La exposición percutánea es el tipo de exposición ocupacional que posee la mayor probabilidad de transmitir la infección por patógenos en sangre. Los estudios prospectivos de varios miles de trabajadores de la salud indican que el riesgo de seroconversión dado a una sola exposición percutánea a sangre infectada con VIH es aproximadamente 0.3%. El riesgo de seroconversión luego de la exposición a sangre a una fuente infectada con hepatitis B depende de la condición del antígeno e (e Ag.) del paciente. Si la sangre del paciente es positiva para e Ag. (un marcador de infectividad aumentada), el riesgo de la transmisión de VHB después de un solo contacto percutáneo es cerca de 30% o alrededor de 100 veces a la del VIH. Basado en datos limitados, el riesgo de seroconversión luego de una exposición percutánea a sangre de un paciente infectado con VHC es de 3% a 10% o cerca de 10 veces el riesgo luego de una sola exposición a sangre infectada del VIH.

El riesgo de transmisión del VIH después de una exposición percutánea depende de varios factores. El nivel viral en la sangre del paciente que sirve de fuente puede ser el más importante. Este nivel, sin embargo, puede variar en cuanto a magnitud, dependiendo de la etapa de la enfermedad del paciente que es la fuente (por ejemplo, SIDA versus la infección asintomática del VIH) y si el paciente que es la fuente utilizaba agentes antivirales a los cuales el virus era sensitivo. Los estudios de laboratorio sugieren que durante una exposición, se transfiere menos sangre en agujas que:

- Atraviesan guantes de goma;
- Son de calibres pequeños; o
- Son sólidas en vez de huecas.

En un estudio controlado de caso para evaluar los factores de riesgo de transmisión de VIH después de la exposición percutánea a sangre infectada con VIH, se observó que la probabilidad de infección era más probable si los trabajadores de la salud eran expuestos a una cantidad más grande de sangre, representado por sangre visible en el artefacto previo a la herida; si el procedimiento involucró una aguja colocada directamente en la arteria o vena del paciente, o una herida profunda; y si el paciente que sirve de fuente estaba enfermo con SIDA terminal.

La transmisión de VIH luego de exposiciones de membrana mucosa y de piel ha sido documentada en estudios retrospectivos. Los estudios prospectivos incluyen una seroconversión entre 1,107 exposiciones (0.09%) de membrana mucosa. Seroconversión luego de la exposición a piel no ha sido documentada en estudios prospectivos, por lo tanto, el riesgo de seroconversión luego de tal exposición no ha sido cuantificado.

### **Exposiciones Percutáneas en Oficinas Dentales: Riesgo y Prevención**

La información disponible indica que los dentistas experimentan exposiciones percutáneas a un nivel reducido. Los dentistas que participaron en el Programa de Monitoreo de Salud en la Sesión Anual de la Asociación Dental Americana en el 1987 reportaron un nivel promedio de 11.4 heridas por año. Para el 1993, este nivel había disminuido a 2.2 heridas por año. Además, desde el 1987, dentistas estadounidenses han reportado un aumento en el cumplimiento con la práctica de precauciones universales. En adición, el uso apropiado de barreras protectoras, tales como guantes (que no están diseñados para prevenir heridas punzantes), las precauciones universales incluyen el cuidado durante el manejo y la disposición de agujas y otros instrumentos punzantes.

El examinar las circunstancias específicas de las heridas que ocurren en la oficina dental puede ayudar a los trabajadores dentales a encontrar maneras para evitar heridas semejantes en el futuro. El desarrollar controles de ingeniería y prácticas de trabajo más seguras son las medidas primarias utilizadas para prevenir heridas en la oficina dental. El desarrollar controles de ingeniería elimina el peligro al trabajador. Los contenedores rígidos especiales para la disposición de instrumentos punzantes contaminados son un ejemplo del desarrollo de un control de ingeniería. Reducir el riesgo de exposición al cambiar la manera en que una tarea es realizada es un ejemplo de una práctica más segura de trabajo. Por ejemplo, el volver a colocar la tapa de una aguja desechable de anestesia de una jeringuilla no desechable, solo debe ser realizado utilizando un artefacto mecánico que sujete la aguja o con la técnica de una sola mano. Porque la mayoría de las heridas entre trabajadores dentales involucran las manos o dedos el desarrollo continuo de equipo personal protector, tales como guantes resistentes a perforación, puede ser también importante en la prevención de heridas.

La documentación escrita de exposiciones ocupacionales puede ayudar a trabajadores dentales a encontrar maneras para evitar heridas en un futuro. OSHA especifica que el patrono dental documente el incidente de la exposición en los formularios OSHA 200 (Diario y Resumen de Heridas y Enfermedades Ocupacionales) y 101 (Registro Suplementario de Heridas y Enfermedades Ocupacionales), de ser aplicable.

La Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés) es responsable de regular productos médicos, incluyendo drogas, artefactos (incluso instrumentos), y productos biológicos. El FDA recomienda el reportar problemas o acontecimientos adversos relacionados a productos médicos a través de MEDWATCH, el programa de reportar productos médicos del FDA. Las identidades de los pacientes e informantes (de ser solicitadas) se mantendrán confidenciales. Para información adicional llamar al 1-800-FDA-1088.

## **Profilaxis de Postexposición a VIH (PPE, por sus siglas en inglés)**

Aunque la prevención a exposiciones de sangre es la manera primaria de prevenir la infección de VIH ocupacionalmente adquirida, el manejo apropiado de postexposición es un elemento importante de la seguridad en el lugar de trabajo. La información existente sugiere que la profilaxis de postexposición (PPE) con zidovudine (ZDV) puede reducir el riesgo de transmisión de VIH luego de una exposición ocupacional a sangre infectada con VIH. Esto impulsó al Servicio de Salud Pública a actualizar una declaración ya existente sobre el manejo de exposiciones ocupacionales a VIH y recomienda quimioprofilaxis de postexposición luego de ciertas exposiciones al VIH.

Dado al bajo nivel de seroconversión luego de una exposición ocupacional a sangre infectada con VIH, una muestra grande de trabajadores de la salud sería necesaria para que una prueba tenga valor estadístico significativo en evaluar la eficacia de PPE. La única prueba control realizada para evaluar la eficacia de ZDV falló dado a que no se pudo matricular a suficientes participantes. En un estudio de casos controlados realizado entre trabajadores de la salud, PPE con ZDV fue asociado con una disminución de aproximadamente 79% en el riesgo de seroconversión a VIH después de una exposición percutánea a sangre infectada con VIH. Otros estudios han detallado un efecto protector semejante a profilaxis con ZDV. Por ejemplo, luego de administrar ZDV a mujeres embarazadas infectadas con VIH y sus niños, se observó una reducción de 67% en la transmisión perinatal del VIH. La profilaxis de ZDV del feto y/o el niño puede haber contribuido a estos resultados, ya que este efecto protector de ZDV en esta prueba prospectiva sólo explicó en parte la reducción de los niveles de VIH en la sangre materna. La PPE también previno o mejoró la infección retroviral en algunos estudios en animales.

La quimioprofilaxis es recomendada para trabajadores luego de ciertas exposiciones ocupacionales al VIH. Ya que la mayoría de las exposiciones ocupacionales al VIH no resultan en transmisión inmediata de infecciones, la toxicidad potencial de PPE debe ser considerada detenidamente cuándo se prescribe. La PPE debe ser recomendada a trabajadores de la salud que han sido expuestos ocupacionalmente al VIH y presentan un riesgo de transmisión. Para exposiciones con riesgos insignificantes, la PPE no es justificada (Tabla 3). Los agentes usados para la PPE deben ser activos contra el VIH y tener la toxicidad baja cuando se usa para terapia a corto plazo. La mayoría de exposiciones al VIH ameritará regímenes de sólo dos medicamentos, usando dos análogos de nucleósidos, generalmente ZDV y 3TC. La adición de un tercer medicamento, generalmente un inhibidor de proteasa es recomendada sólo para las exposiciones que presentan un mayor riesgo para la transmisión (Ver Tabla 3), o para exposiciones en que se sospecha o se conoce que el virus es ampliamente resistente. En las recomendaciones provisionales del Servicio de Salud Pública, Indinavir o Nelfinavir son los inhibidores de proteasa recomendados. Estas recomendaciones deben ser aplicadas en consulta con personas de experiencia en la terapia antiretroviral y la transmisión de VIH.

De ser utilizado, la PPE se debe comenzar inmediatamente, preferiblemente dentro de pocas horas luego de la postexposición. Aunque los estudios en animales sugieren que es improbable que PPE sea efectivo cuando se comienza 24-36 horas luego de la

postexposición, no hay información en humanos que defina un intervalo en el cual el beneficio de PPE se pierde. Comenzar la terapia luego de un largo intervalo (por ejemplo, 1-2 semanas) debe ser considerado para exposiciones de alto riesgo; aunque no se prevenga la infección, el tratamiento temprano de la infección aguda de VIH puede ser beneficioso. La duración óptima de PPE es desconocida; ya que 3-4 semanas de ZDV aparenta ser protectora, la PPE debe ser suministrada por 4 semanas si se tolera.

Si el paciente que es la fuente infecciosa o si la condición de VIH de éste se desconoce, las decisiones con respecto a la iniciación de PPE deben ser individualizadas, basadas en la probabilidad de infección de VIH en pacientes conocidos o que sean posibles fuentes. Las decisiones con respecto a PPE pueden ser modificadas si información adicional llega a estar disponible.

Los trabajadores de la salud con exposiciones ocupacionales al VIH deben tener una evaluación médica de seguimiento, incluyendo pruebas de anticuerpo a VIH inicial, 6 semanas, 12 semanas, y 6 meses después de la exposición, y se deben observar las precauciones para así prevenir la transmisión secundaria. Si se utiliza PPE, el monitoreo de la toxicidad del medicamento debe incluir un conteo de sangre completo y unas pruebas iniciales de la función química renal y hepática y a las 2 y 4 semanas después de comenzar la PPE. Si se nota toxicidad, se debe considerar la reducción de la dosis y otros estudios pueden ser indicados.

Estudios prospectivos han sido realizados para evaluar la toxicidad asociada con el uso de zidovudina por trabajadores de la salud después de una exposición a sangre infectada con VIH. Síntomas tales como náusea, vómito, dolor de cabeza, y malestar han sido reportados frecuentemente. En aproximadamente 30 % de los casos, los trabajadores no completaron el curso planificado de ZDV debido a estos síntomas adversos.

La toxicidad de otros medicamentos antiretrovirales en personas infectadas con VIH ha sido bien caracterizada. En adultos infectados con VIH, 3TC puede causar síntomas gastrointestinales y, raramente, pancreatitis. La toxicidad de Indinavir incluye hiperbilirubinemia leve y piedras en el riñón; las piedras se pueden limitar bebiendo por lo menos 1.5 litros (48 onzas) de líquido por un período de 24 horas. Basado en información limitada, el uso de ZDV en el segundo y tercer trimestre del embarazo y durante la infancia temprana no fue asociado con efectos adversos serios en madres o niños; sin embargo, hay poca información disponible sobre la seguridad de ZDV en el primer trimestre del embarazo o de otros agentes antiretrovirales durante el embarazo. Existe poca información para poder cuantificar la posible toxicidad a largo plazo (demorado) de agentes antiretrovirales en personas no-infectadas.

El fracaso del uso de zidovudine de postexposición en prevenir la infección de VIH en trabajadores de la salud después de la exposición percutánea a sangre infectada con VIH, ha sido reportado en 13 casos. Cinco casos adicionales de fracaso con zidovudine han sido reportados luego de exposiciones en los cuales la cantidad de sangre infectada con VIH era mayor de lo que sería esperado de una punzada de aguja. Estos casos reportados indican que si zidovudine ofrece protección alguna, esta no es absoluta.

Los clínicos que necesitan ayuda en el manejo de exposiciones ocupacionales deben acceder a peritos locales en el tratamiento de VIH lo antes posible. Además, el "National Clinicians Post-Exposure Prophylaxis Hotline (PPE-Line)" ha sido creado para asistir a clínicos en estos asuntos; teléfono (888) 448-4911.

## **Consideraciones del Manejo de Asuntos de Postexposición en Oficinas Dentales**

### **Declaración de Normas**

Cada oficina dental, incluyendo programas de adiestramiento (escuelas, no oficinas privadas) deben tener una norma (plan escrito sobre exposición) en rigor para manejar la exposición de heridas percutáneas y de membrana mucosa y la exposición de piel no intacta con sangre. Esta norma debe ser consistente con las prácticas y procedimientos para la protección del trabajador según requerida por la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional ("OSHA") en su reglamentación final de Exposiciones Ocupacionales a Patógenos en Sangre (29 CFR 1910.1030) y las recomendaciones actuales del Servicio de Salud Pública para el manejo de exposiciones ocupacionales al VHB y VIH (Tablas 1 y 2).

### **Educación y Adiestramiento**

Personas tales como trabajadores dentales y estudiantes que estén razonablemente considerados en riesgo de exposición ocupacional a sangre u otros líquidos potencialmente contagiosos en oficinas dentales, se les debe enseñar los principios del manejo de postexposición como parte de la orientación del empleo y adiestramiento continuo.

Las personas en riesgo de exposición ocupacional a sangre deben ser instruidas a reportar exposiciones inmediatamente después que estas ocurran. El tiempo es crítico ya que ciertas intervenciones, tales como profilaxis contra VHB (administración de vacuna VHB, inmunoglobulina VHB [HBIG], o ambos) se debe iniciar inmediatamente para que pueda ser efectiva. Los trabajadores deben ser informados que la PPE se recomienda para algunas exposiciones ocupacionales al VIH, y de ser utilizada, la PPE se debe comenzar inmediatamente, preferiblemente dentro de una hora luego de la exposición.

### **Identificación de un Profesional del Cuidado de Salud (PCS)**

"OSHA" especifica que un "profesional de salud licenciado" es una persona cuya área de practica legalmente aceptada le permite a él o ella a que realice independientemente las actividades requeridas. Identificación de un PCS designado se resume en la siguiente declaración:

La oficina dental debe escoger un PCS o varios PCS's que sean capaces de manejar un incidente de exposición ocupacional y realicen la consejería apropiada, así como todo el seguimiento y referidos médicos necesario, conforme a las recomendaciones

actuales del Servicio de Salud Pública. El PCS debe ser escogido antes de que trabajadores, estudiantes, u otros sean colocados en riesgo de exposición ocupacional a la sangre.

### **Consideraciones Específicas de Manejo**

Los primeros auxilios deben ser administrados según sea necesario. No hay información que sugiera que ciertas medidas de primeros auxilios específicos disminuyen el riesgo de la transmisión de patógenos en sangre luego de una exposición. Medidas extraordinarias -- tales como el remojar los tejidos heridos con blanqueadores, el restregar excesivamente, o cualquier opción que desafíe la integridad de la piel -- no han demostrado la habilidad de prevenir la transmisión de patógenos en sangre, luego de una exposición. A continuación, instrucciones generales de primeros auxilio:

- Las pinchaduras y otras heridas a la piel deben ser lavadas con agua y jabón. Un agente antiséptico puede ser aplicado.
- La mucosa oral y nasal expuesta se debe descontaminar irrigando con agua (“flushing”).
- Los ojos se deben irrigar con agua limpia, salina, o soluciones estériles designadas para este propósito.

### **Los Agentes Quimoterapéuticos (Uso y Medida de Tiempo)**

Antes de que surja un incidente de exposición, los trabajadores deben ser informados que los conocimientos concernientes a la eficacia y toxicidad de PPE son limitados; para otros agentes que no sean ZDV, existe poca información de toxicidad en personas no infectadas con VIH o que estén embarazadas, además estos tienen la opción de rechazar cualquier o todos los medicamentos de PPE. La educación sobre las consideraciones para el uso de este agente antiviral se debe coordinar con el PCS designado y debe ser incorporada dentro del adiestramiento requerido por los estándares de OSHA.

### **Proceso Inicial de Reportar**

OSHA especifica que los empleados deben ser instruidos a reportar inmediatamente incidentes de exposición al patrono. Por lo tanto, en cada oficina dental, debe haber una persona o personas designadas a quienes se le han de reportar los incidentes inmediatamente, los cuales han de:

- Determinar si la herida resultó de la exposición a sangre u otro fluido potencialmente contagioso.
- Iniciar el referido al PCS designado cuando sea indicado.
- Completar los informes necesarios (por ejemplo, OSHA 200: Diario y Resumen de Heridas y Enfermedades Ocupacionales).

La persona designada en la oficina dental debe asegurarse que la información requerida por OSHA y la información referente a otros aspectos significativos de la exposición sean provistas al PCS designado. OSHA especifica que el patrono dental debe proporcionar al PCS designado con: una copia de la norma de Patógenos en sangre, una descripción de los deberes de trabajo del empleado conforme a su relación con el incidente, un informe del incidente específico de exposición, incluyendo las rutas de la exposición y las pruebas realizadas, de estar disponibles, y los expedientes médicos relevantes del empleado (incluyendo el estatus de vacunación) que el patrono debe mantener. Los aspectos de la exposición que se deben proporcionar a la persona designada pueden incluir:

- El tipo específico de instrumento involucrado.
- El calibre de la aguja, de ser aplicable.
- La presencia de sangre en el instrumento.
- La profundidad de la herida.
- Sangrado en el lugar de la herida.
- El estatus de VIH, VHB, y VHC del paciente que es la fuente, de ser conocido.
- La etapa de la enfermedad y el uso de la terapia antiretroviral para pacientes que son la fuente infectada con VIH.
- Una estimado del número de pacientes en riesgo de la infección de VIH o VHB en la práctica si el estatus de VIH/VHB del paciente que es la fuente infecciosa es desconocido.

Una persona en la oficina dental debe ser designada para discutir el incidente con el paciente que es la fuente, de ser necesario, e iniciar un referido para evaluación y exámenes médicos del mismo, según sea indicado. Preferiblemente, esta persona no debe ser el trabajador o estudiante herido. OSHA especifica que el patrono dental debe identificar y documentar por escrito al individuo que es la fuente infecciosa en un incidente de exposición, a menos que esto no sea posible o prohibido por la ley local o del estado. El patrono dental debe avisar al paciente que es la fuente, de ser conocido, y solicitar su consentimiento para que sea examinado para infectividad de VHB y VIH y para poder revelar los resultados de la prueba al empleado expuesto.

### **Consejería**

La consejería es una parte esencial del proceso de seguimiento. Después de una exposición ocupacional a sangre, un trabajador puede experimentar una gama de reacciones psicológicas incluyendo: cólera, negación, temor, ansiedad, tristeza, depresión, y disturbios al dormir. El PCS designado debe ser capaz de proporcionar la consejería necesaria y apropiada dirigida por lo menos a discutir, los siguientes temas:

- Estimado de riesgo para infección basado en el tipo de exposición (por ejemplo, mucosa vs. percutáneas) obtenida.
- Consideraciones para la quimioprofilaxis antiretroviral para la exposición al VIH.
- El plan, los componentes, y el comienzo de los exámenes de seguimiento y consejería.
- Las precauciones que pueden ser útiles para evitar la transmisión a otros durante

el período de seguimiento, especialmente las primeras 6-12 semanas después de la exposición cuando la mayoría de las personas infectadas se espera se seroconviertan.

- Apoyo emocional constante para la persona herida.
- Cualquiera pregunta relacionada a la exposición presentada por la persona herida.

### **Asuntos legales, Consideraciones Éticas y Confidencialidad**

- Todos los aspectos del manejo postexposición deben ser realizados en conformidad con las leyes locales, federales, y estatales.
- Las circunstancias que rodean el incidente, las personas implicadas, y cualquier otra información o documentación relacionada al incidente deben ser tratada de manera confidencial.
- La persona herida debe ser cuidadosa al compartir esta información con otros.
- El personal dental debe entender que el individuo que es la fuente infecciosa puede oponerse a un referido médico y a posibles pruebas.
- El personal debe mantener la confidencialidad del individuo que es la fuente infecciosa.

### **Recomendaciones del Servicio de Salud Pública para el Manejo de Exposiciones a Sangre**

Una vez ha ocurrido una exposición a sangre, la sangre del individuo de quién la exposición ocurrió (paciente que es la fuente) debe ser examinada para antígenos VHB de superficie (HBsAg) y anticuerpos a VIH y VHC. Las leyes locales con respecto al consentimiento para efectuar los exámenes de los individuos que son la fuente infecciosa se deben seguir. Las pruebas a este individuo deben ser realizadas en una localidad donde haya disponible consejería apropiada. Se debe proveer consejería luego del examen y referido para tratamiento.

### **VHC**

Actualmente, el Servicio de Salud Pública recomienda que esas instituciones de cuidado de salud consideren implementar normas y procedimientos para dar seguimiento a la infección de VHC luego de exposiciones percutáneas o de mucosas a sangre. Tales normas deben incluir:

- Examinar pruebas iniciales para anticuerpos de VHC (anti-VHC) de la fuente infecciosa.
- Para la persona expuesta a una fuente positiva de VHC: prueba inicial y de seguimiento (por ejemplo 6 meses) exámenes anti-VHC y actividad enzimática del hígado;
- Educación para trabajadores de cuidado de salud, sobre el riesgo y prevención de infecciones en sangre, incluyendo la hepatitis C, en áreas de trabajo, con información que sea actualizada rutinariamente para asegurar la exactitud de la misma.

Actualmente, la inmunoglobulina intramuscular (IG) ha sido ofrecida a trabajadores de la salud después de una exposición a sangre infectada con VHC como una medida preventiva. Estudios recientes en animales, sin embargo, indican que IG no protege contra la infección de VHC. Además, IG ahora se fabrica del plasma que es examinada para anti-VHC. Por lo tanto, la información disponible no sostiene el uso de IG preventivamente para la postexposición a VHC.



## **Requisitos de OSHA Para la Evaluación y Seguimiento Postexposición**

OSHA, en cooperación con la Asociación Dental Americana, ha desarrollado un documento guía para ayudar a patronos dentales a entender mejor sus obligaciones bajo los estándares (Apéndice A). Este documento fue publicado en febrero de 1995 y no refleja cambios en las guías del Servicio de Salud Pública para la quimioprofilaxis de postexposición al VIH. Favor de referirse a las secciones previas para información respecto a recomendaciones de PPE para VIH.

### **Evaluación de Exposiciones Ocupacionales a TB**

Las condiciones orales que causan que pacientes con tuberculosis busquen tratamiento con un dentista es raramente el resultado de tuberculosis infecciosa. Por lo tanto, a menos que un paciente dental sea coincidentemente infeccioso en cuanto a tuberculosis, el riesgo de exposición a tuberculosis infecciosa es probablemente bajo. Además, la producción de aerosoles que contienen M. tuberculosis durante procedimientos dentales no ha sido demostrado.

La información disponible que evalúa el riesgo de tuberculosis adquirida ocupacionalmente entre trabajadores dentales tampoco sugiere un riesgo significativo de transmisión en oficinas dentales. En 1981, se reportó que un dentista con tuberculosis activa no tratada transmitió TB a 15 pacientes pediátricos por inoculación directa en sitios de extracción o por aerosoles de núcleos infecciosos expulsados. Se ha reportado transmisión de tuberculosis resistente a múltiples medicamentos (MDR tuberculosis, por sus siglas en inglés) entre dos trabajadores dentales, sin embargo, un paciente dental con la misma sepa de tuberculosis no pudo ser identificado como la fuente de infección de TB de dichos trabajadores. Una investigación reciente en el 1993 señaló una prevalencia de tuberculina positiva en pruebas de piel entre los dentistas que tratan la población en riesgo para TB en la Negociado de Prisiones y el Servicio de Salud Indígena, la cual es consistente con la frecuencia estimada de tuberculosis en la población general.

La transmisión de tuberculosis es muy probable que ocurra en pacientes con tuberculosis pulmonar o laringea no reconocidas y sin tratar, que no han sido colocados en aislamiento por tuberculosis. Como resultado, algunos pacientes y trabajadores dentales pueden estar en riesgo a la tuberculosis. Debido a que existe el potencial para la

transmisión en oficinas dentales, las estrategias detalladas en la siguiente sección deben ser adoptadas por todas las oficinas dentales.

### **Estrategias para la Prevención Primaria son Recomendadas**

- Realice una Evaluación de Riesgo para la Transmisión de TB en Cada Oficina Dental Periódicamente. Las normas de control de infección de Tuberculosis para cada oficina dental deben estar basadas en la evaluación de riesgo.

- Adiestre a Trabajadores Dentales a Reconocer y Referir a Pacientes con Indicios y Síntomas Sugestivos de TB. Los pacientes con una tos productiva y prolongada, fiebre, fatiga, o anorexia se deben referir a un médico para una evaluación médica.

- Actualice el Historial Médico del Paciente sobre la tuberculosis en Cada Cita y Documente el Expediente Dental.

- Aplazar el Tratamiento Dental Electivo para Pacientes Conocidos o Sospechosos de Tener TB Activa Hasta Que Sea Efectivamente Tratada y No Infecciosa. Si se requiere tratamiento de emergencia, se deben seguir las precauciones para el aislamiento del bacilo “acid fast” (AFB) y respiradores particulares deben ser utilizados.

- Desarrolle la Educación Auspiciada del Patrono, Consejería y Selección de Programas de Examen para Trabajadores Dentales.

### **Evaluación de Trabajadores y Pacientes Dentales luego de la Exposición no protegida a TB.**

En ocasiones, las oficinas dentales pueden ser notificadas sobre pacientes o empleados infectados ya sea por parte del departamento de salud local durante investigaciones de contacto, del médico que hizo el referido, o del paciente o trabajador infectado. Cualquiera que sea el caso, si es descubierto que el paciente con tuberculosis activa ha sido tratado en la oficina dental sin las precauciones apropiadas o si un trabajador dental desarrolla tuberculosis activa y expone a otras personas en la oficina, los siguientes pasos deben ser seguidos.



## **Recomendaciones de los Centros del Control de Enfermedades y Prevención (CDC)**

· A menos que una prueba negativa de piel se haya documentada dentro de los 3 meses anteriores, cada persona expuesta, a excepción de los ya documentadas como positivas, debe recibir una prueba de tuberculina tan pronto sea posible luego de una exposición. Las pruebas iniciales para el personal dental son convenientes si una exposición inesperada ocurre, ya que las conversiones se pueden distinguir de pruebas positivas como resultado de exposiciones previas.

· Si la prueba inicial de piel es negativa, la prueba debe ser repetida a las 12 semanas luego de ocurrida la exposición

· Las personas que resultan positivo deben ser evaluadas por un médico para la enfermedad activa o tratamiento preventivo.

· Se le debe ofrecer al personal diagnosticado con tuberculosis consejería activa y pruebas de anticuerpo del VIH.

· El dentista o el personal apropiadamente entrenado del departamento de salud debe realizar una investigación del incidente de la exposición para identificar los procedimientos de control de infecciones que pudieron haber prevenido la misma.

### **CONCLUSIÓN**

El profesional de salud dental tiene múltiples consideraciones cuando ha de determinar los asuntos de exposición relacionados a TB. El prevenir la transmisión debe ser la consideración primaria en la mente del galeno. Si profesionales de la salud dental o pacientes son expuestos a tuberculosis, las recomendaciones del CDC se deben seguir al pie de la letra.

Este capítulo describe muchas consideraciones para el manejo de exposiciones ocupacionales a patógenos en sangre y para evaluar exposiciones a tuberculosis. Se exhorta a los profesionales de la salud dental a buscar información adicional relacionada a estos asuntos a través de las lecturas incluidas en la bibliografía o poniéndose en contacto con las asociaciones dentales locales o el CDC.

## BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

### Bloodborne Pathogens

Alter MJ. The detection, transmission, and outcome of hepatitis C virus infection. *Infectious Agents and Disease* 1993; 2:155-166.

Beekman SE, Henderson DK. Managing occupational risks in the dental office-. HIV and the dental professional. *JADA* 1994;125:847-52.

Bell DM, Curran JW. Human immunodeficiency virus infection. In: Bennett JV, Brachman PS, eds. *Hospital Infections*, 3rd ed. Boston: Little, Brown, and Co, pp 823-48.

Bell DM, Gerberding JL. Human immunodeficiency virus (HIV) postexposure management of healthcare workers. *Am J Med* 1997; 102 (5B): I- 126

Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Service statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine postexposure. *MMWR* 1990;39(No. RR-1).

Centers for Disease Control and Prevention. Hepatitis B virus: a comprehensive strategy for eliminating transmission in the United States through universal childhood vaccination. *MMWR* 1991;40.

Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS surveillance report. 1996;8:21.

Centers for Disease Control and Prevention. Update: Provisional Public Health Service recommendations for chemoprophylaxis after exposure to HIV. *MM)VR* 1996;45:468-72.

Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for follow-up of health-care workers after occupational exposure to hepatitis C virus. *MMY@R* 1997;46:603-6.

Center for Disease Control and Prevention. Public Health Service Guidelines for the Management of Health-Care Worker Exposure to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMV-TR* 1998;47:1-33

Cleveland JL, Lockwood SA, Gooch BF, et al. Percutaneous injuries during dental procedures: an observational study. *JADA* 1995;126:745-51.

Cleveland JL, Siew C, Lockwood SA, Gruninger SE, Gooch BF, Shapiro CN. Hepatitis B vaccination and infection among US dentists, 1983-1993. *JADA* 1996;127:1385-92.

Cleveland JL, Gooch BF, Lockwood SA. Occupational blood exposures in dentistry: a decade in review. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1997.

Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. 29 CFR Part 1910.1030, occupational exposure to bloodborne pathogens; final rule. Federal Register 565(235):64004-182, 1991.

Fahey BJ, Beekman SE, Schmitt JM, et al. Managing occupational exposure to HIV-1 in the healthcare workplace. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1993;14:405-12.

Fazely F, Haseltine WA, Rodger RF, et al. Postexposure chemoprophylaxis with ZDV or ZDV combined with interferon: failure after inoculating rhesus monkeys with a high dose of SIV. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1991;4:1093-7.

Gaughwin MD, Gowans E, Ali R, et al. Blood needles: the volumes of blood transferred in simulations of needlestick injuries and shared use of syringes for injection of intravenous drugs. *Aids* 1991;5:1025-7.

Gerberding JL. Is antiretroviral treatment after percutaneous HIV exposure justified? (editorial). *Ann of Int Med* 1993;118:979-80.

Gerberding JL and Henderson DK. Management of occupational exposure to bloodborne pathogens:

C, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 1992;14:1179-85.

Gruninger SE, Siew C, Chang S-B, et al. Hepatitis B, C and HIV infection among dentists (Abstract 213 1). *J Dent Res* 1991;70:532.

Gruninger SE, Siew C, Chang S-B, et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection among dentists. *JADA* 1992; 123: 57-64.

Henderson DK, Beekman SE. Management of occupational exposures to bloodborne pathogens. In: Glick M, ed. *Dental Management of Patients with HIV*. Carol Stream, IL: Quintessence, 1994:275-87.

Henderson DK, Fahey BJ, Willy M, et al. Risk for occupational transmission of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) associated with clinical exposure. A prospective evaluation. *Ann Intern Med* 1990; 113:740-6.

Ho D, Moudgil T, Alam M. Quantitation of human immunodeficiency virus type I in the blood of infected persons. *N Engl J Med* 1988;391:284.

Ippolito G, Puro V, DeCarli G. The risk of occupational human immunodeficiency virus infection in health care workers. Italian multicenter study. *Arch Intern Med* 1993;153:1451-8.

Kiyosawa K, Sodeyaina T, Tanaka E, et al. Hepatitis C in hospital employees with needlestick injuries. *Ann Intern Med* 1991;115:367-9.

Klein RS, Freeman K, Taylor PE, Stevens C. Occupational risk for hepatitis C virus infection among New York City Dentists. *Lancet* 1991;338:1539-42.

Marcus R. CDC Cooperative Needlestick Study Group. Surveillance of health-care workers exposed to blood from patients infected with the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1988;319:1118-23.

Mitsui T, Iwano K, Masuko K, et al. Hepatitis C virus infection in medical personnel after needlestick accident. *Hepatology* 1992;16:1109-14.

Moseley JW, Edwards VM, Casey G, et al. Hepatitis B virus infection in dentists. *N Engl J Med* 1975; 293:729-34.

Puro P, Ippolito G, Guzzanti E, et al. Zidovudine prophylaxis after accidental exposure to HIV: the Italian experience. *AIDS* 1992;6:963-9.

Ramos-Gomez F, Ellison J, Greenspan D, Bird W, Lowe S, Gerberding JL. Accidental exposures to blood and body fluids among health care workers in dental teaching clinics: a prospective study. *JADA* 1997;128:1253-61

Reingold AL, Kane MA, Hightower AW. Failure of gloves and other protective devices to prevent transmission of hepatitis B virus to oral surgeons. *JAMA* 1988;259:2558-60.

Ruprecht RM, O'Brien LG, Rossoni LD, et al. Suppression of mouse viraemia and retroviral disease by 3'-azido-2'-deoxythymidine. *Nature* 1986;323:467-9.

Shih C-C, Kaneshima H, Rabin L, et al. Postexposure prophylaxis with zidovudine suppresses human immunodeficiency virus type I infection in SCID-hu mice in a time-dependent manner. *J Infect Dis* 163:625-627; 1991.

Shirazian D, Herzlich BC, Mokhtarian F, et al. Needlestick injury: blood, mononuclear cells, and acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Infect Control* 1992;20:133-7.

Short LJ, Bell DM. Risk of occupational infection with blood-borne pathogens in operating and delivery room settings. *Am J Infect Control* 1993;21:343-50.

Siew C, Chang S-B, Gruninger SE, et al. Self-reported percutaneous injuries in dentists: implications for HBV, HIV transmission risk. *JADA* 1992;123:37-44.

Siew C, Gruninger SE, Chang S-B, et al. Seroprevalence of hepatitis B and HIV infection among oral surgeons (Abstract 143 1). *J Dent Res* 1994; 73:28 1.

Siew C, Gruninger SE, Mitchell EW, et al. Survey of hepatitis B exposure and vaccination in volunteer dentists. *JADA* 1987; 114:457-9.

Tavares L, Roneker C, Johnston D, et al. 3'-Azido-3'-deoxythymidine in feline leukemia virus-infected cats: a model for therapy and prophylaxis of AIDS. *Cancer Res* 1987;47:3190-4.

Thomas DL, Giuninger SE, Siew C, Joy ED Quinn TC. Occupational risk of hepatitis C infections among general dentists and oral surgeons in North America. *Am J Med* 1996;100:41-45

Tokars JJ, Marcus R, Culver DH, et al. Surveillance of HIV infection and zidovudine use among health care workers after occupational exposure to HIV-infected blood. *Ann Intern Med* 1993; 118:913-9.

US Department of Health and Human Services. Dental Infection Control File: Practical Infection Control in the Dental Office. Atlanta/Rockville, Md: CDC/FDA, 1993. #PB-94113990

Shih C-C, Kaneshima H, Rabin L, et al. Postexposure prophylaxis with zidovudine suppresses human immunodeficiency virus type I infection in SCID-hu mice in a time-dependent manner. *J Infect Dis* 163:625-627; 1991.

Shirazian D, Herzlich BC, Mokhtarian F, et al. Needlestick injury: blood, mononuclear cells, and acquired immunodeficiency syndrome. *J Infect Control* 1992;20:133-7.

Short LJ, Bell DM. Risk of occupational infection with blood-borne pathogens in operating and delivery room settings. *Am J Infect Control* 1993;21:343-50.

Siew C, Chang S-B, Gruninger SE, et al. Self-reported percutaneous injuries in dentists: implications for HBV, HIV transmission risk. *JADA* 1992;123:37-44.

Siew C, Giuninger SE, Chang S-B, et al. Seroprevalence of hepatitis B and HIV infection among oral surgeons (Abstract 143 1). *J Dent Res* 1994; 73:28 1.

Siew C, Gruninger SE, Mitchell EW, et al. Survey of hepatitis B exposure and vaccination in volunteer dentists. *JADA* 1987; 114:457-9.

Tavares L, Roneker C, Johnston D, et al. 3'-Azido-3'-deoxythymidine in feline leukemia virus-infected cats: a model for therapy and prophylaxis of AIDS. *Cancer Res* 1987;47:3190-4.

Thomas DL, Gruninger SE, Siew C, Joy ED Quinn TC. Occupational risk of hepatitis C infections among general dentists and oral surgeons in North America. *Am J Med* 1996; 100:41-45

Tokars JJ, Marcus R, Culver DH, et al. Surveillance of HIV infection and zidovudine use among health care workers after occupational exposure to HIV-infected blood. *Ann Intern Med* 1993; 118:913-9.

US Department of Health and Human Services. Dental Infection Control File: Practical Infection Control in the Dental Office. Atlanta/Rockville, Md: CDC/FDA, 1993. #PB-94113990

Woolwine J, Mast S, Gerberding JL. Factors influencing needlestick infectivity and decontamination efficacy: an ex vivo model (Abstract 1188). Thirty-second interscience conference on antimicrobial agents and chemotherapy, Anaheim. Washington, DC: American Society for Microbiology, 1992.

#### Tuberculosis

Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in health-care settings, 1994. *MMWR* 1994; RR-13.

Centers for Disease Control and Prevention, Self-reported tuberculin skin testing among IHS and BOP dentists. *MMWR* 1994;43:209-11.

Cleveland J, Gooch B, Bolyard E, Simone P, Mullan R, Marianos D. TB infection control recommendations from the CDC, 1994: Considerations for dentistry. *JADA* 1995;126:593-600

Cleveland JL, Kent J, Gooch BF, et al. Multi-drug resistant *Mycobacterium tuberculosis* in an HIV dental clinic. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1995; 16:7-11

Roderick Smith Vv'H, Davis D, Mason KD, Onions JP, et al. Intraoral and pulmonary tuberculosis following dental treatment. *Lancet* 1982;1:842-4.

# *Capítulo 5*



## **Asuntos Psicosociales y Éticos Relacionados al Cuidado Dental de Pacientes con VIH/SIDA**



### *Líderes del Taller:*

Barbara Gerbert, Ph.D., UC-San Francisco School of Dentistry, San Francisco, California

### *Participantes:*

Gary Chiodo, D.M.D., OHSU School of Dentistry, Portland, Oregon

Carolyn F. Gray, American Association of Dental Schools, Washington, D.C.

Lewis Lampiris, D.D.S., M.P.H., Chicago, Illinois

Debbie Lewis, B.D.S., Kings Dental Hospital, London, UK

Vincent C. Rogers, D.D.S., M.P.H., Temple University School of Dentistry, Philadelphia, Pennsylvania

A los profesionales en todas las ramas de la salud se les exigen normas altas de práctica y de principios éticos básicos del cuidado de salud. A los profesionales de la salud dental se les enseña que han de adherirse al código de ética de la profesión y que deben mantener dichas normas para el beneficio de todos los pacientes y el bien de la profesión. El espectro de la infección de VIH y SIDA, sin embargo, y la llegada de la complejidad y los temores médicos relacionados a la transmisión de la enfermedad, han desafiado a profesionales de la salud dental a reexaminar y reenfatizar nuevamente sus obligaciones éticas.

Los profesionales del cuidado de la salud dental confrontan consideraciones psicosociales y éticas únicas y extraordinarias mientras ejercen sus profesiones en el medio de la epidemia del SIDA. Los siguientes seis principios básicos de ética de cuidado de salud y conducta profesional han de enmarcar los criterios que deben ser utilizados por el profesional de salud oral.



**Todo profesional de la salud oral posee la obligación ética de atender a personas con la enfermedad del VIH**

Porque los números de personas infectadas con VIH continúan aumentando y personas infectadas están viviendo más tiempo, todos los profesionales de la salud se les solicitara que provean cuidado primario a esta población.

**Todos los pacientes y profesionales dentales se benefician cuando el proveedor dental colabora con todos los otros miembros del equipo de cuidado primario de la salud del paciente**

Este enfoque interdisciplinario de cuidado optimiza el potencial para un resultado positivo en la salud del paciente.

**Los profesionales de la salud oral deben asegurar a todos los pacientes la confidencialidad entre proveedor-paciente.**

A causa del potencial para la discriminación basada en la revelación de un estatus positivo de VIH, el deber de mantener la confidencialidad es crítico. Las leyes estatales le pueden requerir al profesional de cuidado de la salud dental que obtenga el consentimiento escrito del paciente para revelar información relacionada a VIH a otros profesionales de cuidado de la salud.

**Existen numerosos beneficios y dificultades cuando se trata a pacientes que están infectados con VIH.**

Los profesionales dentales son académica e intrínsecamente recompensados por tratar a esta población de pacientes médicamente comprometidos. No obstante, el potencial de desgaste emocional (“burnout”) debe ser identificado y atendido.

**La relación entre el paciente infectado con VIH y su proveedor dental se debe basar en la confianza mutua y la comunicación abierta y franca.**

Dentro del contexto de una relación de apoyo entre el proveedor y el paciente, el profesional dental debe valorar las implicaciones de la salud del paciente, su conducta actual de riesgo, incluyendo actividad sexual, el alcohol, y el uso de drogas; así como también el potencial para otra conducta de riesgo. Los modelos de reducción de riesgo deben ser incluidos en estas discusiones cuando sea apropiado.

**El profesional de cuidado de la salud dental debe esforzarse para que el paciente tome decisiones informadas.**

Para asegurar que el paciente sea un participante en las decisiones de su salud, el dentista debe evaluar la capacidad decisional del paciente. Dado que algunas enfermedades relacionadas al VIH pueden afectar los procesos cognoscitivos del paciente, las siguientes preguntas pueden ayudar a los profesionales dentales a decidir el nivel de participación que ellos pueden esperar del paciente con respecto a decisiones relacionadas al tratamiento:

- 1) Puede el paciente comunicar una decisión firme?
- 2) Puede el paciente entender la información relevante?
- 3) Puede el paciente expresar un entendimiento de su situación actual y sus consecuencias?
- 4) Puede el paciente manipular racionalmente la información provista?

## BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Americans with Disabilities Act, Public Law 101, No. 336 (July 13 1990).

Chiodo GT, Tolle SW. The ethical foundations of a duty to treat HIV-positive patients. *Gen Dent* 1997; 45:14-6,18, 20 passim.

Chiodo GT, Tolle SW. When AIDS and ethics meet: Dentistry's obligation to treat all patients. *Dent Teamwork* 1993; 6:20-6.

Gerbert B, Bleecker T, Miyasaki C, Maguire BT. Possible health care professional-to-patient HIV transmission. *JAMA* 1991; 265:1845-8.

Gerbert B, Sumser J, Chamberlin K, Maguire B, Greenblatt R, McMaster J. Dental care experiences of HIV-positive patients. *JADA* 1989; 119:601-3.

Glick M, Burriss S. The professional responsibility for care. *Oral Dis* 1997;3 (Suppl):S221-4.

Graham PE, Miller NM, Harel-Raviv M. The law and ethics in relation to dentists treating HIV-positive patients: Two recent court cases. *J Can Dent Assoc* 1995; 61:487-91.

Graham PE, Harel-Raviv M. The law and ethics in dentistry: A recent human rights tribunal judgment with further guidelines concerning dental treatment of HIV-positive patients. *J Can Dent Assoc* 1995; 61:871-4.

Kunzel C, Sadowsky D. Assessing HIV-related attitudes and orientations of male and female general dentists. *JADA* 1995; 126:862-71.

Neidle EA. Infectious disease in dental practice--professional opportunities and obligations, *J Am Coll of Dentists* 1994;61:12-7

Sadowsky D, Kunzel C. Predicting dentists' willingness to treat HIV-infected patients. *AIDS Care* 1996:581-8.

Sfikas JD. Patient rights, provider rights: balancing the conflict. *JADA* 1997; 128:763-6.

Shuman SK; Bebeau MJ. Ethical and legal issues in special patient care. *Dental Clinics of North America* 1994;38:553-75.

**EVALUACIÓN DE POSTEXPOSICIÓN Y  
REQUISITOS DE SEGUIMIENTO  
BAJO LA NORMA DE OSHA  
PARA LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL  
A PATÓGENOS EN SANGRE**

**GUÍA DE LAS OBLIGACIONES  
DEL PATRONO DENTAL**

*Preparado por la Asociación Dental Americana en cooperación con la  
Administración de la Seguridad y Salud Ocupacionales del  
Departamento de Trabajo Estadounidense,  
diciembre 1997*

# Evaluación de Postexposición y Requisitos de Seguimiento bajo la Norma de OSHA para la Exposición Ocupacional a Patógenos en Sangre

## *Guía de las obligaciones del patrono dental*

---

### VISTA GENERAL

La regla final de OSHA para la Exposición Ocupacional a Patógenos en Sangre (29 CFR 1910.1030(f)) requiere que el patrono dental haga disponibles inmediatamente la evaluación médica confidencial y de seguimiento a un empleado que reporta un incidente de exposición.

Un incidente de exposición en cualquier ojo, boca, membrana mucosa, piel no intacta u otro contacto parenteral con sangre u otra materia potencialmente infecciosa (OPIM). (Por ejemplo, una punción por un instrumento punzante contaminado, tal como una aguja de inyección o una cortadura de bisturí o aguja de sutura.) La saliva en procedimientos dentales se trata como OPIM.

El patrono dental tiene que referir al empleado expuesto a un profesional licenciado de cuidado de salud. Esto significa una persona licenciada bajo las leyes del estado donde él/ella

practica para proveer independientemente la evaluación de postexposición y los servicios de seguimiento requeridos por la norma. El profesional de cuidado de salud aconsejará al individuo sobre lo que pasó y cómo evitar la diseminación ulterior de cualquier infección potencial. Él o ella prescribirá el seguimiento apropiado según las recomendaciones actuales del Servicio de Salud Pública Estadounidense. El profesional licenciado de cuidado de salud ha de evaluar también cualquier enfermedad reportada para determinar si los síntomas pueden relacionarse a la infección del Virus de Inmunodeficiencia en Humanos (VIH) o Virus de Hepatitis B (VHB).

*NOTA: La norma está diseñada para evitar la exposición ocupacional a la sangre u OPIM. Si los controles requeridos están en vigor y la norma se aplica correctamente, entonces los incidentes de exposición serán a c o n t e c i m i e n t o s relativamente infrecuentes.*

### GUÍA ESCALONADA DE CUMPLIMIENTO

*NOTA: Esta sección se diseñó para suplementar el flujograma anejo que traza los requisitos de la norma luego de un incidente de exposición.*

#### Reportando el Incidente---

Los empleados deben reportar inmediatamente los incidentes de exposición al patrono para permitir el seguimiento médico oportuno. Según el Servicio de Salud Pública Estadounidense, si la profilaxis postexposición VIH es indicada médicamente, debe iniciarse prontamente, preferiblemente dentro de 1-2 horas luego del incidente de exposición. El reportar inmediatamente también permite al patrono dental a evaluar las circunstancias que rodean el incidente de exposición para tratar de encontrar las maneras de evitar que tal situación ocurra otra vez.

## **Referido a un Profesional de Cuidado de Salud (PCS)---**

Luego de un informe de un incidente de exposición, el patrono dental inmediatamente hará disponible al empleado expuesto una evaluación médica confidencial y de seguimiento sin ningún costo al empleado. El patrono dental es responsable de proveer el seguimiento, pero no está obligado a realizar el seguimiento. El patrono tiene que referir al empleado expuesto a un profesional licenciado de cuidado de salud que hará todas las evaluaciones médicas y procedimientos según las recomendaciones más recientes del Servicio de Salud Pública Estadounidense.

*NOTA: La norma sobre patógenos en sangre es un estándar orientado por la acción. Como tal, requiere que la evaluación y el seguimiento médico se provean según las recomendaciones del servicio del Salud Pública Estadounidense, pero no cita ninguna recomendación específica. OSHA intencionalmente redactó la norma de esta manera para asegurar que se siguieran las recomendaciones más recientes.*

## **Documentación--**

El patrono dental tiene que preparar un informe sobre el incidente de exposición, incluyendo la(s) ruta(s) de la exposición, las circunstancias bajo las cuales el incidente de exposición ocurrió y la identidad del paciente que es la fuente de ser conocido y estar permitido por ley (ver Identificación y Prueba de Sangre del Paciente que es la Fuente en la página 3). Este informe tiene que colocarse en el expediente médico confidencial del paciente. Además, una copia se le debe proveer al profesional de cuidado de salud que hace la evaluación.

*NOTA: Además, un incidente de exposición puede satisfacer los criterios para los Requisitos de OSHA referentes al mantenimiento de expedientes como una "herida ocupacional archivable". Estos requisitos aplican a patronos dentales con once o más empleados a los cuales se les requiere llenar las formas OSHA 200 (Bitácora y Resumen de Heridas y Enfermedades Ocupacionales) y 101 (Registro Suplementario de Heridas y Enfermedades*

*Ocupacionales). Los criterios para registrar tales circunstancias incluyen lo siguiente:*

1. El incidente resulta en una pérdida de conocimiento, la transferencia a otro trabajo o una restricción de trabajo; o
2. El incidente resulta en el manejo o la recomendación de tratamiento médico más allá de los primeros auxilios (por ejemplo, globulina gamma, globulina de hepatitis B, vacuna de hepatitis B, zidovudina u otros medicamentos de receta); o
3. El incidente resulta en un diagnóstico de seroconversión.

Los patronos dentales con menos de once empleados tienen que preparar un informe sobre el incidente de exposición, pero no se les requiere llenar los formularios de OSHA 101 y 200.

## **Información a ser Provista al PCS (Profesional de Cuidado de Salud)---**

El Patrono dental tiene que proveer al profesional licenciado de cuidado de salud con una copia de la

norma de patógenos en sangre; una descripción de los deberes de trabajo del empleado según se relacionan al incidente; un informe del incidente de exposición específico, incluyendo las rutas de la exposición y circunstancias bajo las cuales la exposición ocurrió; los resultados de la prueba de sangre del paciente que es la fuente, de ser disponible; y los archivos médicos pertinentes del empleado, incluyendo la situación de vacunación, los cuales son de la responsabilidad del patrono para guardar. No tienen que proveerse múltiples copias de la norma al mismo profesional de cuidado de salud (por ejemplo, si se le proveyó una copia al profesional de cuidado de salud con relación a un incidente de exposición previo).

### **Identificación y Examen de Sangre del Paciente que es la Fuente---**

El Patrono tiene que identificar y documentar por escrito al paciente que es la fuente en un incidente de exposición, a menos que no sea posible o este prohibido por ley estatal o local. El Patrono dental tiene que

contactar al paciente que es la fuente, de conocer el mismo, y solicitar su consentimiento para ser examinado para la ineffectividad VHB y VIH y para revelar los resultados del examen al empleado expuesto.

De no obtenerse el consentimiento y de ser requerido por ley local, el Patrono dental tiene que documentar ese hecho por escrito como parte del informe del incidente de exposición. Si se consigue el consentimiento o de no ser requerido legalmente y la sangre del paciente que es la fuente está disponible, la sangre del mismo tiene que examinarse en cuanto sea factible. Los resultados de la prueba tienen que hacerse disponibles al empleado expuesto y él o ella tiene que ser informado sobre las leyes y regulaciones aplicables relacionadas a la divulgación ulterior de la identidad y condición infecciosa del paciente que es la fuente.

*NOTA: Para aquellas jurisdicciones que no requieran el consentimiento del paciente, la sangre del paciente que es la fuente, de ser disponible, debe ser examinada. El termino de "de estar disponible" aplica*

*a muestras de sangre que ya han sido tomadas del paciente que es la fuente. OSHA no requiere volver a tomar sangre para el examen de VHB y VIH sin el consentimiento del paciente que es la fuente.*

### **Colección y Examen de Sangre del Empleado---**

Esta sección y las tres siguientes sobre Consejería, Profilaxis de Postexposición y la Evaluación de Enfermedades Reportadas, discuten los servicios médicos que tienen que proveerse gratis a un empleado que tiene un incidente de exposición. El Patrono dental está obligado a concertar con un profesional licenciado de cuidado de salud para proveer estos servicios.

Si el empleado consiente, el profesional de cuidado de salud, cuan pronto sea factible, recogerá la sangre del empleado expuesto y llevará a cabo un examen inicial para establecer la condición serológica VHB y VIH del empleado. La prueba inicial permite al profesional de cuidado de salud determinar si cualquier enfermedad subsiguientemente diagnosticada se

adquirió como resultado del incidente de exposición.

El empleado tiene el derecho de rehusar ser examinado o demorar la prueba de la sangre recogida hasta 90 días. Si el empleado consiente a la colección de la sangre de base, pero no da el consentimiento para la prueba de VIH en ese momento, la muestra debe preservarse no menos de 90 días. Si, dentro de los 90 días luego del incidente de exposición, el empleado elige que se examine la muestra inicial, tal prueba se hará por el profesional de cuidado de salud tan pronto sea factible.

El profesional de cuidado de salud notificará al empleado de todo los resultados de prueba. Todo examen de laboratorio tiene que hacerse por un laboratorio acreditado sin ningún costo al empleado.

#### **Consejería--**

La consejería es un componente vital de los procedimientos de seguimiento requeridos de post-exposición. El profesional de cuidado de salud aconsejará al empleado en relación a su condición contagiosa, incluyendo los resultados de y la interpretación de todo examen, discutirá con el

empleado el riesgo potencial de infección y la necesidad de profilaxis de postexposición y la protección de contactos personales.

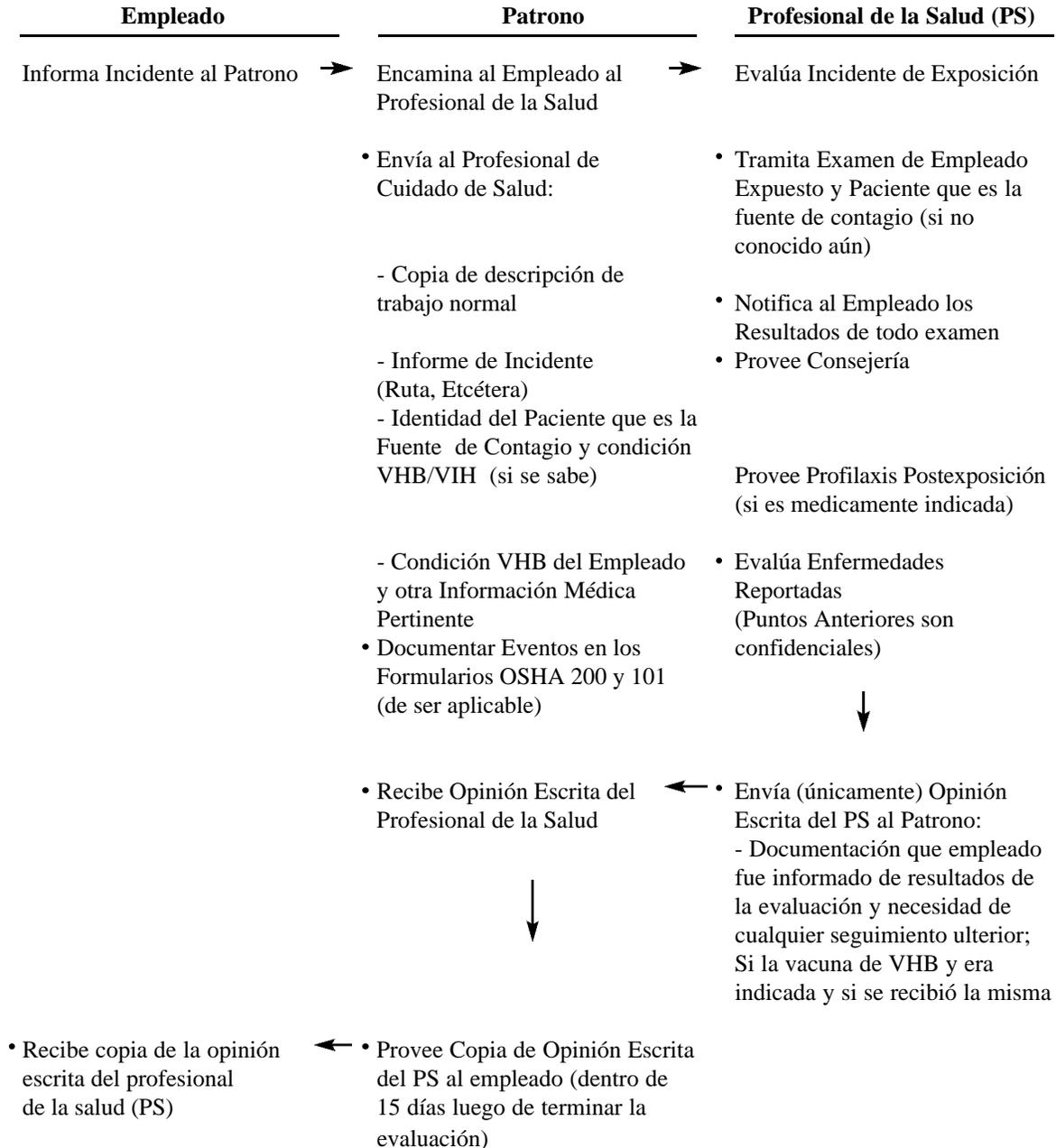
#### **Profilaxis de Postexposición--**

El profesional licenciado de cuidado de salud recetará las medidas profilácticas apropiadas, de ser médicamente indicadas, según recomendadas por el Servicio de Salud Pública Estadounidense.

*NOTA: Ya que la prueba y profilaxis de postexposición son un campo*

# Flujograma

*Ocurre Incidente de Exposición*



De cambio y desarrollo rápidos, tienen que proveerse según las recomendaciones más recientes del Servicio de Salud Pública Estadounidense al momento en que se realizan el examen y profilaxis de postexposición. El proceso de seguimiento puede implicar visitas múltiples al PCS para pruebas de sangre de serie, el monitorear de medicamentos (de ser recetados) etcétera.

Por ejemplo, para empleados que no han recibido la serie de vacunas VHB, la misma (y en algunas circunstancias inmunoglobulina de hepatitis B), debe ofrecerse lo antes posible luego del incidente de exposición, pero no más de siete días después del incidente.

Además, para VIH, las guías del CDC de 1996 expresan que "quimioprofilaxis se debe recomendar a trabajadores expuestos después de exposiciones ocupacionales asociadas con el riesgo más alto de transmisión de VIH. Para exposiciones con un riesgo más bajo, pero no insignificante, la profilaxis de postexposición debe ofrecerse, equilibrando el riesgo

más bajo contra el uso de drogas que tienen una eficacia y toxicidad inciertas. Para exposiciones con riesgo insignificante, no se justifica la profilaxis de postexposición."

### **Evaluación de Enfermedades Reportadas--**

El profesional de cuidado de salud también evaluará cualquier enfermedad reportada del empleado expuesto para determinar si los síntomas pueden relacionarse a la infección de VHB o VIH. Esta estipulación asegura que empleados expuestos tendrán el beneficio de una evaluación médica temprana y un tratamiento y profilaxis recomendado de una manera oportuna.

*NOTA: Este requisito no debe interpretarse para decir que el patrono dental es responsable por el costo del tratamiento de la enfermedad, que está más allá del alcance de los requisitos de seguimiento de la norma.*

### **Opinión Escrita del PCS--**

Luego que el profesional de cuidado de salud termine la evaluación, él o ella tiene que proveer al patrono dental

con una opinión escrita. La norma requiere que la opinión escrita del profesional de cuidado de salud contenga solo: documentación detallando que el empleado expuesto fue informado de los resultados de la prueba de evaluación; y la necesidad de seguimiento ulterior. Si se le provee vacunación de VHB como parte de la profilaxis de postexposición, la opinión debe expresar también si se le indicó la vacuna de VHB al empleado y si el empleado fue vacunado. Cualquier otro hallazgo o diagnóstico tiene que permanecer confidencial y no incluirse en el informe escrito.

El Patrono dental tiene que proveer una copia de la opinión escrita del profesional de cuidado de salud evaluador al empleado expuesto dentro de los 15 días luego de realizar la evaluación. El documento original debe colocarse en el expediente médico confidencial del empleado.

### **Mantenimiento de Expedientes Médicos--**

El Patrono dental tiene que establecer y mantener los expedientes médicos de una

manera confidencial. La norma no requiere que el Patrono mantenga la posesión de los archivos. Si los expedientes médicos se dejan en la posesión del PCS que provee el protocolo de seguimiento, es responsabilidad del Patrono coordinar con el PCS para mantener y guardar los archivos confidenciales, según requerido la norma.

Los archivos tienen que mantenerse por la duración de empleo más 30 años según la norma de OSHA sobre el Acceso a La Exposición y los Expedientes Médicos del Empleado, 29 CFR 1910.20.

Bajo la norma, puede que los patronos dentales tengan que confiar en los profesionales del cuidado de salud de llevar a cabo ciertas

obligaciones de OSHA, tales como mantener los expedientes médicos del empleado de una manera confidencial, guardar los archivos por la duración de empleo más 30 años y proveer la evaluación de postexposición apropiada y los servicios de seguimiento. El patrono dental tiene una obligación de asegurar el acatamiento de la norma. Sin embargo, a él o ella no se le considera generalmente responsable por infracciones que resultan de las acciones del profesional del cuidado de salud si el patrono dental ha actuado en buena fe para contratar con una entidad responsable y no existe ninguna razón para preveer que el contratista no ha de cumplir con sus obligaciones.

## **MATERIAL ADICIONAL PROVISTO**

Para su información adicional, los documentos siguientes también son provistos:

--- Un flujograma proveyendo dirección visual escalonada sobre los requisitos de la norma para la evaluación de postexposición y seguimiento.

--- Una muestra de "Preguntas y Respuestas" relacionadas a las preocupaciones del patrono dental.

--- Una lista de Referencia, incluyendo publicaciones de OSHA, así como las guías y recomendaciones pertinentes del CDC.

### **La Evaluación de Postexposición y los Requerimientos de Seguimiento bajo los Estándares de OSHA para las Exposiciones Ocupacionales a Patógenos En Sangre**

---

#### *Preguntas y Respuestas para Patronos Dentales*

#### **Selección del profesional del Cuidado de Salud --**

¿Puede el patrono dental escoger al profesional del cuidado de salud?

Sí, el patrono dental, en vez del empleado, es la persona que tiene derecho a

seleccionar un profesional del cuidado de salud para administrar la vacunación de hepatitis B, la evaluación de postexposición y proveer los servicios de seguimiento requeridos bajo los estándares. Los patronos dentales serían sabios al escoger a un profesional del cuidado de

salud que esté familiarizado con las normas y recomendaciones provistas para evaluaciones de postexposición y el protocolo de seguimiento. El Servicio de Salud Pública de los EE.UU. recomienda que de ser posible, la evaluación y el seguimiento médico han de

ser provistos por un médico con experiencia en tratar a personas en terapias antirretrovirales y la transmisión de VIH. En este aspecto, el patrono dental debe identificar y tener en el récord, a un profesional del cuidado de salud con la experiencia apropiada, o a un profesional del cuidado de salud que consulte con una persona que posea tal experiencia.

### **Obligación del Patrono en Relación a las Recomendaciones del CDC --**

*Desde que se incorporó la norma por referencia a las recomendaciones del CDC para la profilaxis de postexposición, ¿cuáles son las obligaciones del patrono dental cuando las guías del CDC no son claras o cuando el profesional del cuidado de salud recomienda tratamiento más allá de lo establecido en las guías del CDC?*

Bajo la norma, es la responsabilidad del patrono dental, luego de un incidente de exposición, a inmediatamente hacer disponible al empleado expuesto a la profilaxis de postexposición, de ser médicamente indicada. La norma requiere que profilaxis de postexposición

sea proporcionada en conformidad con las recomendaciones del Servicio de la Salud Pública Estadounidense, pero no cita recomendaciones específicas.

OSHA redactó intencionalmente la norma con este enfoque para así asegurar que las recomendaciones más recientes serían seguidas. Porque los exámenes de profilaxis de postexposición son campos que cambian y se desarrollan rápidamente, deben ser vistos según las recomendaciones del Servicio de la Salud Pública Estadounidense actuales al momento en que se realiza el examen de postexposición y profilaxis.

Actualmente, para los empleados que no han recibido la serie de vacunas de VHB, vacunación de VHB (y en algunas circunstancias inmunoglobulina de hepatitis B) deberá ser ofrecida tan pronto como sea posible después del incidente de la exposición, pero no más de siete días luego del incidente.

Con respecto a la enfermedad del VIH, las guías del CDC de terapias postexposición de medicamentos antirretrovirales están

evolucionando constantemente. El PCS que provee la evaluación de postexposición y el seguimiento debe asegurarse que se siga las guías actuales del CDC. En orden de asistir al PCS que realiza la evaluación a seguir las guías del CDC, el patrono dental debe asegurar que el empleado expuesto recibe inmediatamente una evaluación de postexposición (según el CDC, preferiblemente dentro de 1-2 horas, pero no luego de 24 horas) después del incidente de la exposición.

*Nota: Las recomendaciones del Servicio público de Salud de los EE.UU. provee guías para la quimioprofilaxis de postexposición. Sin embargo, el uso de quimioprofilaxis de postexposición es una decisión clínica que debe ser individualizada para cada incidente involucrando un empleado.*

### **Cambios a las Recomendaciones del CDC --**

*Cómo los dentistas han de enterarse de los cambios en las guías del CDC que afectan sus obligaciones bajo OSHA?*

Las guías y recomendaciones del CDC son distribuidas extensamente y están fácilmente disponibles a los profesionales del cuidado de salud del CDC o directamente a través de asociaciones profesionales. Suscripciones directas al Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad (MMWR) están disponibles. Debido a la naturaleza siempre cambiante de la industria del cuidado de salud, los profesionales rutinariamente procuran mantenerse informados de los nuevos desarrollos.

Por lo tanto, OSHA no anticipa que los patronos dentales o profesionales del cuidado de salud que sean evaluadores tengan dificultad en obtener guías futuras o las recomendaciones del CDC. [Ver Referencias.]

### **Confidencialidad --**

¿Por qué al patrono dental se le ha negado acceso a los resultados de las pruebas de VHB o VIH del empleado y el paciente que es la fuente? ¿Cómo puede el patrono dental obedecer las leyes del estado implementando las normas del CDC en la práctica de empleados del

cuidado de salud infectados si al dentista no se le permite conocer los resultados de las pruebas del empleado luego de un incidente de exposición?

Es muy importante el mantener los expedientes médicos confidenciales para asegurar que los empleados reporten los incidentes de exposición y participen en la evaluación de postexposición y de seguimiento. La norma requiere que los expedientes médicos sean mantenidos confidenciales y que no sean revelados sin el consentimiento del empleado, a menos que sea requerido por la norma o por ley. Por ejemplo, si una ley requiere que la información sea provista a un condado o departamento de salud estatal, el estándar no prohíbe su diseminación.

Además, la norma no prohíbe al patrono dental de proveer exámenes rutinarios a todos sus empleados para determinar el estatus VHB y VIH. Tales exámenes rutinarios le permite a los patronos dentales a aprender el estatus VHB y VIH de todos sus empleados, no solo aquellos que han sufrido un incidente de exposición. Los patronos dentales deben estar

enterados, sin embargo, que leyes Federales, locales y del estado prohíben la discriminación contra los incapacitados, pueden hacer ilegal el realizar exámenes rutinarios a los empleados. Ningún patrono dental debe implantar tal programa sin primero obtener el asesoramiento de su abogado personal.

### **Consentimiento del Paciente Fuente --**

¿Puede la obligación del patrono dental de documentar la identidad del paciente fuente y el proporcionar los resultados del examen del paciente fuente al empleado expuesto conllegir con las leyes de Confidencialidad del estado?

La norma requiere que se examine la sangre del paciente fuente para VIH y VHB, y que se le revele los resultados al empleado expuesto, solamente cuando sea permitido y no este en violación de las leyes o las reglamentaciones aplicables. La norma requiere además que el empleado expuesto sea informado de cualquier ley o reglamentaciones aplicables a revelar la identidad y el estatus de la infección del

paciente fuente. Por lo tanto, la norma no le requiere a patronos dentales a violar las leyes de privacidad aplicables.

### **Expedientes Médicos --**

¿Puede el patrono dental hacer los arreglos para que el profesional del cuidado de salud mantenga la confidencialidad de los expedientes médicos de los empleados?

Sí. La norma de los patógenos en sangre permite para tales arreglos. El patrono dental puede contratar simplemente con el profesional del cuidado de salud que realiza la vacunación de VHB o la evaluación de postexposición y de seguimiento a que mantenga los expedientes como parte del servicio que él o ella esta proveyendo, así como los expedientes que los dentistas mantienen para sus propios pacientes. Mientras la norma requiere que los patronos establezcan y mantengan los expedientes médicos confidenciales para cada empleado incluyendo el estatus de vacunación de VHB, la evaluación y el seguimiento de incidentes de exposición, no existe la necesidad de que los

expedientes sean mantenidos en el lugar del empleo. Los expedientes deben, sin embargo, ser mantenidos de forma que sean accesibles a OSHA.

Nota.- En conformidad con la norma de OSHA para el Acceso a los Expedientes Médicos de Exposiciones del Empleado, 29 CFR 1910.1020, los expedientes médicos del empleado deben ser accesibles al empleado (o al representante del empleado) y los representantes de OSHA. Para cumplir con esta obligación, el patrono dental debe asegurar que el solicitante tenga la oportunidad de examinar los expedientes médicos pertinentes del empleado dentro de un termino razonable (en otras palabras, dentro de 15 días de trabajo).

### **Obligación del Patrono con Empleados Anteriores -**

¿Qué obligación tiene el patrono dental en pagar las evaluaciones de postexposición y de seguimiento luego que el empleado expuesto abandona el empleo del dentista?

La norma requiere al patrono dental a hacer

inmediatamente disponible al empleado que reporta un incidente de exposición una evaluación medica confidencial y de seguimiento. Dado a la naturaleza inmediata de este requerimiento, no es probable que el empleado finalice su empleo antes del comienzo de la evaluación de postexposición y de seguimiento. No obstante, una vez que el empleado finalice su término de empleo, el patrono dental ya no esta obligado a cumplir con los requisitos de la norma dado que no existe la relación de empleado/patrono. Sin embargo, los patronos deben estar conscientes de las leyes de compensación de los empleados que pueden ser aplicables aún después de la cesación de la relación de empleado/patrono.

### **Empleados Temporeros Provistos por una Agencia del Empleo --**

Cuando empleados temporeros son provistos por una agencia de empleo, ¿qué obligación posee el patrono dental de proporcionar evaluaciones de postexposición y de servicios de seguimiento?

En respecto a empleados

temporeros, todos los requisitos de la norma son aplicables. En el caso de empleados temporeros provistos por una agencia de personal, el patrono que suministra a los empleados ("patrono que suministra") y la oficina del cliente a la cual ellos suministran los empleados ("patrono que utiliza") ambos poseen una responsabilidad compartida de asegurar que los empleados sean protegidos de peligros en el lugar de trabajo. Al patrono que suministra, quien mantiene una relación continua con los empleados, se le requiere asegurarse que todos los empleados sean proporcionados con las vacunaciones requeridas y las evaluaciones de seguimiento. El patrono que utiliza no será responsable de proporcionar las vacunaciones requeridas y las evaluaciones de seguimiento a menos que el contrato específicamente lo requiera del patrono que utiliza.

La Ansiedad del Paciente Potencial La norma requiere examinar al paciente fuente, de ser posible, luego de un incidente de exposición. ¿No podría este requisito interferir con la relación medico/paciente y causarle ansiedad al

paciente dado una posible interpretación errónea de la solicitud (en otras palabras, que el paciente en vez del empleado sea el que haya sido potencialmente expuesto)?

Examinar al paciente fuente, de ser posible, es muy importante para minimizar la ansiedad experimentada por un empleado luego de incidentes de exposición. Examinar el estatus infeccioso del paciente fuente provee a los empleados expuestos con información que los ha de ayudar en la toma de decisiones con respecto a examinar su propia sangre, en cumplimiento con otros elementos del manejo de postexposición, y al utilizar precauciones sobre cómo prevenir la transmisión a contactos personales. Además, tales exámenes ayudan al profesional del cuidado de salud a decidir el seguimiento apropiado.

Nosotros reconocemos que algunos dentistas pueden tener inquietudes en relación a los temores potenciales de los pacientes, sin embargo, nosotros hemos notado que la norma esta diseñada para prevenir la exposición ocupacional a sangre u OPIM

y, de ser apropiadamente implementada, los incidentes de exposición serán acontecimientos infrecuentes. De ocurrir un incidente de exposición, muchas gestiones pueden ser realizadas para eliminar o reducir la ansiedad del paciente. A menudo, los profesionales médicos deben comunicar información sensible o desagradable a pacientes y han aprendido a hacerlo sin alarmar a los pacientes indebidamente.

Por ejemplo, cuando un profesional del cuidado de salud trata a un paciente en una oficina dental o cualquier otra oficina médica, él o ella típicamente explica los procedimientos y normas al paciente antes de que se provean los servicios. OSHA sugiere que como parte de esta discusión, sería apropiado para el patrono dental explicar los requisitos de la norma de examinar al paciente fuente para determinar si un empleado ha sido expuesto. El discutir a fondo este asunto antes de, o al momento de, un incidente de exposición ha de probablemente reducir la ansiedad del paciente y los posibles mal entendidos.

### **Obligación del Patrono de Proveer Tratamiento Médico -**

¿Qué obligación posee el patrono dental de pagar el tratamiento médico de una enfermedad adquirida como resultado de un incidente de exposición?

La norma requiere que el patrono ofrezca los exámenes disponibles, profilaxis de postexposición (de ser indicado médicamente), consejería y la evaluación de enfermedades reportadas. El tratamiento de la enfermedad está más allá del alcance de la norma de seguimiento requerida. [El tratamiento de la enfermedad es manejado generalmente bajo compensación de empleados u otros seguros de incapacidad]

### **Responsabilidad de Obtener Opinión Escrita -**

¿Qué se acontece si el profesional del cuidado de

salud incumple con su obligación de proporcionar una opinión escrita según requerido por la norma? ¿Puede el patrono dental ser encontrado responsable?

Según indicado previamente, el patrono dental tendrá que confiar que el profesional del cuidado de salud realice ciertas obligaciones de OSHA, tales como el proveer la evaluación apropiada de postexposición y de servicios de seguimiento, incluyendo proporcionar una opinión escrita al patrono dental. El patrono dental es responsable de proporcionar al profesional del cuidado de salud con la información pertinente (Ver Información Proporcionada al PCS, página 3; Diagrama Descriptivo, página 5). En particular, el patrono dental debe asegurarse que el profesional del cuidado de salud entienda los requisitos de la norma y que este de acuerdo en obedecerlos.

Permanece, sin embargo, la obligación del patrono dental de asegurarse que él o ella obtiene y provee al empleado expuesto una copia de la opinión escrita por el profesional del cuidado de salud. El fracaso del patrono dental en obtener la opinión escrita constituye generalmente una infracción de la norma. No obstante, el patrono dental generalmente no será encontrado responsable de tales infracciones si el patrono dental puede demostrar que realizó esfuerzos de buena fe en obtener la opinión escrita (en otras palabras, al documentar llamadas telefónicas o comunicaciones escritas el profesional del cuidado de salud). De esta manera, el patrono dental demuestra claramente que él o ella trató de cumplir con la intención de la norma, y como tal puede que una infracción no exista. ■