



GUÍA PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN PERSONAS CON VIH

Segunda edición



CENSIDA

CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN
Y EL CONTROL DEL VIH Y EL SIDA

GUÍA PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN PERSONAS CON VIH



CENSIDA

CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN
Y EL CONTROL DEL VIH Y EL SIDA

GUÍA PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA EN PERSONAS CON VIH

Segunda edición 2019

ISBN: 978-607-460-477-1
Impreso y Hecho en México
Printed and Made in México

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional para la Prevención y el Control de VIH y el sida (Censida)
Homero 213
Colonia Chapultepec Morales
Alcaldía Miguel Hidalgo
México, Ciudad de México, C.P. 11570
www.gob.mx/censida

Se autoriza cualquier reproducción parcial o total de los contenidos o imágenes de la publicación, incluido el almacenamiento electrónico, siempre y cuando sea sin fines de lucro o para usos estrictamente académicos, citando invariablemente la fuente sin alteración del contenido y dando los créditos autorales.

Versión electrónica disponible en www.gob.mx/censida

Diseño editorial: José Luis Arce Roa
Corrección de estilo: Eleonora T. Rodríguez Lara y Braulio Bolívar Barrera Rodríguez
Coordinación editorial: Alejandra Ortiz Merino

DIRECTORIO

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela
Secretario de Salud

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dra. Patricia Estela Uribe Zúñiga
Directora General del Centro Nacional
para la Prevención y el Control del VIH y el sida

Mtro. Agustín López González
Director de Prevención y Participación Social

Dr. Francisco Javier Posadas Robledo
Director de Investigación Operativa

Dr. Carlos Leonardo Magis Rodríguez
Director de Atención Integral

Mtra. Paloma de Fátima Ruiz Gómez
Subdirectora de Programas Multilaterales

Mtra. Pilar Rivera Reyes
Subdirectora de Monitoreo de Indicadores

Mtra. Adriana Villafuerte García
Subdirectora de Coordinación Estatal

C.P. Beatriz Reyes Aparicio
Coordinadora Administrativa

Mtro. Juan René Hernández Rodríguez
Subdirector de Investigación y Modelaje

Mtro. Juan Carlos Jaramillo Rojas
Subdirector de Normatividad y Apoyo Técnico

Mtra. Perla Marina Pérez Padilla
Jefa del Depto. de Organizaciones de la Sociedad Civil

Mtro. Carlos Gómez Medina
Jefe del Depto. de Promoción de Salud Sexual

Mtra. Liliana Marisol Ponce Ramos
Jefa del Depto. de Detección y Consejería

Mtra. Ana Karen Ruiz Herrera
Jefa del Depto. de Programas Estatales

Mtro. Roberto Carlos Avilés Cisneros
Jefe del Depto. de Normatividad y Derechos Humanos

Mtro. Ricardo Perea Monroy
Jefe del Depto. de Recursos Humanos, Materiales y Financieros

Autores

C.D. Alejandro Roberto Rodríguez Cruz
Enlace Interinstitucional de la Dirección
de Prevención y Participación Social del Censida

Mtra. Paloma de Fátima Ruiz Gómez
Subdirectora de Programas Multilaterales
de la Dirección de Prevención y Participación Social
del Censida

C.D. MASS. Elisa Luengas Quintero
Coordinadora del Componente Curativo Asistencial
Programa Nacional de Salud Bucal, CENAPRECE

Colaborador

Dr. Ubaldo Ramos Alamillo
Médico especialista, Clínica Especializada Condesa
Programa de VIH de la Ciudad de México

Agradecimiento

Mtra. Beatriz C. Aldape Barrios, Patóloga Bucal

INTRODUCCIÓN	11
1. DATOS RELEVANTES EN LA HISTORIA DEL VIH Y DEL SIDA	13
• EN EL MUNDO	
• EN MÉXICO	
2. INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL VIH	18
3. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH Y DEL SIDA	19
4. ASPECTOS BIOMÉDICOS DEL VIH Y DEL SIDA	22
• ESTRUCTURA DEL VIH	
• MECANISMOS NATURALES DE DEFENSA EN EL SER HUMANO	
<input checked="" type="checkbox"/> MECANISMOS DE RESISTENCIA INESPECÍFICA	
<input checked="" type="checkbox"/> MECANISMOS ESPECÍFICOS	
— INMUNIDAD CELULAR	
— INMUNIDAD HUMORAL	
• MECANISMO DE ACCIÓN (INFECCIÓN CELULAR)	
• TRANSMISIÓN DEL VIH	
<input checked="" type="checkbox"/> FACTORES BIOLÓGICOS DE LA TRANSMISIÓN	
— FUENTE DE INFECCIÓN	
— VÍA DE ENTRADA	
— INÓCULO	
— COFACTORES DE LA TRANSMISIÓN	
— CARGA VIRAL ALTA	
— INFECCIÓN POR VIH CLÍNICAMENTE AVANZADA	
— CUENTA BAJA DE CÉLULAS CD4	
— PRESENCIA DE ANTÍGENO P24	
— PRESENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, (ITS)	
— HUÉSPED POTENCIAL	
<input checked="" type="checkbox"/> VÍAS DE TRANSMISIÓN	
— VÍA SEXUAL	
— VÍA SANGUÍNEA	
— VÍA PERINATAL	
<input checked="" type="checkbox"/> PROBABILIDAD DE TRANSMISIÓN	

ÍNDICE

5. CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH	32
• CLASIFICACIÓN DEL CDC DE 1986	
• SISTEMA DE CLASIFICACIÓN PARA LA INFECCIÓN POR VIH DEL CDC DE 1993	
6. DETECCIÓN	43
7. PARÁMETROS INMUNOLÓGICOS Y VIROLÓGICOS PARA EL CONTROL DE LA INFECCIÓN	47
• IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	
8. MANEJO DEL PACIENTE CON VIH EN EL CONSULTORIO ESTOMATOLÓGICO	48
• INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE	
• ACCIONES DE PREVENCIÓN	
• ATENCIÓN BUCAL	
• LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA	
• CONSIDERACIONES EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	
• VALORACIÓN BUCAL	
• INFECCIONES Y ENFERMEDADES INDICATIVAS DE POSIBLE DETERIORO DEL SISTEMA INMUNE	
<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMEDAD PERIODONTAL	
— ERITEMA LINEAL GINGIVAL	
— GINGIVITIS ULCERONECROSANTE	
— PERIODONTITIS CRÓNICA	
<input checked="" type="checkbox"/> CANDIDIASIS	
<input checked="" type="checkbox"/> LEUCOPLASIA PILOSA	
<input checked="" type="checkbox"/> QUEILITIS ANGULAR	
<input checked="" type="checkbox"/> NEOPLASIAS	
— SARCOMA DE KAPOSI	
— LINFOMA NO HODGKIN	
9. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y CAVIDAD BUCAL	64
• CLASIFICACIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/> SÍNDROME ULCERATIVO	
<input checked="" type="checkbox"/> SÍNDROME SECRETOR	
<input checked="" type="checkbox"/> SÍNDROME TUMORAL	
• AGENTES ETIOLÓGICOS	
• INFECCIONES BACTERIANAS	

—SÍFILIS	
—INFECCIÓN GONOCÓCICA O GONORREA OROFARÍNGEA	
☑ INFECCIONES VIRALES	
—CONDILOMAS ACUMINADOS (VPH)	
—MOLUSCO CONTAGIOSO	
—HERPES SIMPLE BUCOFARÍNGEO	
10. BIOSEGURIDAD	75
•NORMAS DE BIOSEGURIDAD	
•PRINCIPIOS PARA EL CONTROL DE INFECCIONES	
•PRECAUCIONES ESTÁNDAR	
•USO DE BARRERAS FÍSICAS DE PROTECCIÓN	
•MANEJO DEL INSTRUMENTAL	
•DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES	
•MANEJO DEL MATERIAL PUNZOCORTANTE PELIGROSO, BIOLÓGICO INFECCIOSO	
11. EVALUACIÓN DEL RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR VIH, VHB Y VHC EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL	84
12. DERECHOS HUMANOS Y VIH	87
•DERECHO A LA SALUD, VIH Y SIDA	
•ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN	
13. LEGISLACIÓN RELACIONADA AL VIH Y AL SIDA	91
ANEXOS	94
ANEXO 1. MODIFICACIÓN A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-2010, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.	
NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-2015, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES	
ANEXO 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS FRECUENTES	131
ANEXO 3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136

INTRODUCCIÓN

Cifras del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida registraron al cierre del año 2017 a nivel mundial, 36.9 millones de personas con VIH (31.1 -43.9 millones).¹

Con base en datos del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida, se estima que a finales del 2018 en México se habían registrado 202, 295 casos de personas con VIH.

Las medidas terapéuticas empleadas para el tratamiento de personas que viven con infección por VIH han mejorado sus expectativas de vida a valores semejantes a los del resto de la población, por lo que los requerimientos de atención estomatológica en estos pacientes se han equiparado con los de las personas sin VIH. Sin embargo, a menudo las personas que viven con VIH se enfrentan a la negación de la atención odontológica.

El personal de la salud bucal con frecuencia dificulta su acceso al servicio estomatológico y se presentan situaciones que violan los derechos humanos de las personas que viven con VIH y que generan estigma, como el negarles el servicio de manera franca o sutil, ofreciéndoles un presupuesto exagerado o remitiéndolas sólo por esta condición.

Por otra parte, a las personas que viven con VIH se les involucra en estigmas que les generan incomodidad al acudir al servicio estomatológico, tales como: citarlas por separado del resto de los pacientes para evitar el contacto interpersonal, o utilizar

“barreras físicas de protección” exageradas e innecesarias como marcar de forma especial los instrumentos y materiales con el fin de hacerlos exclusivos para su atención.

Dentro de las múltiples razones para negar la atención odontológica a las personas que viven con VIH predominan aquellas relacionadas con el desconocimiento de la enfermedad y de su transmisión, a pesar de que la información al respecto ha sido ampliamente difundida desde 1990 y que la correcta aplicación de las medidas de control de infecciones en el consultorio dental hacen que la transmisión sea prácticamente imposible.

Sin embargo, y a pesar de que existe suficiente información para los profesionales de la salud bucal, las personas con VIH se siguen enfrentando a barreras que limitan su acceso a los servicios de salud para recibir atención bucal, lo que conforme a la legislación de nuestro país es un derecho.

Por lo anterior, se ha realizado la revisión y actualización a la presente *Guía para la atención estomatológica en personas con VIH* con la finalidad de orientar al profesional de la salud bucal en la atención estomatológica con respeto a los derechos humanos de las personas que viven con VIH, proporcionando información elemental y actualizada que sienta las bases para evitar la estigmatización y demás acciones discriminatorias en la atención a este grupo poblacional.

1. Datos relevantes en la historia del VIH y del sida



1981

- Se publica el primer reporte sobre los casos iniciales de sida.
- El Ministerio de Salud de los Estados Unidos de América establece por primera vez el nombre de "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" para denominar a la enfermedad.
- Se identifican claramente las vías de transmisión del virus: sexual, sanguínea y perinatal.

1982

- Se identifican niños con sida, con antecedente de transfusión sanguínea.³

1983

- El grupo colaborativo de investigación en virología del Instituto Pasteur, descubre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Así mismo, en ese año se identifican las principales vías de transmisión del VIH.³

1985

- La FDA (Food and Drug Administration) aprueba la aplicación de pruebas serológicas de ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas o ELISA (enzyme linked immunosorbent assay) para la detección de anticuerpos anti VIH (HIV/AIDS Historical Time Line 1981-1990).⁴
- Comienza la aplicación de pruebas serológicas en bancos de sangre.

1987

- La FDA aprueba el uso de La Zidovudina, primer fármaco antirretroviral específico para el manejo del sida, y del Western Blot, una prueba sanguínea más específica para la detección de anticuerpos anti VIH.⁴

1991

- Se crea el proyecto “Lazo rojo” como símbolo visual internacional que demuestra apoyo hacia las personas con sida.

1993

- Los Centros para la prevención y control de enfermedades (CDC) amplían la definición de sida incluyendo los niveles de linfocitos CD4 por debajo de 200.

1996

- Se crea el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA).¹

2001

- En sesión extraordinaria de las Naciones Unidas se firma la “Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH y el sida”.

2002

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

2004

- ONUSIDA anuncia la ineficacia de todas las vacunas contra el VIH.

2010

- En el estudio de Profilaxis posexposición (PEP) se demuestra que los medicamentos usados para la Infección por VIH también pueden ser efectivos para prevenir la transmisión del virus y se recomienda su uso como profiláctico.



1981

- Aparecen los primeros casos de sida, aunque son reconocidos en forma oficial hasta 1983.

1986

- Se integra el Comité Nacional para la Prevención del sida como un grupo multidisciplinario para atender la problemática de la epidemia en México.
- Se modifica la Ley General de Salud estableciendo como obligatoria la prueba de detección del VIH 1 en toda la sangre que se use para transfusiones y hemoderivados, y se elimina el comercio con sangre (donación remunerada).
- Se establece la vigilancia epidemiológica obligatoria para los casos de infección por VIH y sida.

1987

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

1988

- CONASIDA adquiere su personalidad jurídica como Consejo Nacional. Se conforma como órgano desconcentrado de la administración Pública Federal dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y como entidad rectora y responsable del diseño e implementación de las políticas públicas para la prevención y el control del sida.

1989

- Inicia actividades el Centro de Atención Telefónica TelSIDA como línea nacional de información y asesoría sobre sida (vigente hasta la fecha).

1992

- Se publican las primeras Guías de Atención dirigidas a profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos y odontólogos).

1994

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

1997

- Se desconcentra al CONASIDA con la creación de los Consejos Estatales.

1998

- Se adopta el Programa “Lazo rojo” con el fin de contrarrestar el estigma y la discriminación de las personas que viven con VIH y sida.
- Comienzan a brindarse de manera gratuita medicamentos antirretrovirales a personas no derechohabientes del Sistema Nacional de Salud.

2000

- Gracias a la medida tomada en 1986 en que se hace obligatoria la aplicación de la prueba de detección para todos los donadores de sangre, se registra una disminución real en los casos de transmisión por transfusión sanguínea y hemoderivados.

2001

- Se crea el Centro Nacional para la Prevención y el Control del Sida (Censida), que tiene a su cargo la función normativa del Programa en la Secretaría de Salud.
- Se constituye el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida) como instancia de coordinación interinstitucional del Sector Salud.

2003

- Se crean los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (Capasits) como unidades médicas para la consulta externa que cuentan con auxiliares de diagnóstico, farmacia, atención dental y psicológica.

2006

- Cambia el término “Servicios Especializados de Atención” (SEA) por el de “Servicio de Atención Integral para las personas con VIH y el sida” (SAI) en cumplimiento a la recomendación del Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud, lo que implica la homologación con la terminología internacional.

2015

- Se difunde la primera edición de la Guía para la atención estomatológica en personas con VIH, dirigida a los profesionales de la salud bucal.

2. Información básica sobre el VIH

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana, conocido por sus siglas como VIH, pertenece a la familia de los retrovirus y afecta al sistema inmunológico, específicamente a los linfocitos T o células CD4; si la infección no se trata, evoluciona a lo que conocemos como sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), que se caracteriza por un daño inmunológico severo,⁵ infecciones oportunistas y el desarrollo de algunos tipos de cáncer.⁶

El diagnóstico y manejo temprano de la infección por VIH antes de llegar a la etapa del sida, es fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas.

Una persona se considera con VIH desde el momento en que el virus entra en su organismo por cualquiera de las vías conocidas, aunque no presente ninguna sintomatología; su estado serológico estará sujeto al resultado de una prueba de detección. En un gran número de casos no se puede saber el momento de la infección, sobre todo cuando se han tenido numerosas prácticas de riesgo.

Actualmente no se recomienda el uso del término “persona infectada” por considerarse estigmatizante, sin embargo, desde el punto de vista clínico y médico es un término correcto.

La aparición de síntomas en una persona con VIH puede tardar desde algunos días hasta varios años dependiendo de las condiciones propias de la persona, tales como: la edad, situación higiénico-dietética, estado de salud general previo, etc.

Existen algunas condiciones que pueden acelerar el proceso de la infección y la aparición de síntomas, una de las más importantes es la reinfección; es decir, si una persona que ya tiene VIH adquiere el virus de otra persona en un nuevo contacto, el organismo responderá como si se tratara de un virus diferente, haciendo que el sistema inmunológico se deteriore más rápidamente.

3. Panorama epidemiológico del VIH y del sida

El VIH continúa siendo un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes. Desconocido casi 40 años atrás, el VIH ha provocado un estimado de 35 millones de fallecimientos en todo el mundo y ha generado profundos cambios demográficos en los países más afectados.

Los datos epidemiológicos internacionales más recientes en algunos países de Asia, América Latina y África Subsahariana, refieren que el número anual de nuevas personas con VIH se encuentra actualmente en disminución. Así mismo, la tasa estimada de fallecimientos por sida también ha disminuido, como resultado de un mayor acceso

a los medicamentos antirretrovirales en poblaciones de recursos limitados. Aun así, estas tendencias favorables no se manifiestan de manera uniforme ni entre las regiones, ni dentro de ellas, lo que subraya la necesidad de un avance integral en la puesta en práctica de políticas y programas eficaces.

A continuación se resume la situación actual de la epidemia, se analizan las tendencias mundiales generales y se proporcionan algunos datos regionales de su trayectoria (Tabla 1).

■ Tabla 1

	Año		
	2001	2013	2017
Personas con VIH	29.4 millones (27.2 – 32.1 millones)	35.0 millones (32.2 – 37.2 millones)	36.9 millones (31.1 – 43.9 millones)
Nuevas infecciones por VIH	3.2 millones (2.9 – 3.4 millones)	2.1 millones (1.9 – 2.4 millones)	1.8 millones (1.4 – 2.4 millones)
Muertes relacionadas con el VIH	1.9 millones (1.7 – 2.2 millones)	1.5 millones (1.4 – 1.7 millones)	940 mil personas (670 mil -1.3 millones)

Fuente: Censida. Boletín Día Mundial del sida, 2018.²

De acuerdo con datos de ONUSIDA contenidos en su Informe Mundial del 2015, el número de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en un 35% desde el año 2000.¹

La pandemia de sida se considera un problema de salud pública a nivel mundial,⁷ por lo que la vigilancia epidemiológica es un importante auxiliar para poder estudiar su comportamiento y definir las características de la población afectada como son los factores sociodemográficos, culturales, económicos y políticos, haciendo posible el establecimiento de estrategias para el control y prevención de la enfermedad.

Medidas como las tomadas en México en mayo de 1986, en las que por ley se estableció la obligatoriedad en la aplicación de la prueba de detección del VIH en toda sangre que se use para transfusiones o para obtener hemoderivados, así como la de eliminar el comercio con sangre (donación remunerada), generaron que desde el año 2000 se note una importante reducción en los casos nuevos de transmisión por esta vía en

nuestro país. Para el 2012 los datos oficiales no registraron casos nuevos por esta vía de transmisión.⁸

En México, la epidemia afecta a poblaciones con mayor riesgo de exposición, como son:

- Hombres que tienen sexo con hombres (17.3%)
- Personas que utilizan drogas inyectadas (5.8%)
- Mujeres trabajadoras del sexo comercial (0.7%)
- Hombres trabajadores del sexo comercial (24.1%)
- Mujeres trans (15-20%)²

De acuerdo a lo publicado por ONUSIDA sobre América Latina, el número de nuevas infecciones por el VIH en 2014 fue de 87,000 (70,000 – 100,000), es decir, un 17% menor que en el 2000, donde se había reportado 100,000 (88,000 – 120,000).¹

En nuestro país hasta noviembre de 2018 se han registrado 202,295 casos, de los cuales 166,106, el 80.1% corresponde a hombres y 36,189 el 17.9% a mujeres, representando una relación de cuatro hombres por cada mujer con VIH; el 39.8% de los casos acumulados desde 1983 ya fallecieron y el 6.4% se desconoce su evolución.²

En México, desde 2007 y hasta la fecha, la vía de transmisión sexual es la principal causa del VIH, siendo el 94.8% de los casos nuevos diagnosticados por relaciones sexuales no protegidas.²

La prevalencia en población de 15 a 49 años de edad es de 0.24%, lo que en realidad es baja, pues significa que tres de cada mil personas en este rango de edad podrían tener VIH.⁹

Para el informe del día mundial de sida 2016, se reportó que las cinco entidades con las tasas más elevadas de casos en México eran Quintana Roo, Campeche, Yucatán, Tabasco y Baja California.²

El 56.1% de las personas con VIH y sida se encuentran con vida.²

4. Aspectos biomédicos del VIH y del sida

Para poder entender el mecanismo de acción del VIH (en la infección celular), es necesario conocer algunas de sus características generales, las cuales le confieren un comportamiento muy particular. Estas características se basan, por un lado, en la estructura propia del virus y, por el otro, en los mecanismos naturales de defensa del ser humano. Aquí se mencionan los aspectos más relevantes.

Estructura del VIH

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus, es decir, que su material genético está formado por un par de moléculas de ARN (Ácido Ribonucleico) y no de ADN (Ácido Desoxirribonucleico), como en todas las células y la mayor parte de los virus conocidos.

Adherido al ARN se encuentra la molécula de la enzima transcriptasa inversa o retrotranscriptasa, que es la que le ayuda al virus a transformar el ARN en ADN viral al entrar en las células. Estas moléculas se encuentran envueltas por una capa de proteínas de bajo peso molecular llamadas P24, lo que en conjunto forma la llamada nucleocápside o core.

El VIH tiene una envoltura externa formada por tres capas de proteínas, de dentro hacia fuera, la primera corresponde a una de proteínas de bajo peso molecular llamadas P18, la segunda a una envoltura o cápsula lipídica, que es la que le da sus características

de labilidad, y la tercera, una capa de proteínas de alto peso molecular llamada GP120, fundamental para el proceso de identificación e infección de las células huésped (Figura 1).

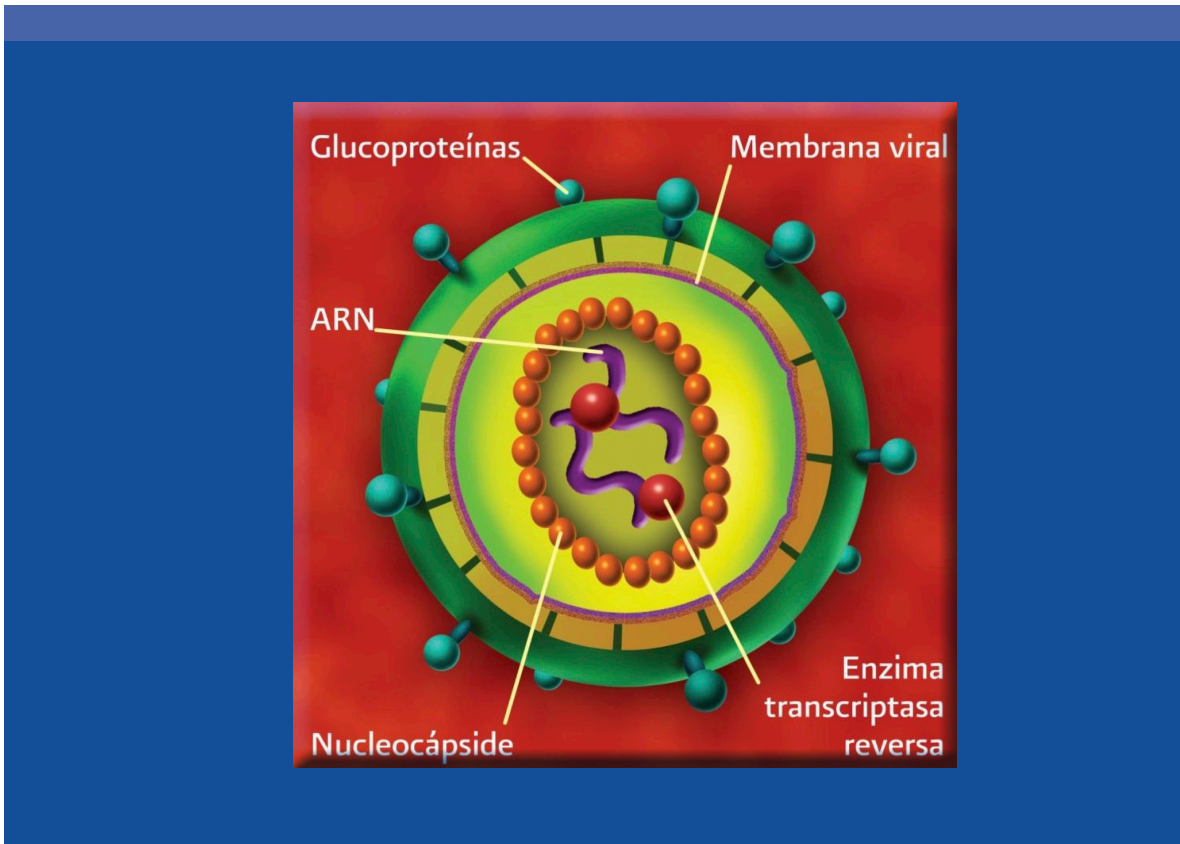


Figura 1. Estructura del VIH.
Banco de imágenes de Censida.

Mecanismos naturales de defensa en el ser humano

Otro aspecto a considerar es la forma en la que el organismo del ser humano se defiende de agentes externos de manera natural. Así reconocemos dos tipos:

- ✓ **Mecanismos de resistencia inespecífica:** actúan, como su nombre lo indica, indistintamente contra una gran variedad de agentes patógenos. La piel sana es la primera y más grande barrera física que defiende de la entrada de microorganismos que pudieran causarnos algún daño. En los orificios naturales como las fosas nasales y boca, existe otro recubrimiento, la mucosa, que es un epitelio húmedo

que atrapa agentes patógenos tanto físicos como biológicos. Además, esta mucosa puede contener cilios vibrátiles que arrastran el moco hacia el exterior o hacia la faringe para que sea deglutido y eliminado por los jugos gástricos. En el aparato digestivo también contamos con la saliva que, con sus enzimas, ayuda a esta defensa. Si algún microorganismo penetra en los tejidos, es englobado por los macrófagos que lo destruyen o transportan hacia los ganglios linfáticos. Así mismo, la mucosa de la vagina contiene lactobacilos que fermentan los carbohidratos, produciendo ácidos que impiden la proliferación de otros microorganismos. Por último, algunas otras secreciones como las lágrimas y la orina contienen sustancias que ayudan a regular el equilibrio de la flora natural y evitan la aparición de infecciones.

- ✓ **Mecanismos específicos:** se basan en la inmunidad, que es un estado de resistencia en la que un organismo responde y se defiende ante la presencia de agentes y sustancias que reconoce como potencialmente patógenas. Se dice que un organismo es inmune a una enfermedad cuando ha creado resistencia a determinado agente patógeno o a sus toxinas.

La condición contraria a la inmunidad es la susceptibilidad. Es susceptible toda persona que no ha desarrollado inmunidad frente a un agente patógeno específico o a sus toxinas y, por lo tanto, está expuesto a contraer la enfermedad si entra en contacto con dicho agente o veneno.

La respuesta inmune está dada por varios fenómenos que se relacionan y son consecuencia unos de otros. Esta respuesta inicia ante la presencia de un determinado estímulo llamado antígeno (Ag), provocando la reacción de ciertos tejidos capaces de producir principalmente glicoproteínas específicas llamadas anticuerpos (Ac).

Así mismo existen dos tipos de inmunidad:

- **Inmunidad celular**, caracterizada por la aparición de células del sistema linfoide con la capacidad de identificar y eliminar células poseedoras de un antígeno, ya sea un microorganismo o una célula de un animal superior. Los linfocitos "T" (LT), células blancas provenientes del timo, ocupan entre el 60 y 70% del total de los linfocitos de la sangre, son células que protegen contra infecciones causadas por virus, hongos y algunas bacterias, rechazan células extrañas y ayudan a la regulación de la memoria inmunitaria además de promover la formación de células de larga vida sensibles a los antígenos. Dentro de los LT se encuentran los linfocitos NK (natural killer) o asesinos naturales, que cuentan con funciones

semejantes a los LT; los NK se encargan de destruir células infectadas por los virus (control de infecciones virales) o tumorales (eliminación de células alteradas). Los LT colaboran en la respuesta de anticuerpos; regulan y coordinan otras células también llamadas LT cooperadores o Células CD4, blanco principal del VIH.

- **Inmunidad humoral**, caracterizada por la producción de anticuerpos contra antígenos específicos de microorganismos, se da ante la presencia de antígenos en un complejo sistema de reacciones bioquímicas que empiezan con la reacción conocida como “Reacción Ag – Ac (Antígeno – Anticuerpo)”.

Son varias las razones por las que un individuo puede ser susceptible ante un agente en especial, entre ellas está que el agente patógeno sea mutante como es el caso del VIH, lo que hace que su reconocimiento por las células de defensa sea difícil de detectar debido a los cambios constantes en su estructura.

Mecanismo de acción (infección celular)

El VIH es un parásito intracelular obligado, por lo que necesita infectar a una célula viva para poderse replicar.

Así, el mecanismo de acción del VIH para infectar a las células se puede resumir de la siguiente manera (Figura 2):

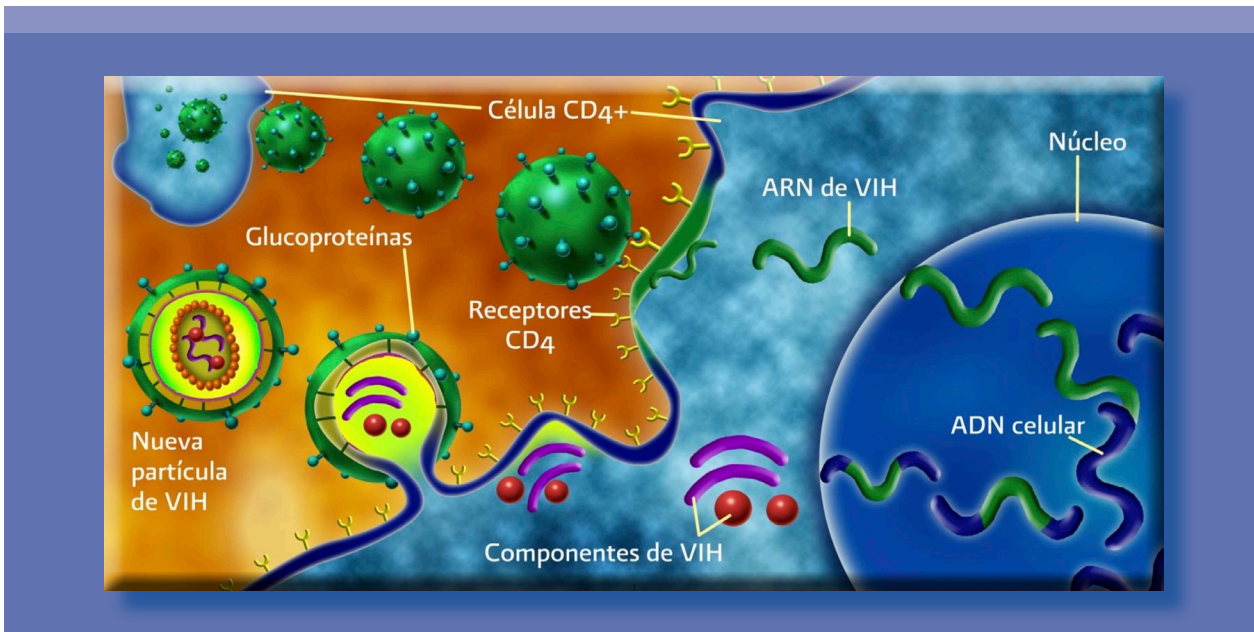


Figura 2. Mecanismo de acción.
Banco de imágenes de Censida.

- 1 El VIH penetra en el organismo y una vez dentro del torrente sanguíneo identifica a la célula huésped a través de las moléculas GP120 (el VIH no puede infectar a cualquier célula, sólo a aquellas que en su membrana externa contengan las moléculas específicas CD4 y que funcionarán como receptores).
- 2 Después del acoplamiento, se abre la membrana celular para dar entrada al core o nucleocápside.
- 3 El sistema lisosómico celular lo reconoce como un cuerpo extraño y, como mecanismo de defensa, destruye la nucleocápside liberando así el material genético del virus.
- 4 Se activa la retrotranscriptasa convirtiendo al RNA viral en DNA viral, el cual se introduce al núcleo de la célula.
- 5 Una vez dentro del núcleo celular, el provirus (DNA viral) se integra al genoma celular.
El DNA celular alterado cambia su función original por la de replicar al virus.
- 6 Una vez infectada la célula, su función será la replicación del VIH hasta su muerte, lo cual generalmente sucede de forma prematura por el daño causado en su membrana a la salida de los virus.
- 7

Transmisión del VIH

La transmisión del VIH es el fenómeno en el cual el virus se transfiere de una persona a otra. Para que esta transmisión se lleve a cabo de forma eficaz, se requiere de condiciones específicas, algunas inherentes al propio virus y otras al huésped, estas condiciones son conocidas como “Factores y Cofactores de la Transmisión” y se consideran indispensables para que ocurra este fenómeno.

✓ Factores biológicos de la transmisión

- **Fuente de infección:** es aquel fluido corporal que por sus características es capaz de contener al virus y mantenerlo en condiciones de patogenicidad; estos son el semen y el líquido preeyaculatorio en el hombre, las secreciones cérvico vaginales y la leche materna en la mujer, así como la sangre en ambos.

Es importante recordar que existen otros fluidos corporales que también son potencialmente infectantes, pero que casi nunca se mencionan porque para estar en contacto con ellos es necesario que existan condiciones muy especiales, como aquellas por las que puede pasar el personal de salud (médico o paramédico) en un acto quirúrgico o en la atención de lesionados en casos de emergencia; estos líquidos o fluidos corporales son: cefalorraquídeo, amniótico, peritoneal, sinovial y pleural, en general de secreción interna.

No todas las secreciones y fluidos representan un riesgo para la transmisión del VIH pues en ellos el virus o no se encuentra, o está inactivado, como en el caso de la saliva, las lágrimas, la orina, el sudor y las heces (a menos que estén visiblemente sanguinolentos).¹⁰

- **Vía de entrada:** debe ser un tejido permeable al virus y la piel sana, como ya es sabido, no permite la entrada de éste, pero esta condición puede cambiar cuando existe un acceso directo como en el caso de una solución de continuidad (herida, punción, úlcera).

En cuanto a las mucosas, la misma OMS hace la recomendación: “Todas las mucosas representan una potencial vía de entrada para el VIH, hasta no demostrar lo contrario”.

- **Inóculo:** este dato no es muy preciso en relación a la cantidad mínima requerida de agente patógeno que ingresa al organismo para causar la infección, sin embargo, se ha observado que en la mayoría de los casos no es suficiente con cantidades muy pequeñas, como potencialmente sería el caso de la sangre que pudiera entrar al organismo derivado de una punción accidental con una aguja contaminada.

Para que ocurra el fenómeno de la transmisión, es necesario que los tres factores se presenten en el mismo momento: fuente de infección, vía de entrada e inóculo.

- **Cofactores de la transmisión:** además de los factores ya mencionados, existen otros que influyen de manera directa en el fenómeno de la transmisión del virus, unos inherentes a la persona con VIH “donador” y otros propios del “receptor” que, al mismo tiempo, puede ser una persona con VIH. En este último caso el fenómeno se conoce como “Reinfección”.
- **Carga viral alta:** a mayor carga, mayor concentración de virus circulante en los fluidos y, por lo tanto, mayor probabilidad de transmisión.
- **Infección por VIH clínicamente avanzada:** los pacientes en esta fase tienen una carga viral alta que, como ya se mencionó, representa mayor riesgo.
- **Cuenta baja de células CD4 (Linfocitos T cooperadores):** indicador del avance de la infección, al representar una baja respuesta inmunológica y que se relaciona con los dos puntos anteriores, aunque no siempre se presenta sintomatología de infección avanzada.
- **Presencia de antígeno P24:** indica una importante actividad viral de replicación, por lo tanto, aumento de la carga viral y de igual manera, la persona puede no presentar sintomatología de infección avanzada.
- **Presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS):** son consideradas como cofactores cuando presentan lesiones, aumentando el riesgo al conformarse como una probable vía de entrada del virus.¹¹
- **Huésped potencial:** puede presentar características que lo hagan susceptible de adquirir el VIH, tales como:

Estados de inmunodepresión por causas diferentes al VIH: estos incluyen infecciones agudas o crónicas de diferentes tipos, tratamientos de quimio o radioterapia, medicación prolongada con antibióticos, desnutrición; incluso se

mencionan estados de depresión emocional como otro cofactor que puede bajar las defensas.

Edad: los niños y los ancianos son más vulnerables, los primeros al no tener su sistema inmunológico totalmente maduro y los segundos por el deterioro natural del mismo.

✓ Vías de transmisión

Existen tres vías de transmisión del VIH: sexual, sanguínea y perinatal.⁵

En México y en otros países en vías de desarrollo, como ya se mencionó, la principal y más importante vía de transmisión del VIH es la sexual, lo que queda claramente establecido por el número de casos que se han registrado por esta vía.

- **Vía sexual:** en esta vía la transmisión se da a través de relaciones sexuales sin protección con una persona con el virus y en las cuales existe el intercambio directo de fluidos potencialmente infectantes con una vía de entrada como la penetración vaginal, anal u oral (en esta última el riesgo es menor), y que aún cuando representan diferentes niveles de riesgo, éste siempre está presente.

El riesgo se incrementa si además se presentan soluciones de continuidad como laceraciones, fisuras, heridas, así como con la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en la mucosa rectal, vaginal u oral.

Para hacer la valoración de riesgo por esta vía, habrá que analizar cada uno de los casos de manera individual, tomando en cuenta todos los factores que pudieran aumentar o disminuir el mismo.

Aun cuando una persona con VIH se encuentre en tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable, el riesgo de transmisión existe, por lo que las prácticas sexuales deben ser protegidas.

- **Vía sanguínea:** esta forma de transmisión está dada por el contacto de sangre con VIH e incluye los derivados de ésta como: plasma, suero y factores de coagulación.

Los eventos por los cuales se puede dar esta forma de transmisión son:

- ✓ Transfusión sanguínea y sus derivados.
- ✓ Contaminación con sangre en heridas abiertas.
- ✓ Punción accidental con punzocortantes contaminados.
- ✓ Reúso de agujas contaminadas (por ejemplo, en el caso de drogas inyectadas).

El trasplante de órganos y la inseminación artificial también se consideran en esta forma de transmisión y de igual manera que en el caso anterior, el riesgo es muy variable de acuerdo con cada caso específico.

Aquí habrá que destacar que en México a partir de mayo de 1986, se establece como obligatoria la aplicación de la prueba de detección del VIH en todos los paquetes de sangre para transfusiones o para obtener derivados de ésta, y posteriormente se extendió la norma a los donadores de órganos. Este hecho ha dado como resultado una efectiva disminución en la incidencia de casos de transmisión del virus por vía sanguínea.

- **Vía perinatal:** las embarazadas con VIH tienen la probabilidad de transmitirlo a su bebé, lo cual puede ocurrir en tres momentos; durante el embarazo, el parto y ocasionalmente en el posparto (durante la lactancia).

Otra vez, como en los casos anteriores, diremos que el riesgo de transmisión es variable dependiendo de los siguientes factores: la fase o estadio de la infección en la que se encuentra la futura madre en el momento del embarazo, o la etapa del embarazo al momento de infectarse.

Estudios realizados recientemente han demostrado que el riesgo de la transmisión vertical (madre a hijo) en general es alrededor del 30%, lo que se puede reducir si se aplica un tratamiento preventivo a la embarazada, iniciando en la semana 14 y posteriormente al bebé hasta la 6ª semana después del nacimiento.¹²

- ✓ **Probabilidad de transmisión del VIH**

Como ya se ha mencionado, para que se produzca la transmisión del VIH se requieren ciertas condiciones indispensables sin las cuales no es posible la misma, y aún cumpliéndose éstas, la probabilidad de transmisión varía dependiendo de las diferentes situaciones y prácticas sexuales y no sexuales.

La probabilidad de transmisión se ha medido en porcentaje tomando en cuenta la práctica o evento y diferentes condiciones para cada una (Tabla 2).

Tabla 2. Probabilidad de transmisión del VIH

PRÁCTICA O EVENTO	CONDICIÓN	PROBABILIDAD DE TRANSMISIÓN
Sexo vaginal	Hombre a mujer sin condón	0.001%
	Mujer a hombre sin condón	0.0005%
	Hombre a mujer con condón	0.000025%
	Mujer a hombre con condón	0.0000125%
Sexo anal receptivo	Sin condón	0.02%
	CON CONDÓN	0.0008%
Sexo anal insertivo	Sin condón	0.0087%
	Con condón	0.00035%
Sexo Oral	Hombre a mujer sin condón	No existe registro confiable
	Mujer a hombre sin condón	
	Hombre a mujer con condón	
	Mujer a hombre con condón	
Utilizar la misma aguja o jeringa para drogas inyectadas.	Se limpia con cloro y agua	0.3%
Utilizar la misma aguja o jeringa para drogas inyectadas	No se limpió o se limpia sólo con agua	0.9%
Compartir equipo de inyección		0.0067%

Adaptado de: Bell y Treviño. Modeling VIH risk. JAIDS Vol. 22, No. 3, Nov. 1999.¹³

5. Clasificación de la infección por VIH

Para el estudio de la infección por el VIH se han propuesto desde su aparición, varios esquemas de clasificación de la enfermedad destacando el del Centro para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta (de 1986), este esquema basado en las características clínicas de los pacientes, considera como parámetros el conteo de linfocitos CD4 y las manifestaciones simultáneas.

En esta guía se presentan sólo dos de estas clasificaciones que, por experiencia en México y cuestiones didácticas, han demostrado ser de gran utilidad para poder comprender la evolución de la enfermedad para el médico no especialista, el estomatólogo y otros trabajadores de la salud en general.

Es importante recordar que para poder hacer la clasificación e incluir a cualquier persona en estas definiciones, es indispensable que las mismas cuenten con un resultado confirmatorio de VIH.

La primera a mencionar se origina en la clasificación del CDC de Atlanta de 1986, que divide la infección en cuatro fases y está basada en las características clínicas de los pacientes.

La segunda se deriva de la clasificación del CDC de 1993, la cual la divide en tres categorías (A, B y C) y se basa tanto en las características clínicas como en el conteo de células CD4.

Clasificación del CDC de 1986

Para la presentación de esta clasificación se han realizado algunas modificaciones a la original y se muestra la evolución de la enfermedad de una manera sencilla basada en las manifestaciones del paciente. **Es importante resaltar que no se usa actualmente para la clasificación de pacientes o para la aplicación de tratamientos, sino más bien con fines didácticos para mostrar la evolución de la infección.**

En esta clasificación se divide a la infección en cuatro fases y si bien no siempre se cumplen de la misma manera en todos los pacientes, sobre todo por los esquemas de tratamientos actuales, nos permite visualizar de una manera generalizada el comportamiento más común en la evolución de la misma (Tabla 3).

Tabla 3. Clasificación de la infección por VIH del CDC de 1986

INFECCIÓN POR VIH			
FASE I	FASE II	FASE III	FASE IV
INFECCIÓN AGUDA	INFECCIÓN ASINTOMÁTICA	LINFADENOPATÍA GENERALIZADA PERSISTENTE	SIDA

Adaptado de la Guía de Orientación para Orientadores VIH y el SIDA -Censida-,1994. ¹⁴

- Fase I. Infección aguda:** comprende la primoinfección. El virus entra en el organismo infectando las primeras células, lo cual hace rápidamente pues no existen anticuerpos que pudieran controlar su replicación. En general no se presentan manifestaciones clínicas y sólo algunos pacientes (35% aprox.) cursan por un cuadro similar al de una mononucleosis infecciosa (parecido a un cuadro gripal) que tiene una duración no mayor a dos semanas y que cede fácilmente aún sin ayuda de medicamentos.

Al no presentarse síntomas o ser este un cuadro tan inespecífico, no es posible determinar el momento preciso de la infección, por lo que la mayoría de los pacientes no reconocen esta fase y sólo se podrá determinar el tiempo de evolución de manera aproximada.

- **Fase II. Infección asintomática:** la característica principal de esta fase es la ausencia de síntomas clínicos, la persona con el virus presenta un estado aparente de buena salud, similar a la de cualquier otra persona que no lo tenga.

Hasta hace algún tiempo, se consideraba que en esta fase el virus se encontraba en estado latente al no existir manifestaciones clínicas, sin embargo, ahora se sabe que en todo momento está en actividad de replicación, sólo que el sistema inmunológico del huésped ha alcanzado un estado de “equilibrio” controlando esta actividad viral.

Este equilibrio se logra cuando el sistema inmunológico ha sido capaz de producir suficientes anticuerpos específicos contra el virus, situación que produce ese aparente estado de buena salud.

Al paciente que se encuentra en esta fase se le conoce como “portador sano o asintomático”.

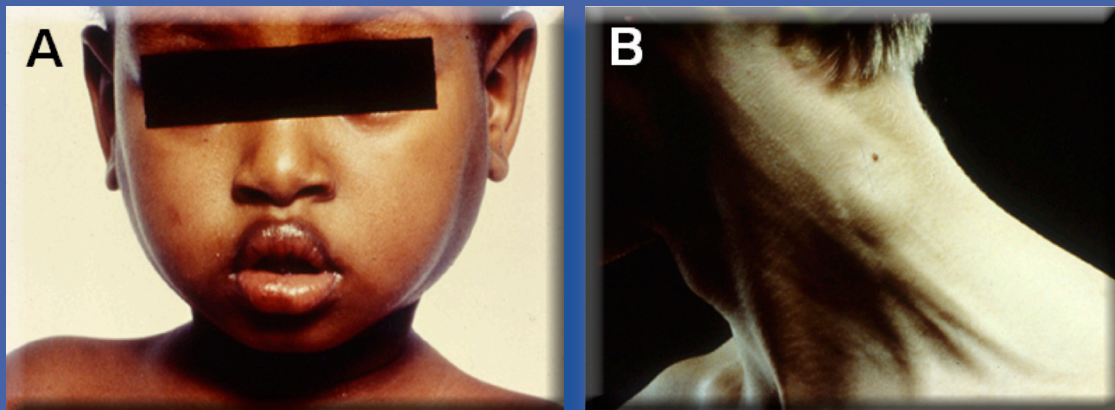
La duración de esta fase es variable y depende de factores diversos, como son: edad, calidad de vida, condiciones higiénico-dietéticas, si está bajo algún tratamiento específico y si éste inició de forma temprana.

Una persona con el virus puede permanecer de 8 a 10 años sin presentar manifestaciones, sin embargo, también se ha observado que en un gran número de personas esta fase puede alargarse más allá de este tiempo, aún cuando no hayan recibido tratamientos antirretrovirales. Con mucha frecuencia se ha dicho que esta es tal vez la fase más peligrosa de la infección para la transmisión, ya que en la mayoría de los casos la persona no sospecha que pueda tener el virus al no presentar cambios significativos en su salud y no reconocer prácticas de riesgo en las que se pudiera haber infectado, por lo tanto tampoco se reconoce como potencial transmisor.

- **Fase III. Linfadenopatía generalizada persistente:** en esta fase el sistema inmunológico comienza a debilitarse como consecuencia de la actividad viral, produciéndose lo que se conoce como una segunda viremia, caracterizada por un aumento significativo en la carga viral, lo cual produce como respuesta la inflamación de ganglios linfáticos, situación que da nombre a esta fase.

Esta linfadenopatía tiene como característica afectar un solo nódulo que puede alcanzar un tamaño superior a 1.5 cms. de diámetro, o a una cadena completa (en nódulos más pequeños); suele presentarse en dos o más puntos al mismo tiempo, generalmente bilateral y con duración mayor a un mes.

Las cadenas que se ven afectadas por esta inflamación con más frecuencia son las submandibulares (Figura 3), cervicales (Figura 4), supraclaviculares, axilares, inguinales, epitrocleares y poplíteas, sin embargo pudiera ser cualquiera otra.



Figuras 3 y 4. Linfadenopatías. A) Submandibular. B) Cadena cervical.
Banco de imágenes de Censida.

Otras manifestaciones que se pueden presentar en esta etapa son las infecciones oportunistas de diversos tipos, como pueden ser bucales, dérmicas, de vías aéreas, digestivas, oftálmicas, etc., que generalmente ceden ante tratamientos convencionales y no reinciden a corto plazo.

La duración de esta fase también es muy variable y depende principalmente del apoyo médico y psicológico que reciba la persona cuando se le ha detectado la infección oportunamente. Este apoyo consiste en los tratamientos específicos con antirretrovirales y preventivos en contra de estas infecciones oportunistas, además de la terapia psicológica individual o grupal. Un paciente en estas condiciones, puede estar dos o más años en esta fase.

Desgraciadamente aún hay muchos casos que no se detectan de manera oportuna siendo esta sintomatología la que lleva a la sospecha de la infección. El retraso en el diagnóstico trae como consecuencia la falta de atención médica y psicológica, agravando así los síntomas y pudiendo acortar la duración de esta fase que llega a ser incluso de sólo unos meses.

- **Fase IV. Caso de sida (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida):** generalmente a esta fase se le conoce simplemente como sida y, aun cuando es la última de la infección, no se debe considerar como fase terminal pues en muchos casos la persona que cursa por ésta tiene probabilidades de vivir en condiciones más favorables que antes gracias a los nuevos esquemas de tratamiento.

En esta fase el virus alcanza su mayor desarrollo, por lo que el daño al sistema inmunológico es también mayor.

Las manifestaciones que se presentan en esta etapa de la enfermedad suelen ser muy variadas y cambian de un paciente a otro, sin embargo se puede generalizar de la siguiente forma:

- **Síndrome de desgaste.** Al ser un síndrome, también está caracterizado por la presencia, sin razón aparente, de cuatro manifestaciones.
 - Pérdida de peso: igual o mayor al 10% del peso corporal total en menos de un mes.
 - Fiebre: principalmente nocturna o en estados de reposo, hasta 40°C o más, con duración mayor a un mes.
 - Diarreas: cinco o más evacuaciones líquidas o semilíquidas al día, que de igual manera se presentan durante más de un mes.
 - Debilidad y fatiga: van en aumento hasta que la persona no tiene fuerza para realizar sus actividades cotidianas.

En general, esta sintomatología no cede fácilmente ante tratamientos convencionales.

- **Síndrome neurológico.** El VIH puede afectar algunas células de sostén del sistema nervioso central, causando diversas alteraciones físicas o mentales que varían de tipo, intensidad y duración, según la zona donde se ubique la lesión.

- Las manifestaciones físicas pueden ser desde un simple tic nervioso hasta convulsiones que pueden llevar a la muerte por un paro cardiorespiratorio.
- Las mentales van desde una leve desorientación mental o pérdida de la memoria,¹⁵ hasta cuadros severos de desquiciamiento.

Como ya se ha mencionado, el implementar los nuevos esquemas de tratamientos combinados y aplicados de manera oportuna, permite que actualmente la sobrevida y calidad de ésta sea mayor que hace poco menos de una década.

La evolución o desarrollo de la infección por VIH puede presentarse como aquí se describe, sin embargo y como ya se ha mencionado, las condiciones propias de cada individuo, la detección oportuna y los tratamientos a los que se haya sometido, entre otros factores, pueden hacer que se presente de manera muy distinta entre una persona y otra.

Sistema de clasificación para la infección por VIH del CDC de 1993

Actualmente, gracias a que algunas pruebas de laboratorio como el conteo de linfocitos CD4 son más accesibles, se utiliza un sistema de clasificación que combina por un lado la población de células CD4 y por el otro las condiciones clínicas o manifestaciones del paciente. Este sistema de clasificación también es una propuesta del CDC de Atlanta hecha en 1993 y que, a pesar del tiempo que lleva vigente, resulta de gran utilidad para determinar el estatus de los pacientes así como para establecer un plan de tratamiento individualizado para cada caso.

Cabe resaltar que tanto la clasificación de los pacientes como el plan de tratamiento específico para la infección por VIH serán responsabilidad del médico tratante y para el estomatólogo será una referencia que, aunada a otros parámetros, ayudará a establecer un tratamiento integral, ya sea sindromático, preventivo, o de rehabilitación, sin que interfiera con el establecido para su condición general.

Aquí se podrá “ubicar” al paciente en uno de los nueve estadios posibles (A1, B1 y C1; A2, B2 y C2; y A3, B3 y C3), los cuales son el resultado de la combinación entre el conteo de CD4 y los síntomas presentes en determinado momento (Tabla 4).

■ Tabla 4. Sistema de clasificación de la infección por VIH (CDC 1993)

CATEGORÍA			
Conteo de CD4	A	B	C
>500	A1	B1	C1
200 – 500	A2	B2	C2
<500	C1	C2	C3

Adaptado del Center of Disease Control and Prevention -Atlanta, G.A., Estados Unidos de América- 1993.¹⁶

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, el conteo celular de CD4 puede ser:

- >500
- Entre 200 y 500
- <200 (lo que indica el estado de deterioro del sistema inmunológico)

La sintomatología se presenta en tres categorías:

- Categoría A, para infección asintomática o con síntomas leves, de corta duración, no recurrentes y que ceden ante tratamientos convencionales.
 - Infección asintomática por VIH.
 - Linfadenopatía generalizada persistente.
 - Síndrome retroviral agudo (infección aguda por VIH).

- Categoría B (antes llamada “Complejo Relacionado a SIDA”), para la presencia de síntomas que pueden ser más severos pero que aún son controlables a mediano o corto plazo con tratamientos convencionales y que tardan un poco más en reincidir.

Angiomatosis bacilar.	Leucoplasia vellosa.
Candidiasis oral o vaginal recurrente.	Herpes Zoster.
Displasia cervical.	Listeriosis.
Síndrome de desgaste >1 mes.	Enfermedad pélvica inflamatoria.
Neuropatía periférica	
Púrpura	
Trombocitopénica idiopática.	

- Categoría C, son las incluidas en el grupo IV, C1 de la clasificación de 1986; la definición de caso de sida de 1987 (*) y la categoría C de la clasificación de 1993.

- Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.*
- Candidiasis esofágica.*
- Coccidioidomicosis generalizada.*
- Criptococosis extrapulmonar.*
- Criptosporidiosis con diarrea de más de 1 mes.*
- Infección por citomegalovirus de un órgano diferente al hígado, bazo o ganglios linfáticos.*
- Retinitis por citomegalovirus.*
- Encefalopatía por VIH.*
- Infección por el virus del herpes simple que cause úlcera mucocutánea de más de 1 mes de evolución (Figura 5), bronquitis, neumonitis o esofagitis.*
- Histoplasmosis diseminada.*
- Isosporidiasis crónica.*

- Sarcoma de Kaposi.*
- Linfoma de Burkitt o equivalente.*
- Linfoma inmunoblástico o equivalente.*
- Linfoma cerebral primario.*
- Infección por MAI o *M kansasii* diseminada o extrapulmonar.*
- Tuberculosis extrapulmonar o diseminada*
- Infección por otras micobacterias, diseminada o extrapulmonar.*
- Neumonía por *P jirovecii*.*
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.*
- Sepsis recurrente por especies de *Salmonella* que no sean *S typhi*.*
- Toxoplasmosis cerebral.*
- Síndrome de desgaste.*
- Carcinoma de cérvix invasivo.
- Tuberculosis pulmonar.
- Neumonía recurrente.



Figura 5. Herpes simple con lesión mucocutánea en labio.
Cortesía de los Doctores Ubaldo Ramos y Carlos Cruz, Capasits D.F.
Clínica Especializada Condesa.

Las personas mayores a un mes de vida (neonatos) que presentan infecciones por citomegalovirus, herpes simple y toxoplasma, entran también en esta clasificación.

Ninguna de estas infecciones o neoplasias son indicativas de sida si no están asociadas a una seropositividad a VIH. Las neoplasias deberán además confirmarse por histología, citología o cultivo.

Así, los pacientes que se encuentren en la fase A1 estarán en la fase inicial de la infección, los que estén en B2 estarán en una etapa intermedia y los que estén en C3 estarán en la fase más avanzada (Figura 6).

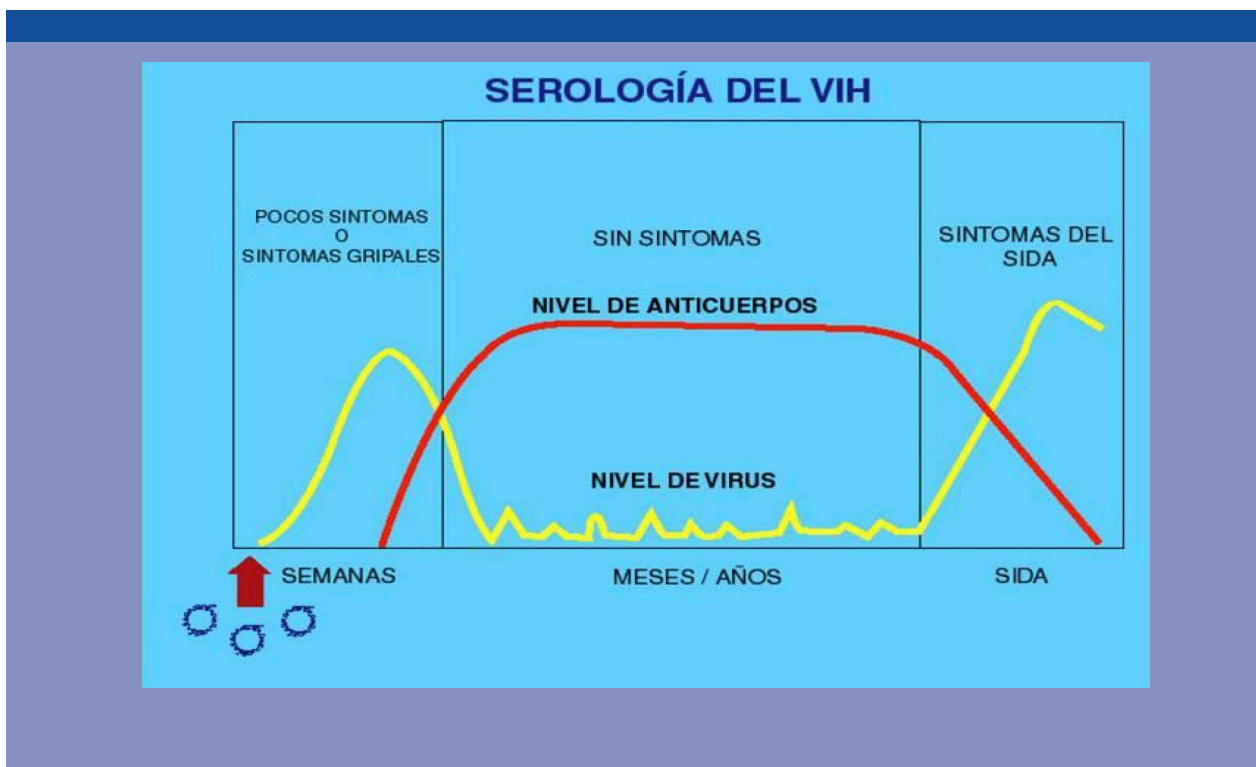


Figura 6. Serología del VIH.
Banco de imágenes de Censida.

Existe la probabilidad que un paciente pueda pasar de una categoría a otra sin cursar por una intermedia, por ejemplo de un estadio A2 a un C2, o a un B3, esto se debe en general a la poca efectividad de los tratamientos, a la resistencia desarrollada por el virus, a problemas de conducta del paciente como desapego a los tratamientos, a seguir con prácticas de riesgo que lo lleven hacia una reinfección o simplemente por no seguir las recomendaciones higiénico-dietéticas de su médico.

Aunque poco frecuente, también es posible que un paciente pase de un estado de mayor complejidad a uno de menor gravedad, esto se puede deber a una intervención con tratamientos altamente efectivos y a una conducta disciplinada del paciente en cuanto a seguir todas las recomendaciones higiénico-dietéticas y demás cuidados preventivos.

Serán considerados casos de sida todas las personas que presenten síntomas integrados en la categoría C, independientemente de si tienen más de 200 CD4, o al estar asintomático pero con un conteo menor a 200 células.

6. Detección

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

En México, como en muchas otras partes del mundo, existe un gran número de enfermedades que se pueden controlar o erradicar si se detectan de manera oportuna, sin embargo, la falta de una cultura hacia el cuidado de la salud hace que éstas sean identificadas de manera tardía, provocando complicaciones médicas, ineficacia de tratamientos, incapacidades y hasta la muerte; además de una serie de gastos que, en muchas ocasiones, afecta tanto a la economía familiar como la del Estado, quien tiene que hacer inversiones millonarias para atender y prevenir estos casos.

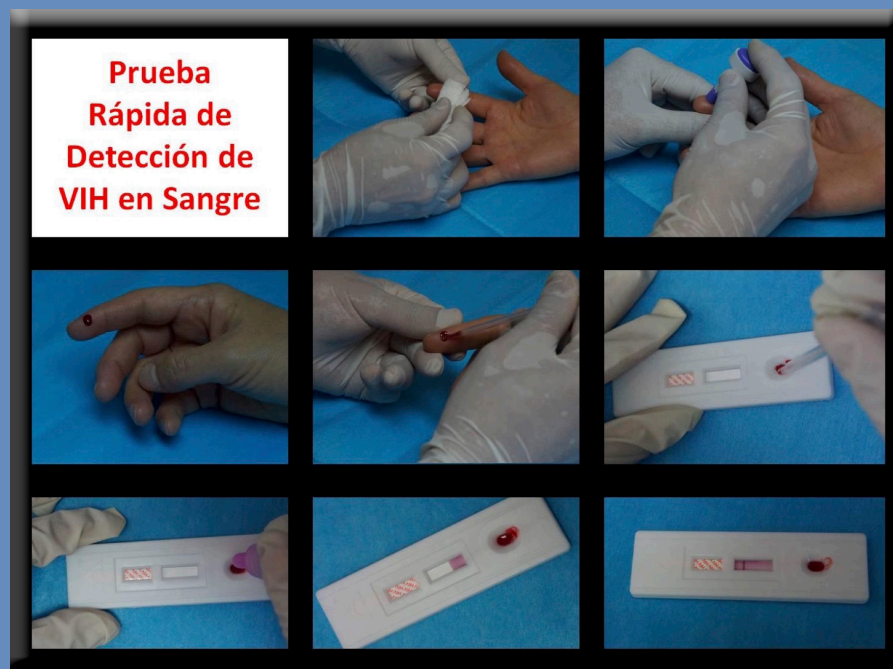
Sobre la infección por VIH en específico, hay que resaltar que la única forma en la que se puede saber si una persona tiene o no el virus es a través de la realización de una prueba de detección de anticuerpos anti VIH. Su detección oportuna favorece que los tratamientos resulten efectivos mejorando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

Actualmente existen varios tipos de pruebas, en primer lugar están las de “tamizaje”, que son pruebas presuntivas, en las que un resultado “reactivo” deberá ser confirmado a través de una segunda prueba. Así mismo existen las pruebas “confirmatorias”, que son técnicas de laboratorio que proporcionan un resultado definitivo sobre la presencia o no del virus en el organismo.

La prueba más conocida para la detección (de anticuerpos anti VIH) es la llamada ELISA por sus siglas en inglés (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) y se refiere a la técnica de “inmuno absorción de enzimas”. Esta prueba puede ser usada para la detección de otros virus y no solo del VIH. ELISA se ha usado como de tamizaje o presuntiva y aunque actualmente su resultado es muy confiable (si se ha cubierto el periodo de ventana), éste no se puede tomar como definitivo, pues según la NOM-010-SSA2-2010, se debe realizar siempre una prueba confirmatoria.

Hoy en día se puede acceder fácilmente a las pruebas rápidas (Figuras 7 y 8), que resultan ser muy convenientes por las ventajas que presentan:

- ✓ **Fácil realización:** se pueden efectuar en sangre total, plasma, suero y saliva, y no requieren instalaciones especiales. Para su aplicación se requiere sólo de una pequeña gota de sangre que se obtiene con una punción dactilar, o una muestra de saliva que se obtiene de la encía o del carrillo con un hisopo. Además no es necesaria ninguna instalación especializada como la de un laboratorio, pues los estuches en los que se presentan incluyen los reactivos y el resultado se puede leer en el mismo aditamento con el que se tomó la muestra.





Figuras 7 y 8. Pruebas rápidas de detección de anticuerpos anti VIH. A) Sangre, B) Saliva.
Banco de imágenes de Censida.

- ✓ El resultado es rápido y de fácil interpretación: dependiendo de la marca comercial que se use, el tiempo en el que se obtiene un resultado varía, pero en general no excede los 20 minutos, lo que hace que éste pueda ser entregado en la misma sesión al paciente, evitando así la frecuente deserción cuando la entrega del resultado se hace en una sesión posterior.
- ✓ El resultado es altamente confiable cuando se cubre el periodo de ventana.

Estas pruebas cuentan con un nivel muy alto de sensibilidad y especificidad, lo que garantiza un resultado confiable si se ha cubierto el “Periodo de ventana”, que es el tiempo promedio que tarda el organismo en tener un nivel de anticuerpos anti VIH suficientes en la sangre como para ser detectados en una prueba. En México la Norma NOM-010-SSA2-2010 para la Prevención y Control de la Infección por VIH, marca 12 semanas como el tiempo que hay que esperar después de la última práctica de riesgo para que el resultado sea confiable.

Hoy en día los resultados de las pruebas se dan como: “reactivo” cuando se detectan los anticuerpos buscados y “no reactivo” cuando no se detectan. Equivalen a los resultados “positivo” y “negativo”, respectivamente.

La OMS reporta que “en 2014 aproximadamente 150 millones de niños y adultos de 129 países de ingresos bajos y medianos se beneficiaron de la realización de pruebas de detección del VIH”.¹⁷

Una de las pruebas más usadas como confirmatoria es la llamada Western Blot (prueba de inmunoelectrotransferencia), que es una técnica para la cual se requiere una muestra de sangre; su proceso es más elaborado, por lo que se tiene que realizar en un laboratorio especializado.

La efectividad de las pruebas rápidas (ELISA de cuarta generación) que existen hoy en día permiten que al tener un resultado “reactivo” en una primera prueba, se utilice esta misma como confirmatoria, reduciendo el costo y tiempo de entrega en comparación con una confirmatoria convencional.

Existen otras pruebas como la de PCR (Reacción de Polimerasa en Cadena) o el “Hemocultivo”, que son técnicas más sofisticadas y se usan sólo en casos extremos en los que existen dudas sobre el resultado de una prueba convencional o en casos de investigación.

*Conforme a la legislación actual, sólo personal capacitado en consejería pre y post, podrá realizar pruebas para la detección del VIH, considerando los criterios de consentimiento informado y confidencialidad. En caso de no contar con todos estos elementos la misma no deberá realizarse.*¹⁸

7. Parámetros inmunológicos y virológicos para el control de la infección

El control de la infección por el VIH se realiza a través del conteo de los Linfocitos CD4 (número de células inmunes que tiene una persona. Un conteo normal de CD4 es de 500 a 1,500 células/mm³ de sangre),¹⁹ y a través de la carga viral (el número de virus detectables en sangre). El objetivo del tratamiento antirretroviral consiste en mantener la carga viral indetectable y en aumentar lo más posible el número de linfocitos CD4, con el fin de prevenir infecciones oportunistas que se reflejen en la calidad de vida de las personas. Es recomendable que el médico evalúe la efectividad del tratamiento antirretroviral cada 4 o 6 meses.

● **Importancia de la adherencia al tratamiento antirretroviral**

El VIH es un virus que tiene la capacidad de mutar, de tal manera que cuando una persona suspende la toma de los medicamentos antirretrovirales o los toma de manera inconsistente, omitiendo dosis, con lo que el virus genera resistencia y propicia la evolución de la enfermedad con posibles repercusiones en la cavidad oral.

Para identificar la resistencia farmacológica del virus se realiza un estudio llamado Genotipo.

8. Manejo del paciente con VIH en el consultorio estomatológico

Tal como se ha mencionado, las personas que viven con VIH tienen como el resto de la población el mismo derecho a recibir atención odontológica, la cual deberá contemplar dar información certera al paciente, realizar una completa historia clínica que incluya el consentimiento informado y llevar a cabo acciones de prevención y de atención integral.

Todos los pacientes tienen derecho a recibir atención integral, oportuna y adecuada.

● Información para el paciente

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

La información que debe conocer el personal de odontología y que viene descrita en esta guía es:

- El VIH y la diferencia con el sida.

- ✓ El VIH como agente causal y su mecanismo de acción.
- ✓ Vías de transmisión y mitos.
- ✓ Medidas de prevención.
- ✓ Historia natural de la infección por VIH (fases de la infección).
- ✓ Diferencia entre personas con VIH y personas con sida.
- ✓ Pruebas de detección (tipos de pruebas, período de ventana y resultados).
- ✓ Opciones de canalización para recibir apoyo médico, psicológico y legal.

En la atención de personas con VIH, como con cualquier otro paciente, es obligatoria la confidencialidad de su estado serológico y de todos sus datos personales.

● **Acciones de prevención**

En las personas que viven con VIH, las acciones preventivas en salud bucal van encaminadas a proteger y mantener este bienestar bucal, y a evitar el agravamiento de enfermedades orales que por la condición del sistema inmunológico se puedan presentar.

Derivado de lo anterior, será muy importante hacer énfasis en el vínculo que existe entre la pobre higiene oral y el aumento en el riesgo de complicaciones orales,²⁰ por lo que, con el fin de evitarlas, será de suma importancia llevar a cabo acciones como el control de placa bacteriana, protección específica a través de la aplicación tópica profesional de flúor,²¹ instrucción del cepillado dental con pasta fluorurada y del hilo dental, así como el seguimiento de la salud bucal cada 3 meses.²² En estos pacientes, resultará fundamental la búsqueda y remoción de focos sépticos tanto de origen dental como periodontal.

● **Atención bucal**

La consulta estomatológica en las personas con VIH, no difiere en general de la que se le debe otorgar al resto de la población, sin embargo, habrá que considerar que estos pacientes pueden tener características especiales, ya sea por la evolución propia de la infección por VIH, por procesos patológicos agregados o por los tratamientos a los que se sujeta. Derivado de lo anterior, la atención en estos pacientes deberá tener en cuenta una completa historia clínica que permita la mejor toma de decisiones así

como la necesidad de brindar una atención integral, así que se deberá tener en cuenta la interacción con el personal de la salud tratante: tanto médico como psicólogo y trabajador social.¹⁸

Cuando en la historia clínica quede asentado que es una persona que vive con VIH, será importante evitar un trato diferencial, estigmático y discriminatorio.

● **Llenado de la historia clínica**

Ante cualquier persona que solicite la atención odontológica, lo primero a realizar será una historia clínica completa conforme a la normatividad vigente,^{23,24} que tome en cuenta los siguientes puntos.

Un adecuado interrogatorio que incluya:

- Condición metabólica.
- Tratamiento farmacológico.

Estudios auxiliares:

- Pruebas serológicas de diagnóstico, valores de CD4 y carga viral para conocer el estadio de la infección.²⁵ La confirmación del estado serológico con respecto al VIH puede ser realizada tanto de manera verbal por el paciente, o mediante el resultado por escrito de su prueba de detección, en cuyo caso se debe anexar el mismo a la historia clínica.
- Valoración clínica de la infección por VIH (estatus, conteo de CD4 y carga viral): este punto resulta muy importante al considerar que una persona con conteo bajo de células CD4 (<200), será más vulnerable a infecciones oportunistas (Tabla 5).

La exploración física también es un dato relevante.

Una buena historia clínica puede orientar a la persona sobre la posibilidad de tener VIH. Si fuera el caso, el médico iniciará tratamiento retroviral de manera temprana -tal como lo recomienda la OMS- para aumentar su esperanza y calidad de vida.²⁶

Tabla 5. Consideraciones en los procedimientos odontológicos en personas que viven con VIH

Cuento de CD4	Consideraciones
<p>Para todo paciente, independientemente del conteo de CD4</p>	<p>Historia clínica completa: anamnesis y exploración</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Interconsulta con el médico tratante. ● Conocer el esquema farmacológico del paciente.^{25,27} ● Estudios de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> — Tiempo de protrombina (TP) / tiempo parcial de tromboplastina (TPT). — Biometría hemática para determinar valores plaquetarios: las personas que viven con VIH pueden presentar alteraciones hematológicas independientemente de la edad, el sexo o etapa de la infección, por lo que a fin de evitar hemorragias (más del cálculo esperado al procedimiento) como extracciones dentales, se deberá valorar previamente que las cifras plaquetarias sean superiores a 60,000 mm³.²⁸ <p>Tratamiento preventivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Esquema básico de prevención en salud bucal: detección de placa bacteriana, enseñanza de la técnica de cepillado dental, enseñanza de uso del hilo dental, sesiones de salud bucal. ● Profilaxis. ● Aplicación tópica de flúor. ● Selladores de fosetas y fisuras. <p>Tratamientos curativos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prevenir y eliminar focos sépticos. ● Se puede utilizar enjuague bucal antimicrobiano, como gluconato de clorhexidina al 0.12%, 2-3 días previos y posteriores al procedimiento. ● Tratamientos endodónticos. ● Tratamientos ortodónticos. ● Prótesis. ● Manipulación de tejidos bucales conforme a protocolo.²⁷ <p>Prescripciones farmacológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conocer las interacciones medicamentosas (antibacteriana, analgésica o antiinflamatoria). ● No modificar el esquema terapéutico indicado por el médico tratante.²⁹ <p>Seguimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Control del paciente entre 24 y 72 hrs. después de la atención odontológica.²⁵ ● Consulta de seguimiento cada 3 a 6 meses.

Conteo de CD4	Consideraciones
>200 células/ mm ³ **	<ul style="list-style-type: none"> ● Tratamientos periodontales y quirúrgicos simples y complejos (ej. exodoncias, cirugías de 3eros molares, tratamientos periodontales).
<200 células/ mm ³ **	<ul style="list-style-type: none"> ● Diferir tratamientos periodontales y quirúrgicos complejos y programados, hasta tener un conteo >200 células/ mm³. Dar tratamiento farmacológico y de urgencia (ej. tratamiento de absceso), y en caso necesario referir al especialista. ● Prótesis removibles que faciliten la higiene para prevenir infecciones por <i>Cándida</i>. ● Interconsulta con el patólogo bucal.

Fuente: Orosman, 2006;²² Campo, 2009;²⁷ Indian dental Association, 2012;²⁹ Castellanos, 2008.²⁸

Agradecimiento a la Dra. Lisette Ma. Azucena Molina Ramos por sus sugerencias en la redacción de esta tabla.

Las recomendaciones especiales del médico tratante deben ser atendidas de manera puntual, dado que podemos interferir con el tratamiento específico de la infección por VIH.

● Valoración bucal

La sintomatología de la infección por VIH es un tema muy amplio que ha cambiado en los últimos años por diferentes razones, una de ellas es la aplicación de las terapias ARV (antirretroviral). Así, aunque actualmente no se puede hablar de síntomas específicos, hay que recordar que alrededor del 80% de las primeras manifestaciones de la infección por VIH se pueden presentar en la cavidad oral, con lo que el estomatólogo podría ser un elemento clave en el diagnóstico temprano de los pacientes con infección por VIH.²⁷

La revisión de la cavidad bucal en personas que viven con VIH deberá estar encaminada a la búsqueda intencionada de infecciones de origen dental o periodontal que puedan disminuir su calidad de vida al favorecer el deterioro inmunológico y para restablecer la función dental; también, para identificar enfermedades vinculadas con la inmunosupresión a través de cuatro de sus posibles características:

I. Presencia de infecciones y enfermedades: como ya se mencionó, no podemos hablar de síntomas específicos de la infección por VIH, pero es importante reconocer algunas infecciones y enfermedades que nos puedan indicar un estado de inmunosupresión del paciente, algunos de los cuales serán visibles y tendrán repercusiones en la cavidad bucal como las que se describen más adelante. Lo más importante en el manejo estomatológico es mantener al paciente libre de focos infecciosos, predominantemente bacterianos de origen dental y periodontal.

II. Recurrencia: la presencia de dos o más eventos del mismo tipo en menos de treinta días.

III. Duración: una lesión que permanece por arriba del promedio “normal” de evolución.

IV. Resistencia: falta de respuesta del paciente ante tratamientos convencionales (recurrencia o duración). En este sentido, es importante saber a qué tipo de tratamientos se ha sometido el paciente.

● **Infecciones y enfermedades indicativas de posible deterioro del sistema inmune**

En el caso de las personas con VIH, tal como se mencionó, será de gran utilidad realizar la búsqueda de infecciones de transmisión sexual con sintomatología bucal, así como de lesiones ulcerativas, tumorales, secreción orofaríngea (halitosis), fisuras de comisuras labiales, lesiones vesiculares, tumoraciones sólidas de aspecto verrugoso o violáceo; enfermedad periodontal crónica y presencia de placas blancas en lengua, paladar duro y blando, así como presencia de adenopatías visibles y/o palpables en región de cabeza y cuello, acompañados de fiebre y artralgias.

A continuación se describen cada una de estas enfermedades.

✓ **Enfermedad periodontal**

- **Eritema lineal gingival.** Afección frecuente en las personas con VIH. Clínicamente se observa enrojecimiento e inflamación del borde gingival cervical (Figura 9).



Figura 9. Eritema lineal gingival.
Banco de imágenes de Censida.

Tratamiento: la mayoría de los casos responden a la atención dental con raspado y alisado radicular, y enjuagues de clorhexidina.³⁰

- **Gingivitis ulceronecrosante (GUN).** Aparece de manera súbita, con hemorragia, dolor y halitosis. Se presentan diversas ulceraciones en el vértice de las papilas

interdentarias que avanzan hacia los bordes y afectan más frecuentemente la zona gingival libre o marginal. Si no es atendida oportunamente puede evolucionar hacia una estomatitis ulceronecrosante, con necrosis de los tejidos blandos con o sin exposición de hueso, y secuestro de tejido óseo necrótico. Ocasionalmente puede presentar linfadenopatía, fiebre y malestar general.

La higiene oral mediante la terapia mecánica sobre el diente mejora la condición gingival, lo que sugiere que se trata de un paso importante en el mantenimiento de la salud periodontal.³¹

- **Periodontitis crónica** (Figura 10). El riesgo de la progresión de la enfermedad aumenta en pacientes con conteo de CD4

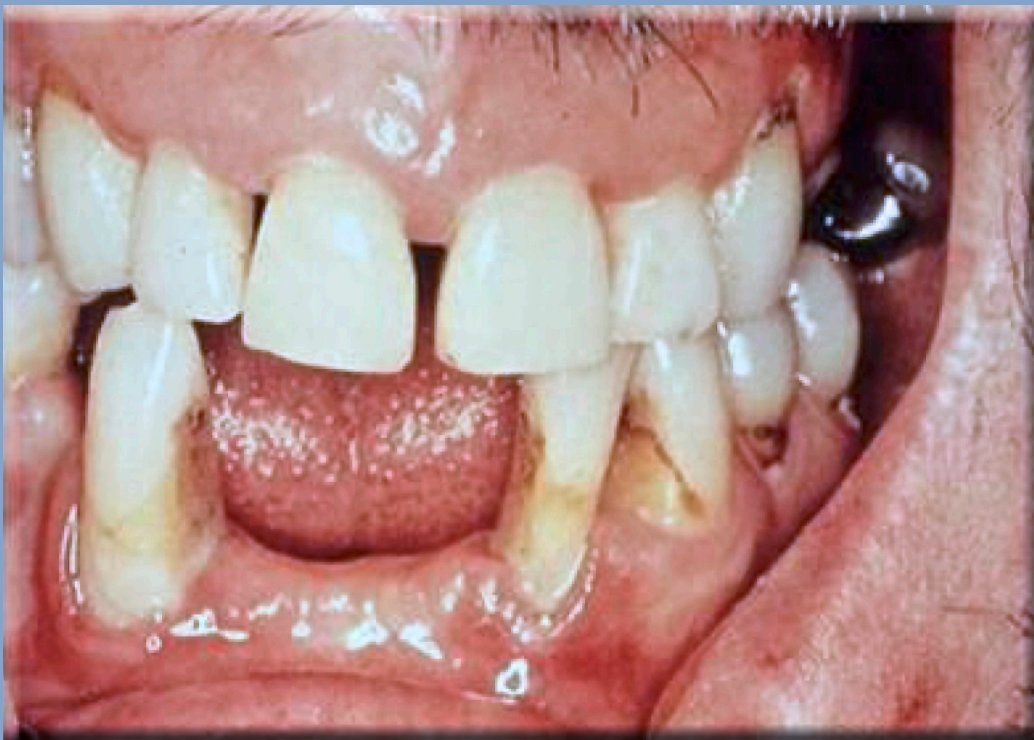


Figura 10. Enfermedad periodontal. Periodontitis crónica. Banco de imágenes de Censida.

Tratamiento: anestésicos tópicos, lavados con clorhexidina al 0.2% dos veces al día y antibiótico. En casos severos, metronidazol por vía oral (400 mg. dos veces al día) en interconsulta con el médico tratante, junto con el desbridamiento periodontal. A estos pacientes se les recomienda acudir a profilaxis dental cada 3-6 meses.³⁰

✓ Candidiasis³²

Es la infección de la mucosa bucal asociada al VIH más común (hasta en un 90%) y presenta signos que colaboran con el diagnóstico inicial de la periodontitis crónica. Se presenta en cuatro patrones: pseudomembranosa, eritematosa, hiperplásica y queilitis angular; siendo las dos primeras las más frecuentes. Se observan placas aterciopeladas y de color blanco conocidas comúnmente como "algodoncillo" que se desprenden al raspado, dejando una zona de color rojo, dolorosa, con sensación de ardor, que puede sangrar y que dificulta la ingestión de alimentos por su localización (lengua, encías, carrillos, paladar y bucofaringe), destacando un probable estado de inmunosupresión cuando se extiende a la orofaringe o incluso al esófago -candidiasis esofágica- (Figuras 11A, 11B y 11C).



Figuras 11. A) y B) Candidiasis pseudomembranosa, placas blancas en dorso de lengua y paladar duro respectivamente. C) Candidiasis eritematosa en dorso de lengua, placa roja difusa.
Banco de imágenes de Censida.

Tratamiento para la candidiasis orofaríngea: el manejo antimicótico dependerá de la variedad clínica de la candidosis, del estado de inmunosupresión, del uso o no de terapia antirretroviral, de la afección exclusiva en boca u otras zonas, de los factores locales y sistémicos presentes en el paciente, del uso de otros fármacos (principalmente de antibioticoterapia), entre otros factores. Ésta podrá atenderse conforme a los siguientes esquemas (Tabla 6).

■ Tabla 6. Esquemas de atención para candidiasis orofaríngea

Nivel de la infección	Medicamento	Presentación	Vía de administración	Dosis
Episodios iniciales (7 a 14 días)	Fluconazol	Cápsulas 100mg.	Oral	1 cada 24 hrs.
	Clotrimazol	Tabletas 10mg.	Oral	Clotrimazol 5 veces al día
	Nistatina	Suspensión	Tópica	● 4 a 6 ml. o 1-2 tabletas 4 veces al día (cada 6 hrs.)
				*El sabor es amargo y puede haber toxicidad gastrointestinal con la administración frecuente, con lo que la tasa de cumplimiento es baja y resulta menos eficaz que el fluconazol oral. ³⁰
	Miconazol	Tabletas mucoadhesivas	Oral	● 1 tableta cada 24 hrs.

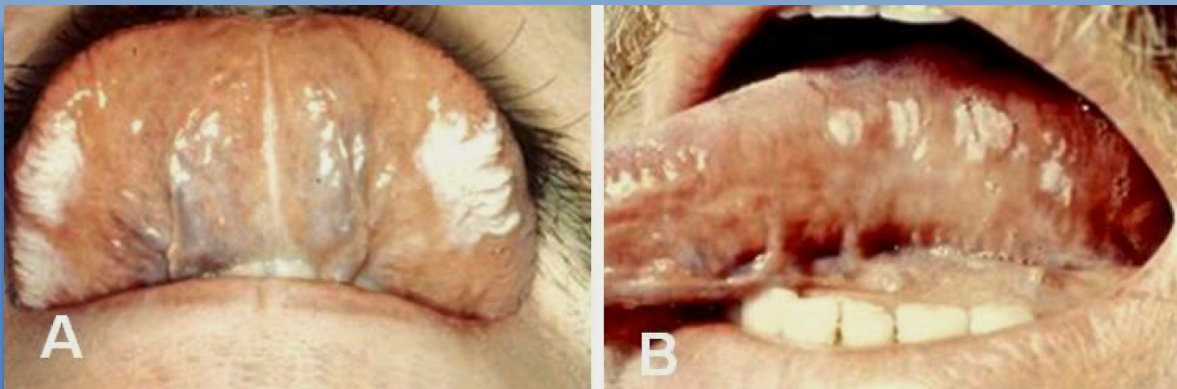
Fuente: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (Censida).
 Guía para el Manejo Antirretroviral de las personas con VIH. 33

El potencial de interacciones farmacológicas, en particular con los medicamentos antirretrovirales como los inhibidores de la proteasa, debe evaluarse cuidadosamente antes de iniciar la terapia antifúngica.³⁴

En caso de que la persona que presenta candidiasis sea portadora de prótesis completa o parcial habrá que recomendar realizar una adecuada higiene en la misma y posteriormente sumergirla en una solución de clorhexidina y agua en proporción 1 a 1, y después colocar algún antifúngico en la parte acrílica de ésta y de 2 a 4 veces al día por un mes.²⁵

✓ Leucoplasia pilosa

Es una lesión asociada al Virus de Epstein Barr (VEB), se presenta como una placa blanca de aspecto filiforme, superficie corrugada, indolora, de tamaño variable que no se desprende al raspado.³⁵ Situada en bordes laterales de lengua, aunque puede extenderse y cubrir el dorso de la misma. Se considera benigna y autolimitante (Figuras 12A y 12B), no requiere confirmación diagnóstica al mejorar los niveles de LT CD4.



Figuras 12. A) Leucoplasia vellosa en vientre. B) Leucoplasia vellosa en borde de lengua.
Banco de imágenes de Censida.

Tratamiento: la leucoplasia vellosa en general es asintomática y no requiere tratamiento específico, sin embargo, en algunas ocasiones las lesiones pueden causar incomodidad. Esta sintomatología pudiera responder a la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA).³⁰ Aciclovir (800 mg. cinco veces al día), Valaciclovir (1000 mg. tres veces al día) o Famciclovir (500 mg. tres veces al día). Aunque estas drogas antivirales inhiben la replicación del VEB, no eliminan la infección del tejido. Por otro lado, una vez suspendido el tratamiento la lesión recurre en pocas semanas.³⁵

✓ **Queilitis angular**

Son fisuras uni o bilaterales que se presentan en la piel de las comisuras labiales y mucosas. Puede cursar con inflamación, dolor y formación de costras. Se asocia a infecciones por *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus b hemolítico*, deficiencias nutricionales y pérdida de la dimensión vertical entre otras causas (Figura 13).



Figura 13. Queilitis angular. Fisura en comisura labial con presencia de costra.
Banco de imágenes de Censida

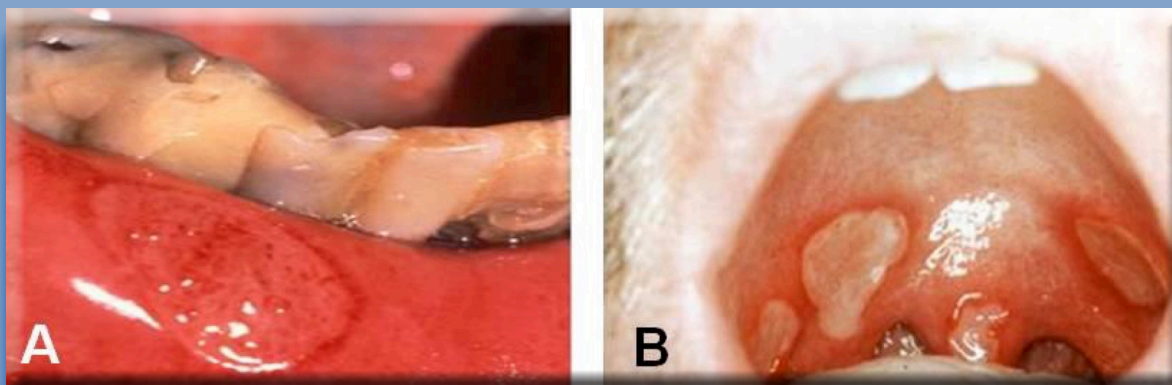
En los casos asociados a candidosis se involucra el uso de cremas antimicóticas tópicas³⁶ (Miconazol gel oral, 20 mg./gr. o nistatina. 25, 37), aplicadas directamente sobre las áreas afectadas cuatro veces al día durante al menos dos semanas. También se puede indicar tratamiento sistémico.³⁶

✓ Úlceras aftosas

Existe una gran variedad de ulceraciones que pueden presentarse en el paciente con VIH. Las tipo afta recurrente son comunes y se clasifican clínicamente como: menores, mayores y herpetiformes. En pacientes inmunosuprimidos, frecuentemente se presentan las variantes herpetiformes y mayores.

Las úlceras mayores miden de uno a tres cms., son de forma irregular, profundas, dolorosas y resuelven hasta en seis semanas, dejando cicatrices. Se localizan en mucosa labial, paladar blando y pilares amigdalinos.

La variante herpetiforme se presenta como úlceras coalescentes, dolorosas, que miden de uno a tres mm., semejantes a la infección por el virus de herpes simple; resuelven de siete a 10 días pero su recurrencia es constante (Figuras 14A, 14B).



Figuras 14. Úlceras mayores. A) y B) Úlceras irregulares de tamaño variable en mucosa labial y orofaringe, respectivamente. Banco de imágenes de Censida.

Tratamiento: para establecer el diagnóstico definitivo de las ulceraciones bucales se debe canalizar al paciente a patología bucal o dermatología. En el caso de las úlceras tipo afta, debido a que se asocian a diferentes factores, el manejo dependerá de aquellos que estén involucrados. Cabe mencionar que el tratamiento es esencialmente sintomático, pues no existe ninguno curativo para las úlceras tipo afta.

Por otra parte, en las personas que presentan úlceras aftosas, se recomienda evitar comer alimentos calientes y condimentados, ya que pueden causar dolor.

Como paliativos se utilizan medicamentos de venta libre que alivian la zona, los cuales se aplican directamente en el área ulcerada. Algunas acciones que se pueden realizar en casa incluyen: mezclar una parte de peróxido de hidrógeno y una parte de agua, y colocar la mezcla en la úlcera con ayuda de un hisopo, después de lo cual se aplicará una pequeña cantidad de leche de magnesia sobre el afta unas tres o cuatro veces al día, lo que ayudará como calmante y a sanar.³⁸

Toda prescripción de medicamentos tópicos, orales o por otras vías de administración por parte del estomatólogo, requerirán la interconsulta con el médico tratante por las interacciones medicamentosas y los efectos adversos de éstos.

✓ Neoplasias

- **Sarcoma de Kaposi:** neoplasia maligna de las células endoteliales vasculares asociada al virus del herpes humano tipo 8 (HHV-8). Se presenta como una o múltiples lesiones en piel (tórax, brazos, cabeza y cuello) o mucosa; en cavidad bucal el paladar, encía y lengua, son los sitios más comunes. Cuando se presenta en encía y paladar invade al hueso, causa movilidad e incluso pérdida dental. La lesión inicia como una mácula roja, púrpura vinosa o café, en estadios avanzados se observa como placa o nódulo de consistencia blanda, de color que va del violáceo hasta el negro y su superficie puede estar ulcerada. Puede complicarse con infecciones oportunistas. El paciente puede presentar dolor, sangrado e incluso necrosis. Al ser una entidad maligna puede extenderse a nódulos linfoides y otros órganos (Figuras 15A, 15B, 15C y 15D).

Tratamiento: dependiendo del caso, puede efectuarse tratamiento especializado refiriendo al paciente con el infectólogo, patólogo bucal o cirujano oncólogo (dependiendo de la extensión y localización de la lesión), quimioterapia, radioterapia o interferón.³² Sin embargo, las lesiones pueden remitir con el empleo de la terapia antirretroviral altamente activa y consecuente elevación de CD4.³⁹

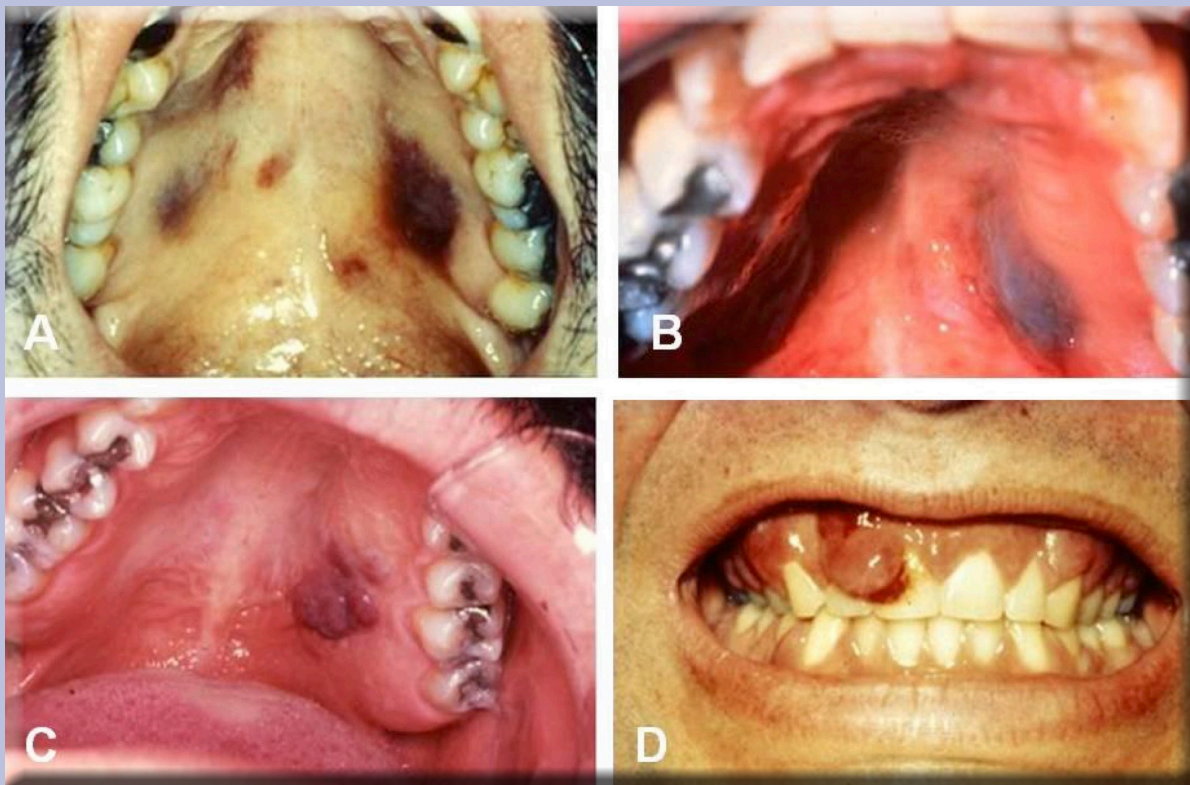


Figura 15. Sarcoma de Kaposi. A) y B) Máculas hipercrómicas irregulares de tamaño variable con bordes bien definidos, localizadas en paladar duro. C) y D) Presentación nodular de la lesión color rojo-violeta localizadas en paladar duro y encía, respectivamente. Banco de imágenes de Censida.

- **Linfoma no Hodgkin:** neoplasia maligna de linfocitos B, de localización extranodal. Puede presentarse en una forma diseminada causando linfadenopatía dolorosa, pérdida de peso y fiebre (Figura 16). En cavidad bucal puede aparecer como un aumento de volumen indoloro y en estadios avanzados como una superficie ulcerada. Se localiza en paladar o encía y puede cursar parecido a la periodontitis, causando pérdida dentaria. Cabe mencionar que resultado de los tratamientos actuales, estas entidades cada vez son menos frecuentes.



Figura 16. Linfoma no Hodgkin. Aumento de volumen eritematoso en encía y surco vestibular en maxilar.

Banco de imágenes de Censida.

Tratamiento: referencia y tratamiento especializado con el oncólogo (dependiendo de la extensión y localización de la lesión); quimioterapia, radioterapia y farmacología.⁴⁰

9. Infecciones de transmisión sexual y cavidad bucal

Como se mencionó previamente, las infecciones de transmisión sexual son un cofactor en la infección por VIH.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un problema de salud pública en México y en el mundo por las complicaciones que presentan, que van de leves a graves, sobre todo si no son diagnosticadas y tratadas en el momento adecuado.

Tradicionalmente las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se han asociado únicamente a las prácticas sexuales penetrativas a través del recto y la vagina, olvidándonos que hay otros tipos de prácticas que exponen al riesgo de adquirirlas, como los siguientes tipos de contacto:

- Boca-pene
- Boca-ano
- Boca-vulva

La cavidad bucal está constituida por una mucosa húmeda compuesta por un epitelio plano estratificado, no queratinizado, o queratinizado en algunas zonas anatómicas, en el que algunas bacterias o virus encuentran un sitio ideal para su crecimiento y replicación.

La susceptibilidad para adquirir y transmitir estas infecciones aumenta en personas que tienen prácticas sexuales orales no protegidas, independientemente si tienen o no VIH.

De acuerdo con el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos, la posibilidad de transmisión del VIH a través de prácticas oro-genitales es baja, sin embargo, este riesgo puede aumentar con el contacto oral con sangre menstrual, con presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y al tener encías sangrantes o úlceras en boca, vagina o pene.⁴¹

● Clasificación

Las ITS pueden clasificarse de acuerdo con los signos y síntomas que presentan, en tres síndromes específicos:

✓ Síndrome Ulcerativo

Aquí se incluyen aquellas ITS que causan como primer síntoma una úlcera que puede o no ser dolorosa (única o múltiples), que afecta cualquier sitio de la mucosa oral. Ejemplo: sífilis (Figura 17).



Figura 17. Sífilis secundaria. Cortesía de los doctores Ubaldo Ramos y Carlos Cruz, Capasits D.F. Clínica Especializada Condesa.

✓ **Síndrome Secretor**

Aquí se incluyen aquellas ITS que producen secreción. Ejemplo: gonorrea orofaríngea.

✓ **Síndrome Tumoral**

Incluye aquellas infecciones que se caracterizan por crecimiento tumoral. Ejemplo: papilomas escamosos (Figura 18).



Figura. 18. Infección por virus del papiloma.

Cortesía de los doctores Ubaldo Ramos y Carlos Cruz, Capasits D.F. Clínica Especializada Condesa.

Esta clasificación del abordaje sindrómico permitirá al estomatólogo sospechar clínicamente de alguna ITS.

● Agentes etiológicos

La siguiente tabla nos indica cuáles son los agentes etiológicos más frecuentes de las ITS que afectan la cavidad bucal, relacionados a los síndromes descritos y que son de importancia clínica para el estomatólogo (Tabla 7).

■ Tabla 7. Etiología de las ITS más frecuentes

Patógenos	Agente etiológico	ITS	Período de Incubación
Bacterias	Treponema pallidum	Sífilis	21 días
	Nessiseria gonorrhoeae	Gonorrea	3 a 5 días
	Chlamydia trachomatis	Uretritis, cervicitis	8 a 15 días
	Shigella sp Campilobacter sp	Enteritis	Variable, depende la infección
Virus	Virus del Herpes simple tipo 2 y 1 (VHS)	Herpes simple genital	2 a 10 días
	Virus del herpes humano tipo 5 (citomegalovirus)	Úlceras genitales	4 a 8 semanas a más
	Virus del herpes humano tipo 8	Condiloma acuminado	Variable (en sida) 1 a 3 meses
	Virus del papiloma humano (VPH)		
	Virus de la Hepatitis B (VHB) y C	Hepatitis B y C	4-26 semanas (media 6 a 8)
	Virus del Moluscum contagiosum (VMC)	Molusco contagioso	1 a 2 meses Variable
	Entamoeba histolytica Giardia lamblia	Uretritis, úlceras genitales, enteritis	2 a 4 semanas

Realizado por: Dr. Carlos Cruz y Dr. Ubaldo Ramos.

✓ Infecciones bacterianas

— Sífilis

Es una enfermedad infecciosa producida por la espiroqueta *Treponema pallidum* que se clasifica en adquirida (transmitida por vía sexual o transfusional) y congénita (transmitida de madre a hijo in útero).

La sífilis adquirida se divide en temprana (que comprende los estadios primarios, secundarios y latentes) y tardía.

La sífilis en su etapa primaria se caracteriza por la presencia de una úlcera (chancro) de bordes elevados e indurados, no dolorosa, que puede acompañarse de una adenopatía satélite (Figura 19) y que resuelve de uno a tres meses. La úlcera frecuentemente se encuentra en el borde interno o externo de los labios, encía, lengua, paladar blando o narinas.



Figura 19. Chancro sífilítico en lengua, cortesía de los doctores Ubaldo Ramos y Carlos Cruz. Capasits CDMX. Clínica Especializada Condesa.



Figuras 20. Sífilis secundaria. A) Úlcera en vientre de lengua.
 B) Placa blanca en mucosa labial.
 Banco de imágenes de Censida.

La sífilis secundaria o diseminada se presenta semanas o meses después del chancro primario como máculas rojas o marrón en las palmas de las manos o plantas de los pies. En cavidad bucal cursa como una enfermedad máculo-papular que desarrollará úlceras dolorosas o condiloma; estas lesiones pueden ser múltiples y son altamente infectantes (Figuras 20A y 20B). Puede cursar con fiebre, linfadenopatía, malestar general y pérdida de peso. Resuelve hasta en tres meses, si no es atendido adecuadamente cursará a la fase latente.

En la sífilis terciaria o fase de latencia desaparecen los signos característicos de la infección; sin embargo, presenta las complicaciones de la enfermedad como son lesiones vasculares, afecciones al sistema nervioso central, inflamación granulomatosa (goma) que afecta piel, mucosas, tejidos blandos, huesos y órganos internos.

Goma es una lesión nodular indurada o úlcera destructiva extensa; cuando se localiza en paladar destruye el piso nasal y en lengua se presenta en forma nodular o difusa. En su forma nodular se define como glositis intersticial y en su forma difusa en dorso de lengua con atrofia y pérdida de las papilas.

Tratamiento: el tratamiento de primera elección para personas adultas con sífilis primaria, secundaria y embarazadas (con y sin VIH o sida) es la penicilina.⁴²

— Infección gonocócica o gonorrea orofaríngea

La gonorrea es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual producida por *Neisseria gonorrhoeae*. En cavidad bucal se localiza en región faríngea, amígdalas palatinas y úvula, manifestándose con eritema y edema difusos. Raramente se presenta en región anterior de cavidad bucal y cuando es así lo hace como regiones eritematosas, pustulares, ulceradas o erosivas. Puede cursar con linfadenopatía cervical o submandibular.

La persona puede presentar eritema y secreción orofaríngea para luego tornarse en francamente purulenta, acompañada de ronquera y halitosis exagerada. La infección se adquiere a través de las prácticas sexuales orales con una persona que cursa con esta infección. En un alto porcentaje de los casos, la infección por gonorrea es asintomática, lo que dificulta el diagnóstico y favorece la transmisión. En otras ocasiones, la sintomatología puede incluir: estomatitis gonocócica que se presenta como enrojecimiento, prurito y ardor de la mucosa oral, con posible disminución de la salivación y una secreción de color blanco de origen bucofaríngeo.

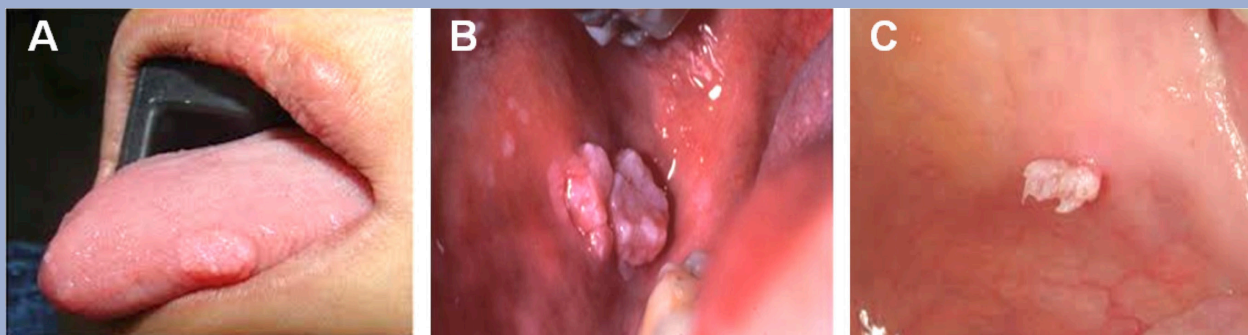
Tratamiento: Ceftriaxona / Doxiciclina.

✓ Infecciones virales

La mayoría de las ITS de tipo viral no suelen curarse, pero se controlan y su regla es la recurrencia, sobre todo cuando el sistema inmunológico se deteriora. Deben ser tratadas cada vez que se manifiestan.

— Condilomas acuminados (VPH)

Son neoformaciones o “tumoraciones” que crecen a expensas de la primera capa de la piel, del color de la mucosa donde se asientan, con una forma similar a la de una “coliflor”, de tamaño variable, que aparecen en los órganos sexuales, la región perianal, uretra y cavidad oral (Figuras 21 A, B y C).



Figuras 21. Lesiones por VPH. A) y B) Lesiones por VPH en borde de lengua y mucosa bucal en región retromolar. C) Papiloma escamoso en mucosa bucal, masa pedunculada con numerosas proyecciones. Banco de imágenes de Censida.

Etiología

El agente causal es el virus del papiloma humano (VPH), del cual se han reconocido hasta ahora más de 100 tipos. Los asociados frecuentemente a neoplasias intraepiteliales (incluyendo las de cavidad bucal), en personas con VIH son especialmente los tipos 16 y 18, y los relacionados con la aparición de condilomas acuminados en el 90% de los casos son los tipos 6 y 11, además de los 1, 2, 3 y 4.

Signos y síntomas

Se caracterizan por ser lesiones indoloras. Su manifestación clínica es la formación del condiloma acuminado, lesión que puede ser única o múltiple, de tamaño variable, en cualquier sitio de la cavidad bucal.

Tratamiento de elección para papilomatosis en boca:

- Electrocirugía.
- Escisión quirúrgica.
- Uso de inmunomoduladores como el imiquimod.

— Molusco contagioso

Se caracteriza por neoformaciones (únicas o múltiples) de aspecto aperlado con umbilicación en su centro, indoloras; al igual que los condilomas o verrugas vulgares, los moluscos no se curan, se controlan y su regla es la recurrencia, sobre todo cuando el sistema inmunológico se deteriora. Deben ser tratadas cada vez que se manifiestan.

Etiología

Causado por el *poxvirus Molluscum contagiosum*, esta infección es cosmopolita y el virus se propaga por contacto directo. En los niños, al igual que en las personas que viven con VIH, las lesiones son comunes en cara, tronco y extremidades.

En la etapa adulta, los sitios de la lesión son los órganos sexuales, la región inferior del abdomen, la parte interna de los muslos, las nalgas y la región peribucal. Cuando aparecen en esta última, se debe considerar que la transmisión fue por sexo oral o la persona vive con VIH o sida.

Síntomas y signos

Se caracterizan por la aparición de múltiples neoformaciones semiesféricas, perladas y con umbilicación central. Indoloras. No afectan intrabucalmente.

Diagnóstico

Es clínico. El diagnóstico diferencial debe realizarse con lesiones dermatológicas como los condilomas acuminados, sobre todo cuando las lesiones son únicas y pequeñas.

Tratamiento: en la región peribucal se recomienda su referencia para manejo por el especialista (dermatólogo).

Terapia con químicos (aplicado por el médico)

- Ácido tricloroacético (ATC) al 80 - 90%
(la aplicación debe repetirse semanalmente).

Terapia con medios físicos (aplicado por el médico).

- Crioterapia con nitrógeno líquido
(las aplicaciones se deben repetir semanal o quincenalmente).
- Electrocirugía.
- Escisión quirúrgica.

— Herpes simple bucofaríngeo

Úlcera bucofaríngea y de la zona peribucal que se define como pérdida de la continuidad de la mucosa o piel. Es dolorosa, con sensación de ardor y con frecuencia puede ir acompañada de linfadenopatía regional dolorosa (Figura 22).



Figura 22. Herpes simple en comisura. Cortesía de los doctores Ubaldo Ramos y Carlos Cruz, Capasits CDMX. Clínica Especializada Condesa.

Signos y síntomas

La infección por el virus del herpes simple (VHS) tipo 1 o 2 es la principal causa de herpes bucofaríngeo, caracterizado por la aparición de lesiones vesiculares que se rompen posteriormente y dan lugar a la formación de úlceras de bordes

eritematosos, acompañadas de ardor. Su importancia a nivel de la salud pública radica en el rol que puede jugar el VHS para facilitar la transmisión del VIH (al igual que otras lesiones ulcerativas), además de ser altamente contagioso y prevalente.

Tratamiento de elección para el Herpes simple: dependerá del grado de inmunocompromiso del paciente.

- Aciclovir 400 mg. por vía oral, cinco veces al día durante 7-10 días.
- Aciclovir 200 mg. por vía oral, cinco veces al día durante 7-10 días.

Tratamiento de elección para el Herpes simple genital y la coinfección por el VIH.

- Aciclovir 400 mg. por vía oral, tres veces al día durante 5-10 días.

Es recomendable que la evaluación de la persona que vive con VIH y con alguna ITS sea referida al médico para su tratamiento y seguimiento, ya que estos padecimientos pueden tener repercusiones importantes para la salud.

La detección temprana de estas infecciones por parte del estomatólogo representa una oportunidad para mejorar la calidad de vida del paciente evitando complicaciones funcionales, y siendo un posible primer paso a la canalización de la atención médica especializada, el tratamiento estomatológico también se beneficia con la atención integral del paciente.

La revisión bucal debe buscar la presencia de lesiones ulcerativas, tumorales, secreción orofaríngea (halitosis), fisuras de comisuras labiales, lesiones vesiculares o úlceras, tumoraciones sólidas de aspecto verrugoso o violáceo, enfermedad periodontal crónica, presencia de placas blanquecinas en lengua, paladar duro y blando, con presencia de adenopatías visibles y/o palpables en región de cuello. Se debe considerar la referencia al patólogo bucal para confirmar el diagnóstico y proporcionar el manejo adecuado conforme al mismo.

Recordar de manera prioritaria la detección de focos sépticos de origen dental y periodontal, así como su prevención, remoción temprana y control.

10. Bioseguridad

Para la práctica profesional de las distintas ramas de la medicina como médicos, estomatólogos, personal de enfermería, paramédicos, auxiliares de consultorio, químicos y personal de laboratorio (en general todo aquel que pueda estar en contacto con fluidos biológicos o especímenes potencialmente infectantes), existe el riesgo de adquirir infecciones o enfermedades infectocontagiosas durante los procedimientos propios de cada especialidad. Con el fin de prevenirlas es necesario cumplir con las normas de bioseguridad, que son todos aquellos procedimientos y cuidados que se deben tener en la atención de pacientes y/o manipulación del instrumental contaminado, para disminuir al máximo el riesgo de contraer infecciones en el ámbito profesional.



Logo de bioseguridad

● Normas de bioseguridad

Aun y cuando la posibilidad de transmisión del VIH es mínima de paciente al estomatólogo (y su personal auxiliar) y viceversa, como resultado de la consulta odontológica, siempre estará latente esta posibilidad frente a un descuido, por lo que habrá que considerar las precauciones estándar con todos los pacientes, pero evitando realizar procedimientos “excepcionales” de manera selectiva (sólo con pacientes que viven con VIH, con sida u otros) con la falsa sensación de “mejorar el control de infecciones” (Figura 23).

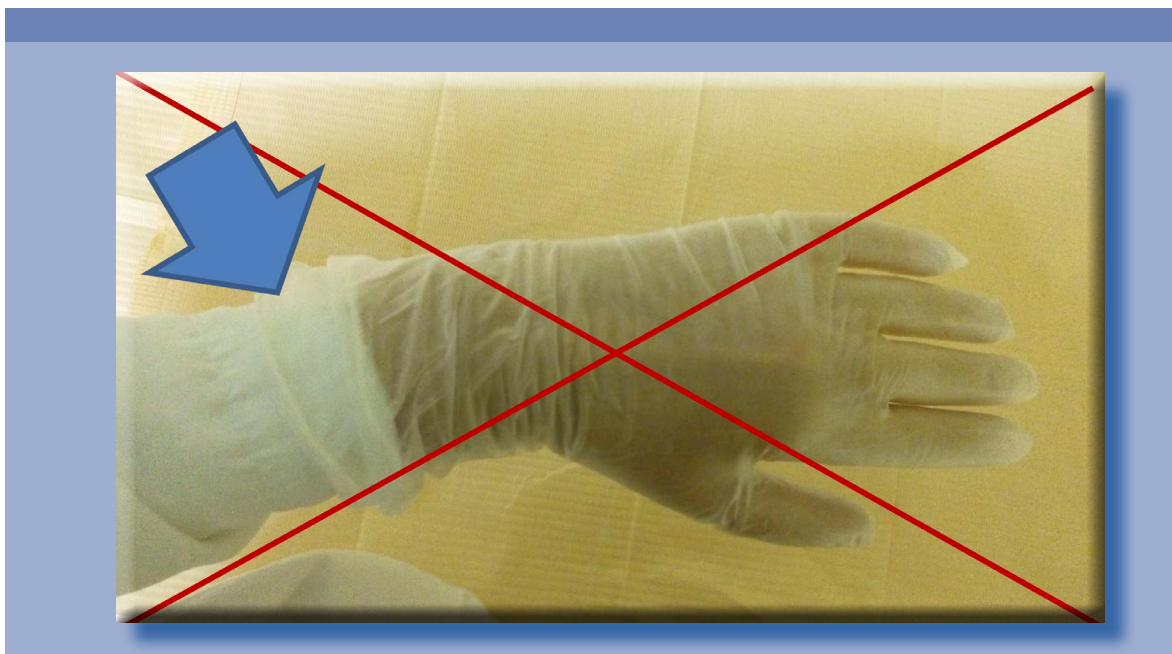


Figura 23. Uso de doble guante para la atención a personas con VIH o sida. Procedimientos “excepcionales” que no se deben realizar como medidas de seguridad. Banco de imágenes de Censida.

● Principios del control de infecciones

1. Actuar para estar sano: actualizar conocimientos y competencias sobre control de infecciones, recibir las vacunas normadas para el personal odontológico.

2. Evitar el contacto con sangre: cumplir con las precauciones estándar, evitar lesiones, conocer esquemas de profilaxis posexposición.
3. Siempre utilizar instrumental estéril para atender a los pacientes considerando todos los pasos previos y posteriores a la esterilización.
4. Evitar la diseminación de la contaminación: cuidar la asepsia del lugar de trabajo, desinfección de artículos que van o regresan del laboratorio dental, manejo seguro de fluidos y tejidos (el tejido de la biopsia se neutraliza en formol).
5. Manejo de viales multidosis, irrigación quirúrgica con soluciones estériles libres de pirógenos.

Los dentistas y los trabajadores de la salud deben ser conscientes de tratar a todos los pacientes con potencial de infección⁴³ con las mismas medidas estándares y sin excesos innecesarios u omisiones de acciones requeridas para la consulta odontológica.

● Precauciones estándar

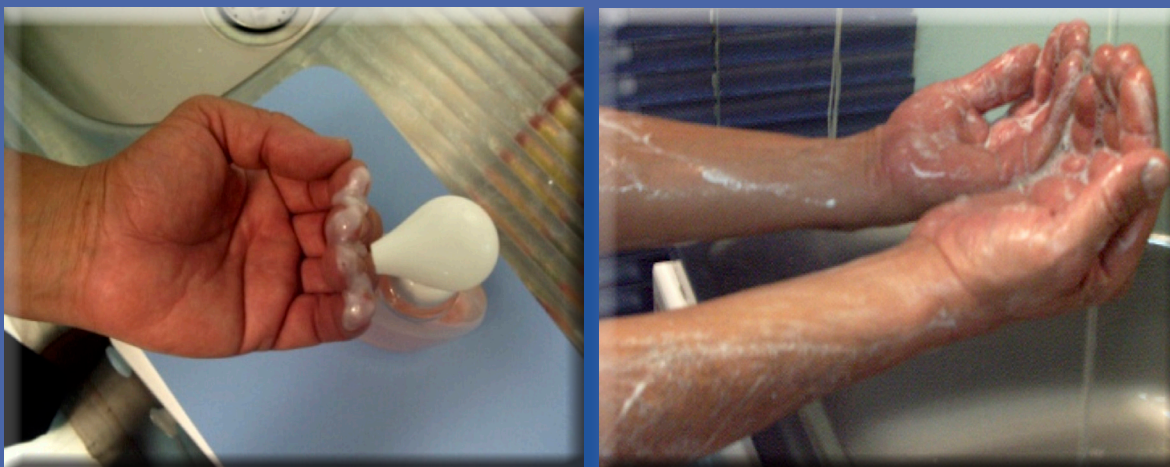
Estas son la suma de las precauciones universales para el manejo de sangre y sus derivados con las medidas de aislamiento. Para interpretar y aplicar las precauciones estándar se deben considerar como potencialmente infecciosos todos los fluidos corporales (excepto el sudor), presenten sangre visible o no, las mucosas y la piel no intacta de toda persona sin excepción (son potencialmente infecciosos los pacientes y los profesionales de la salud).

Procedimiento que se realiza siempre que se vaya a dar consulta a pacientes:

- Retirar joyería de las manos, previo a cualquier actividad con el paciente.
- Higiene de manos, debido a que la mano es el principal vector para la transferencia de patógenos en el ámbito de la atención de la salud. Ésta se debe realizar:
 - ✓ Antes de tener contacto directo con los pacientes (incluso en actividades que representan contacto con la piel intacta, por ejemplo toma de presión).
 - ✓ Antes y después de colocarse los guantes.
 - ✓ Antes de realizar cualquier procedimiento invasivo o intervención quirúrgica.
 - ✓ Posterior al contacto con objetos y superficies contaminados.
 - ✓ Entre paciente y paciente.^{44, 45}

Pasos para el adecuado lavado de manos:

1. Mojarse las manos.
2. Aplicar jabón antimicrobiano en cantidad suficiente para cubrir la superficie de las mismas (Figura 24).
3. Frotarse entre sí las palmas de las manos.
4. Frotar la palma de una mano contra el dorso de la otra entrelazar los dedos y viceversa.
5. Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
6. Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo los dedos unidos.
7. Rodear el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha con un movimiento de rotación y viceversa.
8. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa, frotar los antebrazos.
9. Enjuagar las manos con agua -evitar la caliente- (Figura 25).
10. Secarse con toallas desechables (Figura 26).
11. Cerrar el grifo utilizando la toalla desechable (es preferente el uso de lavabos con sistemas automáticos, o accionados por codo o pedal).
12. Durante el proceso mantener las manos por arriba de los codos (Figura 27).^{42, 43}



Figuras 24 y 25.
Cortesía de la C.D. Elisa Luengas Quintero.



Figuras 26 y 27.

Cortesía de la C.D. Elisa Luengas Quintero.

● **Uso de barreras físicas de protección** (Figura 28)

1. Mascarilla quirúrgica nueva y desechable: barrera física destinada a la protección de las vías aéreas superiores durante los procedimientos y actividades que puedan generar salpicaduras o aerosoles contaminantes. Ésta deberá ser de alta eficiencia, considerando que el dentista trabaja con fluidos y aerosoles a alta presión. Para ser efectiva debe cubrir completamente la boca y nariz.

2. Guantes: barrera de protección para la piel de las manos; su uso en la atención odontológica es obligatorio conforme a la normatividad vigente. Estos deben ser desechables no estériles en procedimientos de rutina y estériles en quirúrgicos. Deberán ser cambiados entre paciente y paciente, después del lavado y secado de manos, y después de haber tenido contacto con material potencialmente infectado.⁴⁵

3. Vestimenta: se utiliza para proteger la piel y evitar la contaminación de la ropa de uso común. Debe ser usada siempre durante procedimientos y actividades que, como en el caso de la atención odontológica, prevén contacto con sangre, fluidos corporales y secreciones,^{44, 45} así como ante el contacto con superficies u objetos potencialmente contaminados.⁴⁵ Esta vestimenta deberá ser de manga larga y de preferencia con puño elástico. Sólo se utilizará durante la consulta.

4. Protector ocular: con la finalidad de evitar contaminación ocular por fluidos y aerosoles (partículas $<5\mu\text{m}$) de la pieza de alta velocidad, spray de la jeringa triple o similares, así como lesiones traumáticas o irritación por objetos extraños, se deben utilizar protectores oculares tales como lentes o caretas. Estas últimas darán una protección adicional a la piel facial descubierta.⁴⁵



Figura 28. Uso de barreras de protección en la consulta odontológica.
Cortesía del Dr. Guillermo Díaz Linares.

● Manejo del instrumental

Otro punto fundamental a considerar en el control de infecciones en el consultorio odontológico será el lavado, esterilizado y almacenamiento del instrumental.

Pasos a seguir:

- ❖ Limpiar el instrumental. Esto se puede realizar tanto de forma manual con jabón y cepillo, como por medio de ultrasonido.
- ❖ Verificar la completa eliminación de residuos.
- ❖ Enjuagar.
- ❖ Secar los instrumentos (con toallas de papel).
- ❖ Lubricar aquellos instrumentos que por sus características requieran de este paso.
- ❖ Empaquetar y sellar manteniendo la integridad de los paquetes. En caso de que ésta se pierda habrá que colocar los instrumentos en un nuevo paquete (Figura 29).



Figura 29. Empaquetado del instrumental.
Cortesía de la C.D. Elisa Luengas Quintero.

- ❖ Rotular la fecha del proceso en que se realiza la esterilización.
- ❖ Esterilizar. Realizar conforme a la normatividad vigente con autoclave o esterilizador de calor seco.²⁴

Tal como lo indica la normatividad vigente, la pieza de mano de alta velocidad, el contra-ángulo, las fresas, el instrumental que penetre tejidos blandos o duros, así como aquel que se contamine con sangre o cualquier otro fluido corporal, requiere ser esterilizado entre cada paciente.²⁴

- ❖ Se aconseja comprobar la efectividad del proceso de esterilización de manera periódica (conforme a la normatividad vigente), por medio del uso de indicadores biológicos.
- ❖ Realizar el proceso de secado antes del almacenamiento de los paquetes.
- ❖ Almacenar. Se realizará en una zona limpia, seca y que permita mantener la integridad del paquete, preferentemente en gabinetes cerrados.

Es recomendable cambiar periódicamente la localización de paquetes con mayor tiempo de esterilizado, con el fin de utilizar los paquetes con fecha más antigua de esterilización.^{46, 47}

● **Desinfección de superficies**

Las áreas expuestas a los aerosoles y salpicaduras, así como aquellas en contacto directo con material contaminado, deberán lavarse y esterilizarse con desinfectantes de tipo tuberculocida. Esta limpieza debe realizarse utilizando guantes y protectores oculares exclusivos para este propósito, y deberá llevarse a cabo con el área bien ventilada.

Para desinfectar las escupideras habrá que dejar correr el agua, utilizar detergente y posteriormente desinfectante de nivel tuberculocida.

Al considerar a todos los pacientes con potencial de infección y siguiendo todas las precauciones estándar se disminuyen los riesgos de infecciones cruzadas, con lo que se realiza una práctica estomatológica más segura en beneficio de la población y de los profesionales de la salud bucal.

● Manejo del material punzocortante peligroso biológico infeccioso

El material punzocortante peligroso biológico infeccioso se descartará tal como lo indica la normatividad vigente,⁴⁸ en envases rígidos con el logo de RPBI (Figura 30). En el caso de las agujas desechables, éstas no se deben reencapuchar directamente con la mano con el fin de prevenir el riesgo de punción accidental.



Figura 30. Eliminación de material punzocortante.
Cortesía de la C.D. Elisa Luengas Quintero.

En caso de exposición ocupacional, realizar las acciones establecidas en el numeral 5.8 de la MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.¹⁸

11. Evaluación del riesgo para la infección por VIH, VHB y VHC en la práctica profesional

El riesgo de que ocurra un accidente en el consultorio dental, donde se pueda transmitir el VIH y otras infecciones como Hepatitis B y Hepatitis C, depende del grado de exposición y de múltiples factores como son la situación serológica del paciente, el tipo de exposición y el estado virológico del paciente, entre otros. En la literatura, estudios prospectivos realizados en trabajadores de la salud estiman que el riesgo promedio de transmisión de VIH después de una exposición percutánea a sangre infectada es de un 0,3%, es decir, tres infecciones por cada mil accidentes. Por otro lado, no se cuenta con datos estadísticos confiables sobre el riesgo de transmisión después de una exposición a otros fluidos o tejidos en los que no exista contacto con sangre, pero se considera que es muy inferior a la de contacto con sangre.

En el caso de infección por VHB, sí se encuentra bien establecido el riesgo de la transmisión por accidentes percutáneos. Si el paciente es HBsAg (llamado antígeno de superficie del virus) positivo y si el HBcAg (antígeno del core) es positivo, el riesgo de transmisión es de al menos el 30%; en el caso de VHC, el riesgo es de 1.8%.

En el caso de una exposición en la cual el paciente desconozca su estado serológico y de acuerdo a la historia clínica manifieste conductas de riesgo a la infección por VIH, el estomatólogo deberá asumir a ésta como una condición de alto riesgo, por lo cual se recomienda realizar pruebas para detectar VIH, VHB, VHC y otras infecciones de transmisión sexual, y el seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

Factores a tomar en cuenta en un accidente en el consultorio con exposición a fluidos potencialmente infectantes, para considerar el inicio de tratamiento antirretroviral como profilaxis posexposición, son:

- A) El tipo de fluido al que se ha expuesto el personal de la salud, siendo el de mayor riesgo la sangre visible en el dispositivo. Otros fluidos con elevado potencial infeccioso que requieren evaluación precisa son la sangre, el semen y las secreciones vaginales.
- B) El volumen del fluido de riesgo aumenta de forma concomitante con el aumento de diámetro de la aguja, contacto con piel y mucosas no intactas, lesiones ulcerativas, heridas profundas y sangrantes.
- C) Historia clínica del paciente con relación a carga viral. El tipo de tratamiento anti-retroviral (si lo recibe), así como la historia farmacológica y los motivos de cambio de tratamiento (resistencias o intolerancia) del paciente, infecciones oportunistas.

Se consideran en la práctica los siguientes tipos de riesgo:

- Riesgo bajo, considerado un accidente superficial, sin sangre visible, aguja sólida. No se considera la profilaxis posexposición con terapia ARV.

Las medidas a tomar en el consultorio son:

Lavar con agua y jabón.

Dejar fluir la sangre.

Desinfectar la herida con antiséptico.

- Riesgo alto, con aparición de sangre en instrumental sólido y con sangre expuesta, visible en agujas acanaladas.

Se considera la profilaxis posexposición con terapia ARV para el VIH, de preferencia antes de las 36 horas siguientes a la exposición, y en el caso de VHB (personal de salud sin vacunación previa) y VHC, antes de las 96 horas posteriores a la exposición.

Es importante recalcar que los servicios especializados de salud, los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (Capasits) y Servicios de Atención Integral (SAI), garanticen el asesoramiento y la asistencia con disponibilidad de diagnóstico serológico preferiblemente en menos de dos horas para el VIH; antes de las 72 horas para el virus de la hepatitis B y en el caso de la hepatitis C lo antes posible y siempre antes de las 96 horas de acuerdo a la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH.

La selección del esquema del tratamiento antirretroviral en el riesgo ocupacional deberá en lo posible, proporcionarse por trabajadores de la salud con experiencia en el manejo de ARV y que estén bien informados sobre los mecanismos de transmisión del VIH, efectos secundarios y seguimiento de las personas a quienes se les administre la profilaxis posexposición. La selección del esquema antirretroviral deberá ser individualizado en cada paciente, de acuerdo a la historia clínica y se deberá informar sobre:

- Los posibles efectos secundarios de los fármacos ARV.
- Posibles interacciones medicamentosas.
- La importancia de adherirse al esquema de profilaxis.
- La importancia del seguimiento para VIH/Hepatitis B y C.

Las guías de manejo internacional establecen esquemas de tratamiento ARV, que deberán adecuarse a los recursos e infraestructura de los diferentes países. Las guías internacionales de tratamiento en profilaxis posexposición, recomiendan considerar además del tratamiento ARV, apoyo psicológico, seguimiento oportuno e información permanente al paciente.

En este sentido y sólo como referente para el estomatólogo, se presenta el esquema de tratamiento posexposición ocupacional vigente y acorde a las guías de terapia antirretroviral, mismo que deberá en todos los casos ser administrado por el médico, previa valoración física, de laboratorio y se deberá acudir a los servicios especializados en VIH para su aplicación.

La terapia ARV debe iniciar en menos de 72 horas de la exposición, por un lapso de tiempo de 28 días. La terapia de tres fármacos ofrece mayor posibilidad de prevenir la infección por VIH posterior a la exposición ocupacional (y no ocupacional); ésta incluye la combinación de dos inhibidores de transcriptasa análogos de nucleosidos/nucleótidos asociados con otro ARV, como son tenofovir/emtricitabina; zidovudina/lamivudina y como tercer fármaco se puede utilizar un inhibidor de la integrasa como son: raltegravir, lopinavir/ ritonavir, dolutegravir, por su alta tolerancia, escasos efectos secundarios, buena interacción medicamentosa y alta adherencia documentada.

Cuando se asuma que ha habido exposición de riesgo alto a la infección, el estomatólogo deberá de acudir de manera inmediata a los servicios especializados de salud, en donde recibirá la atención, asesoría y seguimiento hasta acabar con el tratamiento y ser dado de alta.

12. Derechos Humanos y VIH

¿Qué entendemos por Derechos Humanos?

Existen diferentes definiciones de qué son los derechos humanos, sin embargo la definición más completa es la empleada por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.⁴⁹

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a las personas y los grupos contra acciones u omisiones que interfieren con las libertades, los derechos fundamentales y la dignidad humana. La legislación en materia de derechos humanos obliga principalmente a los gobiernos y a algunos actores gubernamentales a cumplir determinados deberes (a hacer ciertas cosas) y les establece ciertas prohibiciones (les impide hacer otras).

Este concepto engloba la filosofía de los derechos humanos que tienen como fin el respeto a la integridad y dignidad de las personas independientemente de su origen, género, edad o cualquier condición.

Existen algunas características de estos derechos que, para Pedro Morales Aché, son considerados como principios en su libro Manual para la Atención Jurídica de los Casos de Violación a los Derechos Humanos de las Personas que Viven con VIH (2005).⁵⁰

Estos son:

1. El principio de universalidad. Hace referencia a la cuantificación universal de la clase de los sujetos que son titulares de los derechos fundamentales, a saber: todas las personas en igual forma y medida, independientemente de las diferencias culturales.

2. El principio de integralidad. Denota que si bien desde la óptica teórica y discursiva es posible distinguir entre los diversos derechos fundamentales, en realidad estos forman una red normativa de carácter unitario.

3. El principio de interdependencia. Se refiere a la igual jerarquía y condicionamiento recíproco de los diversos derechos humanos, por lo que la transgresión de uno de ellos lógicamente presume la violación de los restantes derechos fundamentales.

4. El principio de indisponibilidad. Implica que los derechos fundamentales están sustraídos de las decisiones de la política y del mercado. En su faceta activa se refiere a la imposibilidad de que los titulares de los derechos humanos puedan cederlos o renunciar a ellos, en tanto que en su faceta pasiva denota la imposibilidad deóntica, es decir, la relativa a los deberes y normas morales, de que sean expropiables o limitados por los sujetos obligados a su cumplimiento, entre los que destaca el Estado.

Cuando hablamos de derechos humanos es importante exponer que es el Estado (desde el poder que tiene y ejerce sobre los ciudadanos) el responsable de respetarlos (deber del Estado de no intervenir ni invadir la vida privada y las libertades personales), protegerlos (de terceros que pueden lesionar o violar), garantizarlos (establecer y hacer funcionar con diligencia y debido proceso los mecanismos, instancias e instrumentos) y promoverlos (la parte educativa y formativa, considerando los derechos y las obligaciones).

● **Derecho a la salud, VIH y sida**

El derecho a la salud es uno de los derechos económicos, sociales y culturales que se fundamenta en diferentes tratados, acuerdos y convenciones internacionales; a nivel nacional es en 1982 cuando se incorpora al artículo 4o de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos. En otras leyes se incorporan en los siguientes años como en la Ley General de Salud de 1984, Ley de los Institutos Nacionales de Salud, Ley General de Educación. En lo relacionado con el VIH, es el Acuerdo del Consejo de Salubridad General del 2004 donde se encuentran contenidas las disposiciones obligatorias para

la prevención, atención y control del VIH en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, NOM-010-SSA2-1993; NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, el Programa de Acción Específico en respuesta al VIH e ITS de la Secretaría de Salud. Todos estos recursos tienen como objetivo hacer exigible el derecho a la salud de las personas con VIH y la no discriminación.

● **Estigma y discriminación**

El estigma generado en la sociedad tiene como efecto individual actos de discriminación* dirigidos a quienes se consideran inferiores o se desvían de la norma; estas acciones pueden ser directas o sutiles y llevarán a la persona a la autoexclusión (USAID, 2006).

La autoexclusión tiene varios efectos en la epidemia del VIH y el sida, el primero es la desvalorización de las personas que la viven, el aislamiento, la falta de voluntad para recibir atención médica y una de las graves es el desapego o abandono del tratamiento, entre otras.

El estigma y la discriminación que aún existen en los centros que prestan servicios de salud tienen varias causas, las cuales incluyen la falta de conocimiento por parte del personal sobre las formas de transmisión y el riesgo de adquirir el VIH, la emisión de juicios de valor y los supuestos sobre la vida de quienes viven con VIH.

Estos temas de estigma y discriminación relacionados con el VIH y el sida son un problema persistente, tienen entre otras consecuencias el abandono familiar o de la pareja, pérdida del trabajo o bienes, expulsión de la escuela, además de que aleja a las personas de los servicios de salud.

En este contexto es importante resaltar que en el área odontológica se presenta un gran número de rechazos a pacientes cuando comentan su estado serológico, argumentado de forma errónea que se requiere de un especialista para su atención. El rechazo a estos usuarios se registra incluso en servicios donde se forma a nuevos profesionales (escuelas y universidades) quienes, en muchas ocasiones, desconocen la problemática a la que se enfrentan si realizan actos de discriminación (su desinformación no les exime de la aplicación de la legislación vigente).

Para aclarar cómo se califica jurídicamente lo que es un acto de discriminación, deliberado o no, se requiere que existan aspectos de desigualdad tales como distinción, exclusión y que repercutan directamente en:

1. Acciones u omisiones que nieguen o anulen, restrinjan, menoscaben u obstaculicen la atención médica, psicológica, legal o de cualquier índole.
2. Toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, color de piel, condición socioeconómica o de salud, preferencia sexual, discapacidad, religión, opinión política, embarazo, apariencia física, etc. que tenga por efecto anular el pleno ejercicio de los derechos humanos con relación a la salud.

Es importante saber que la igualdad y la no discriminación no sólo son un principio y un derecho, sino también tener la claridad que al realizar actos discriminatorios que atentan contra la dignidad humana se conforma un delito federal y en algunos casos local, que puede ser deliberado (doloso) o no (culposo). Se inscribe como tal en el Título Tercero Bis Delitos contra la Dignidad de las Personas con un capítulo único.

Con la reforma en materia de Derechos Humanos de 2011, en nuestro país existen mayores herramientas en los servicios legales para hacer frente a este estigma y a la discriminación. Esto se refiere no sólo a la defensa de acceso a tratamientos, sino también al acceso a prevención, cuidado y servicios complementarios, por lo que es importante mantenerse actualizado.

*La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación define la discriminación como: toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.

**Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Penal Federal, de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República.

13. Legislación relacionada al VIH y al sida

En nuestro país, la atención integral a personas que viven con VIH y con sida se encuentra garantizada bajo el siguiente marco normativo:

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**

- Art. 4°. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

- **Ley General de Salud**

- El derecho a la protección de la salud se desarrolla y reglamenta en los términos que señala el artículo 4° de la Constitución.

- El artículo 2° establece las finalidades del derecho a la protección de la salud y conforme a lo que establece el artículo 3 fracciones XVII y XXXIV, es materia de Salubridad General la Prevención y el Control de la enfermedades transmisibles entre ellas el sida; correspondiendo a la Secretaría de la Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, realizar actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de enfermedades transmisibles entre las que se encuentra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

La Ley General de Salud se aplica en toda la República Mexicana y sus disposiciones son de orden público e interés social.

● Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

○ Artículo 46. Corresponde al Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida:

II. Proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud las políticas y estrategias nacionales en materia de prevención, atención y control de las infecciones de transmisión sexual, de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, incluyendo lo relativo a la prevención y el combate al estigma y la discriminación vinculados con dichos padecimientos, así como evaluar su impacto;

IV. Formular el Programa para la Prevención y el Control del VIH y el sida y otras infecciones de transmisión sexual, en coordinación con las unidades administrativas competentes; así como evaluar la ejecución del citado programa;

VI. Participar, en el ámbito de su competencia, en la instrumentación del Sistema de Protección Social en Salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

IX. Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de las entidades federativas con el objeto de que éstas puedan aplicar las medidas necesarias para evitar la diseminación del Virus de la Inmunodeficiencia Humana y de otras infecciones de transmisión sexual;

XIII. Regular y promover la difusión de la información sobre prevención, atención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida y las infecciones de transmisión sexual, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

XIV. Participar en la definición, instrumentación, supervisión y evaluación de las estrategias y los contenidos técnicos de los materiales de comunicación social en el ámbito de su competencia, así como de los materiales didácticos y metodologías que se utilicen para la capacitación y actualización de los prestadores de servicios de salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes;

● **NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la Prevención y Control de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana**

- Tiene por objeto actualizar y uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto a las actividades de prevención y el control de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

● **NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2000, Para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual.**

- Tiene por objeto establecer y uniformar los procedimientos y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud para la prevención y control de las ITS.

● **NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.**

- Que establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

● **NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA-22-015, Para la prevención y control de enfermedades bucales**

- Que tiene por objeto establecer y uniformar los criterios y procedimientos, que llevan a cabo los integrantes del Sistema Nacional de Salud, para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en la población de los Estados Unidos Mexicanos; así como las estrategias técnicas operativas y medidas de control y vigilancia epidemiológica necesarias en materia de salud pública que deben realizarse por todo el personal de salud y en todos los establecimientos para la atención médica y consultorios de los sectores público social y privado del Sistema Nacional de Salud.

● **NORMA Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.**

- Que establece la clasificación de los residuos peligrosos biológico-infecciosos así como las especificaciones para su manejo adecuado.

ANEXO 1. NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010

Anexo 1

NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracciones XVII y XVII Bis, 13 Apartado A fracción I, 133 fracción I, 134 fracción XIII; 136 último párrafo, 139 y 140 de la Ley General de Salud; 38, fracción II, 40 fracciones III y XI, 41 43, 47 fracción IV y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 8 fracción V, 10 fracciones VII y XVI y 46 fracción XV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-2010, PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

CONSIDERANDO

Que el 21 de junio del año 2000, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana y entró en vigor al día siguiente de su publicación.

Que la infección producida en los seres humanos por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa presentando estadísticas en aumento en todo el mundo, fenómeno del que México no es una excepción y por tanto, es un problema de salud pública a nivel mundial.

En sus inicios la infección fue considerada como exclusiva a un sector determinado por sus preferencias sexuales, sin embargo, se ha demostrado que las vías de transmisión son más amplias, por lo que están en riesgo todos los sectores sociales independientemente de su edad, posición económica, ideológica, educativa o sexual.

Los principales mecanismos para limitar la extensión de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana están en las acciones preventivas, en las cuales, la aportación de la investigación en las Ciencias Médicas ha sido fundamental para el establecimiento de nuevos métodos de tamizaje, diagnóstico oportuno y tratamientos más eficaces para quienes ya lo padecen, especialmente porque mejoran su calidad de vida y retardan los efectos de la enfermedad.

Que en atención a los anteriores considerandos, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-2010, PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. PREFACIO

En la elaboración de la Modificación a la Norma Oficial Mexicana participaron las siguientes instituciones públicas y civiles:

Secretaría de Salud

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Dirección General de Promoción de la Salud

Dirección General de Epidemiología

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH Y EL SIDA

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Secretaría de la Defensa Nacional

Secretaría de Gobernación

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación

Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Consejo Estatal contra el SIDA de Jalisco

Consejo Estatal contra el SIDA en Oaxaca

Jefatura del Programa Estatal de VIH Y EL SIDA del Estado de Hidalgo

Amigos Contra el SIDA, A.C.

Asociación Mexicana de Servicios Asistenciales en VIH Y EL SIDA, Institución de Asistencia Privada (AMSAVIH, I.A.P.)

Asociación en Pro Apoyo a Servidores, A.C. (APROASE)

Brigada Callejera, A.C.

Centro de Atención Profesional para Personas con SIDA, A.C. (CAPPSIDA)

Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido contra El SIDA, A.C. (CHECOOS)

Comité Técnico de Observación y Vigilancia Ciudadana de VIH Y EL SIDA, A.C. (MEXSIDA)

Democracia y Sexualidad, A.C. (DEMYSEX)

Derechohabientes Viviendo con VIH del IMSS (DVVIMSS)

Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH Y EL SIDA, A.C. (FRENPAVIH)

La Casa de la Sal, A.C.

ANEXOS

La Manta de México, A.C.

Letra S: SIDA, Salud y Sexualidad, A.C.

Oasis de San Juan de Dios, A.C.

Red de Organismos de la Sociedad Civil con Trabajo en SIDA en Jalisco, A.C.

Salud Integral para la Mujer, A.C. (SIPAM)

Salud, SIDA, Derechos y Libertad, A.C. (SIDELI)

Sistema Nacional de Promoción y Capacitación en Salud Sexual, A.C. (SISEX)

INDICE

0. Introducción
1. Objetivo y campo de aplicación
2. Referencias
3. Definiciones y abreviaturas
4. Generalidades
5. Medidas de prevención del VIH y promoción de la salud
6. Medidas de control
7. Investigación
8. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
9. Bibliografía
10. Observancia de la Norma
11. Vigencia

0. Introducción

En México, como en la mayoría de los países en desarrollo, la distribución desigual de ingresos, la migración de hombres y mujeres, la falta de empleo y de oportunidades de vida, el estigma, la discriminación, la homofobia, la inequidad de género y la falta de educación sexual, entre otros factores, aumentan la vulnerabilidad de la población para contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y desarrollar el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

México es uno de los países que presenta una epidemia concentrada que requiere estrategias para evitar que se generalice.

Por ello es urgente fortalecer la prevención, atención y control del Virus de Inmuno-deficiencia Humana y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida a través de la promoción de la salud mediante acciones tendientes a desarrollar actitudes favorables para la salud, generar entornos propicios, reforzar la acción comunitaria, reorientar

los servicios de salud e impulsar políticas públicas en la materia; así como brindar un servicio de atención integral de las personas con VIH Y EL SIDA, con énfasis en el nivel local que comprenda:

- Prestar servicios de atención integral de calidad;
- Manejo de riesgos personales;
- Desarrollo de capacidad y competencia en salud;
- Participación social para la acción comunitaria;
- Desarrollo de acciones que combatan el estigma y la discriminación relacionada al VIH Y EL SIDA;
- Abogacía intra e intersectorial, y
- Mercadotecnia social en salud

En el caso de la detección en las mujeres embarazadas y en la aplicación del tratamiento de Profilaxis

Post Exposición en Víctimas de Violencia Sexual, existe el imperativo ético de poder evitar una infección.

Lo anterior hace indispensable unificar y establecer criterios de atención integral del Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida que involucren la prevención, la promoción de la salud y la atención médica, así como combatir los obstáculos que se enfrentan en la lucha contra la pandemia.

El Sistema Nacional de Salud, conforme a las garantías individuales consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, está obligado a proporcionar protección a la salud en materia de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Desde el punto de vista epidemiológico y con base en los consensos internacionales, la prevención debe focalizarse, de manera específica, al segmento poblacional en mayor riesgo y vulnerabilidad por sus prácticas y/o contextos como son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH); trabajadoras y trabajadores del sexo comercial (TSC); usuarios de drogas inyectables (UDI's); personas privadas de su libertad, niñas y niños en situación de calle, lo cual no obsta para garantizar el acceso a pruebas de detección y garantizar la calidad de la educación sexual basada en evidencia, realizando acciones de prevención en el resto de la población, como jóvenes, hombres y mujeres, asegurar el acceso a medidas de prevención para estas poblaciones (condones masculinos y femeninos).

Esta norma atiende los lineamientos y directrices internacionales emitidos por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre SIDA (ONUSIDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centros de

Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC) y la Declaración de Compromiso de Alto Nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas en sesión especial sobre SIDA (UNGASS).

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta norma tiene por objeto establecer y actualizar los métodos, principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control, que abarcan la detección, el diagnóstico oportuno, la atención y tratamiento médico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ya que constituye, por su magnitud y trascendencia, un grave problema de salud pública en México.

1.2 Las disposiciones de esta norma son de orden público e interés social y por tanto de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todas las instituciones y personal del Sistema Nacional de Salud involucrado en la atención a las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, incluyendo al personal que realice acciones de promoción y prevención de la salud, protección específica, tratamiento, atención primaria y control epidemiológico, así como para el personal que labore en unidades de salud que incluye a quienes laboren en laboratorios públicos y privados.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta norma es necesario consultar las siguientes normas oficiales mexicanas:

2.1 NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

2.2 NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

2.3 NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

2.4 NOM-007 SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

2.5 NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar.

2.6 NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

2.7 NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

2.8 NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

2.9 NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

2.10 NOM 028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

2.11 NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.

2.12 NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

2.13 NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud.

2.14 NOM-043 SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimenticia. Criterios para brindar orientación.

2.15 NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

2.16 NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud Ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo.

2.17 NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

2.20 NOM-171-SSA1-1998, Para la práctica de hemodiálisis.

3. Definiciones y abreviaturas

3.1 Para efectos de esta norma se entiende por:

3.1.1 COMPLEJO RELACIONADO CON EL SIDA, al cuadro clínico caracterizado por pérdida de peso, diarrea o linfadenopatía generalizada (persistente), que es sugestivo pero no diagnóstico de SIDA.

3.1.2 DERECHOS HUMANOS, a todas las facultades, prerrogativas y libertades fundamentales que tienen los seres humanos para vivir con dignidad; son universales, incondicionables e inalienables.

3.1.3 DIETA CORRECTA, a la que cumple con las siguientes características: 1) Completa 2) Equilibrada 3) Inocua 4) Suficiente 5) Variada 6) Adecuada.

3.1.4 DISCRIMINACION, toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.

3.1.5 DISPONENTE DE SANGRE O ALGUNO DE SUS COMPONENTES, a la persona que suministra o dona sangre o alguno de sus componentes, obtenidos mediante procedimientos de extracción simple o aféresis.

3.1.6 ESTIGMA, a la característica que desprestigia a una persona ante los ojos de otros. El estigma relacionado al VIH Y EL SIDA deriva de la valoración de que las personas portadoras del virus han hecho algo malo.

3.1.7 FLUIDOS POTENCIALMENTE INFECTANTES, a la sangre, semen, secreciones vaginales, calostro y leche materna; y los líquidos preeyaculatorio, cefalorraquídeo, amniótico, pericárdico, peritoneal, pleural y sinovial.

3.1.8 PACIENTE, a la persona con infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

3.1.9 PRECAUCIONES UNIVERSALES O ESTANDAR, al conjunto de técnicas para el manejo de líquidos y fluidos o tejidos de todos los pacientes por parte del personal de salud, que se fundamentan en el concepto de que todos deben ser considerados como potencialmente infectantes por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana u otros agentes infecciosos transmitidos por sangre y fluidos corporales.

3.1.10 PROMOCION DE LA SALUD, al proceso que tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

3.1.11 PRUEBAS CONFIRMATORIAS, a aquellas que se realizan en laboratorio y confirman la presencia de anticuerpos anti Virus de la Inmunodeficiencia Humana en suero sanguíneo; incluyen metodología como la inmunolectrotransferencia (prueba Western Blot).

3.1.12 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS O ESPECIALES, a aquéllas de laboratorio que determinan la presencia del virus de la Inmunodeficiencia Humana o algún componente del mismo (cultivo viral, detección de antígenos, detección cualitativa o cuantitativa de ácidos nucleicos).

3.1.13 PRUEBAS DE TAMIZAJE, a las de laboratorio para la detección de anticuerpos anti Virus de la Inmunodeficiencia Humana, en plasma, suero sanguíneo, saliva, líquido crevicular, o sangre total. Incluyen metodologías como el Ensayo Inmunoenzimático Ligado a Enzimas (EIA) y aglutinación. En pruebas rápidas incluye la inmunocromatografía.

3.1.14 SEXO SEGURO, a todas aquellas prácticas eróticas y sexuales en las que se evita la penetración y la exposición a fluidos potencialmente infectantes.

3.1.15 SEXO PROTEGIDO, a la relación sexual en las que se utilizan condones u otras barreras.

3.1.16 SITUACIONES DE RIESGO, a aquellas condiciones en las cuales existe la posibilidad de exposición a fluidos potencialmente infectantes.

3.1.17 VULNERABILIDAD SOCIAL, al conjunto de circunstancias y factores sociales que determinan la existencia de un mayor riesgo de caer en situaciones de menoscabo o privación del bienestar tanto físico como psicológico y afectivo.

3.1.18 SEROPOSITIVO. Persona que cuenta con pruebas serológicas repetidamente reactivas (con EIA) y con prueba confirmatoria (WB).

3.2 Símbolos y abreviaturas. El significado de los símbolos y las abreviaturas utilizados en esta Norma Oficial Mexicana es el siguiente:

- 3.2.1** ADN: Acido desoxirribonucleico
- 3.2.2** ARN: Acido ribonucleico
- 3.2.3** ARV: Medicamento Antirretroviral
- 3.2.4** BCG: Vacuna para Tuberculosis que utiliza el Bacilo Calmette y Guérin
- 3.2.5** CDC: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention), Estados Unidos de Norteamérica
- 3.2.6** CD4: Linfocitos T cooperadores
- 3.2.7** cms: Centímetros
- 3.2.8** CMV: Citomegalovirus
- 3.2.9** CENSIDA: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH Y EL SIDA
- 3.2.10** COESIDA: Consejo Estatal para la Prevención y Control del SIDA
- 3.2.11** COMUSIDA: Consejo Municipal para la Prevención y Control del SIDA
- 3.2.12** CONAPRED: Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación
- 3.2.13** CONASIDA: Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
- 3.2.14** CRS: Complejo relacionado con el SIDA
- 3.2.15** CV: Carga Viral
- 3.2.16** DPT: Vacuna contra difteria, tos ferina y tétanos
- 3.2.17** EIA: Ensayo inmunoenzimático (Enzyme immuno assay) (antes ELISA)
- 3.2.18** g.: Gramos
- 3.2.19** g./dl.: Gramos por decilitro
- 3.2.20** Ig A: Inmunoglobulina A
- 3.2.21** ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
- 3.2.22** kg.: Kilogramos
- 3.2.23** MAC: Complejo Mycobacterium avium intracellular
- 3.2.24** mg.: Miligramos
- 3.2.25** mg./kg.: Miligramos por kilogramo
- 3.2.26** mm.³: Milímetros cúbicos
- 3.2.27** OMS: Organización Mundial de la Salud
- 3.2.28** OPS: Organización Panamericana de la Salud
- 3.2.29** PCR: Reacción en cadena de la polimerasa
- 3.2.30** PPD: Derivado proteínico purificado
- 3.2.31** PPE: Profilaxis post exposición
- 3.2.32** PTP: Prevención de Transmisión Perinatal
- 3.2.33** PVVS: Personas que viven con VIH o SIDA

3.2.34 SAI: Servicios de Atención Integral

3.2.35 SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

3.2.36 SK: Sarcoma de Kaposi

3.2.37 TB: Tuberculosis

3.2.38 UNGASS: Declaración de Compromiso de Alto Nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas en sesión especial sobre SIDA

3.2.39 VHB: Virus de la Hepatitis B

3.2.40 VHC: Virus de la Hepatitis C

3.2.41 VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, incluye al VIH-1 y al VIH-2

3.2.42 VHS: Virus del Herpes simple

3.2.43 VO: Vía oral

3.2.44 VPH: Virus del Papiloma Humano

3.2.45 VVZ: Virus Varicela Zoster

3.2.46 WB: Western Blot, por sus siglas en inglés

4. Generalidades

4.1 La infección por VIH es causada por los retrovirus VIH-1 y VIH-2 y se transmite de la manera siguiente:

4.1.1 Por vía sexual a través del contacto sexual no protegido o no seguro con personas infectadas por el VIH.

4.1.2 Por vía sanguínea a través de transfusión de sangre contaminada, del transplante de órganos o tejidos contaminados, y del uso de agujas u otros instrumentos punzo cortantes contaminados.

4.1.3 Por vía perinatal, a través de la vía transplacentaria, por sangre o secreciones en el canal del parto, a través del calostro o la leche materna si la madre es portadora del VIH.

4.2 Los factores de riesgo para adquirir la infección por VIH Y EL SIDA son los siguientes:

4.2.1 Prácticas sexuales de riesgo (definido epidemiológicamente):

4.2.1.1 Toda práctica sexual sin condón o barrera mecánica de protección, independientemente de la preferencia sexual de una persona.

4.2.1.2 Toda práctica sexual sin protección con el antecedente y/o la presencia de una ITS, incluido el VIH, independientemente de la preferencia sexual de las personas.

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

4.2.2 Las personas expuestas a condiciones de riesgo (definido epidemiológicamente) son:

4.2.2.1 Personas con hemofilia y personas transfundidas entre los años 1980 y 1987 y que no hayan sido sometidas a la prueba de detección del VIH.

4.2.2.2 Hijos(as) nacidos(as) de mujeres que viven con VIH Y EL SIDA.

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

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

4.3 De acuerdo con la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, presenta además de la infección asintomática (código Z21), las cinco variedades clínicas siguientes:

4.3.1 B20 Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias; excluye síndrome de infección primaria aguda debido a VIH (B23.0):

B20.0 Enfermedad por VIH resultante en infección por micobacterias, Enfermedad debida a VIH, resultante en tuberculosis.

B20.1 Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones bacterianas.

B20.2 Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad por citomegalovirus.

B20.3 Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones virales.

B20.4 Enfermedad por VIH, resultante en candidiasis.

B20.5 Enfermedad por VIH, resultante en otras micosis.

B20.6 Enfermedad por VIH, resultante en neumonía por *Pneumocystis carinii* (actualmente *P. jirovecii*).

B20.7 Enfermedad por VIH, resultante en infecciones múltiples.

B20.8 Enfermedad por VIH, resultante en otras enfermedades infecciosas o parasitarias.

B20.9 Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad infecciosa o parasitaria no especificada.

4.3.2 B21 Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), resultante en tumores malignos.

B21.0 Enfermedad por VIH, resultante en sarcoma de Kaposi.

B21.1 Enfermedad por VIH, resultante en linfoma de Burkitt.

B21.2 Enfermedad por VIH, resultante en otros tipos de linfoma no Hodgkin.

B21.3 Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos del tejido linfoide, hematopoyético y tejidos relacionados.

B21.7 Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos múltiples.

B21.8 Enfermedad por VIH, resultante en otros tumores malignos.

B21.9 Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos no especificados.

4.3.3 B22 Enfermedad por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), resultante en otras enfermedades especificadas.

B22.0. Enfermedad por VIH, resultante en encefalopatía. Demencia debida al VIH.

B22.1. Enfermedad por VIH, resultante en neumonitis linfoide intersticial.

B22.2. Enfermedad por VIH, resultante en síndrome caquético.

Enfermedades debidas a VIH, con insuficiencia de la maduración.

Enfermedad consuntiva.

B22.7 Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades múltiples clasificadas en otra parte.

Para el uso de esta categoría, debe hacerse referencia a las instrucciones para la codificación de morbilidad y mortalidad contenidas en el Volumen 2 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión.

4.3.4 B23 Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), resultante en otras afecciones:

B23.0 Síndrome de infección aguda debida a VIH.

B23.1 Enfermedad por VIH, resultante en linfadenopatía generalizada (persistente).

B23.2 Enfermedad por VIH, resultante en anormalidades inmunológicas y hematológicas, no clasificadas en otra parte.

B23.8 Enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones especificadas.

4.3.5 B24 Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), sin otra especificación. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

4.4 Métodos Diagnósticos.

4.4.1 El diagnóstico de la infección por VIH se hace mediante métodos indirectos determinando la presencia de anticuerpos anti-VIH por inmunoanálisis enzimático EIA (antes ELISA) o mediante pruebas rápidas. En menores de 18 meses de edad se utilizan métodos directos como el cultivo viral y la amplificación del genoma viral por PCR.

4.4.2 El algoritmo diagnóstico puede involucrar la utilización secuencial o simultánea de pruebas. Los algoritmos utilizados en las pruebas de EIA (antes ELISA) son casi siempre secuenciales, mientras que los algoritmos utilizados en pruebas rápidas pueden ser de ambos tipos.

4.4.3 Cuando se utilizan pruebas en secuencia, si el resultado de la primera prueba de anticuerpos es negativa, la prueba se informará como negativa. Si el resultado es positivo la muestra es analizada con una segunda prueba usando antígenos y/o plataforma diferentes a la primera prueba. Una segunda prueba con resultado positivo, o repetidamente reactivo, se considera que indica un resultado positivo verdadero en poblaciones con prevalencia de VIH de 5% o más.

4.4.4 En poblaciones con prevalencia de VIH de 1% o menos es más probable la aparición de falsos positivos por lo que se requiere la utilización de una tercera prueba para confirmar un resultado repetidamente positivo.

4.4.5 El uso de pruebas en paralelo se recomiendan solo cuando se utiliza sangre completa obtenida por punción digital y no cuando se utiliza sangre venosa. Se corren simultáneamente dos pruebas basadas en diferentes antígenos/plataforma. Los resultados concordantes negativos o positivos son considerados verdaderos negativos y verdaderos positivos, respectivamente.

4.4.6 Cuando dos pruebas (en secuencia o en paralelo) exhiben resultados diferentes (una es reactiva y la otra no es reactiva) el resultado se describe como discordante. En ausencia de factores de riesgo y datos clínicos de infección por VIH, el resultado se considera indeterminado. Se debe repetir la prueba cada tres meses. Al cabo de doce meses, un resultado repetidamente discordante se considera negativo.

4.4.7 Un resultado discordante en personas con factores de riesgo puede ocurrir durante el periodo de seroconversión o en estadios muy avanzados de la infección. En el primer caso, la repetición de las pruebas cada tres meses definirá el diagnóstico de infección. En el caso de inmunodeficiencia en estadios avanzados, el conteo de CD4 y la carga viral confirmarán el diagnóstico de SIDA a pesar de obtenerse resultado de serología discordante.

4.4.8 El diagnóstico clínico de infección por VIH se rige por los siguientes criterios:

4.4.8.1 Se considera una persona sero positiva a VIH, a aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje, de anticuerpos positivos y prueba suplementaria positiva, incluyendo personas asintomáticas que nieguen prácticas de riesgo.

4.4.8.2 En el caso de presentar dos resultados de pruebas de tamizaje reactiva pero prueba suplementaria indeterminada, se considera como posiblemente infectado, se recomienda repetir la prueba de laboratorio tres meses después.

4.4.8.3 En caso de niños menores de 18 meses no se considerarán infectados por el VIH solo por presentar las pruebas de EIA y Western Blot reactivas. En estos casos el diagnóstico deberá corroborarse a través del cultivo viral o pruebas de amplificación por métodos moleculares.

4.5 La definición clínica de caso de SIDA en personas adultas y adolescentes será, salvo las excepciones y anotaciones en donde se mencionen otros criterios de edad:

4.5.1 Cuando no existen pruebas de VIH disponibles o los resultados son indeterminados, en ausencia de otra causa de inmunosupresión o inmunodeficiencia, los siguientes diagnósticos, comprobados por microscopía, histopatología o cultivo, son criterios para establecer el diagnóstico de caso de SIDA:

- 4.5.1.1** Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
- 4.5.1.2** Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
- 4.5.1.3** Infección diseminada por *M. kansasii* o complejo *M. avium-intracelulare* (en un sitio distinto o en asociación a pulmón, piel o nódulo linfático hiliar o cervical).
- 4.5.1.4** Infección por VHS causante de úlcera mucocutánea de más de un mes de duración o bronquitis, esofagitis o neumonitis que afecte a personas mayores de un mes de edad.
- 4.5.1.5** Infección por citomegalovirus de un órgano interno que no sean hígado, bazo o ganglios linfáticos, en personas con más de un mes de edad.
- 4.5.1.6** Toxoplasmosis cerebral, en personas/pacientes mayores de un mes de edad.
- 4.5.1.7** Criptosporidiasis con diarrea, con más de un mes de duración.
- 4.5.1.8** Estrongiloidosis extraintestinal.
- 4.5.1.9** Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- 4.5.1.10** Sarcoma de Kaposi en pacientes menores de 60 años.
- 4.5.1.11** Linfoma primario cerebral en pacientes menores de 60 años.
- 4.5.1.12** Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en pacientes menores de 13 años.
- 4.5.1.13** Dos o más infecciones bacterianas en los dos años anteriores, en pacientes menores de 13 años que no tengan predisposición: septicemia.
- 4.5.1.14** Criptococosis extrapulmonar.
- 4.5.2** Si las pruebas de laboratorio para VIH son positivas y se presentan:
 - 4.5.2.1** Uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopia o cultivo.
 - 4.5.2.1.1** Sarcoma de Kaposi a cualquier edad.
 - 4.5.2.1.2** Linfoma primario cerebral a cualquier edad.
 - 4.5.2.1.3** Linfoma no Hodgkin de células B o fenotipo inmunológico no determinado y de cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt), o sarcoma inmunoblástico (linfoma de células grandes), linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad.
 - 4.5.2.1.4** Complejo demencial o encefalopatía por VIH.
 - 4.5.2.1.5** Síndrome de desgaste.
 - 4.5.2.1.6** Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.
 - 4.5.2.1.7** Diseminación extrapulmonar por *M. avium* o *M. kansasii*.
 - 4.5.2.1.8** Infección extrapulmonar o diseminada por micobacterias de otras especies que no sean *lepra*.
 - 4.5.2.1.9** Histoplasmosis extrapulmonar o diseminada.
 - 4.5.2.1.10** Isosporidiasis con diarrea con más de un mes de duración.

4.5.2.1.11 Coccidioidomicosis diseminada.

4.5.2.1.12 Septicemia por salmonela no tifoídica recurrente.

4.5.2.1.13 Dos o más infecciones bacterianas en los dos años anteriores, en menores de 13 años que no tengan predisposición: septicemia, neumonía, artritis, meningitis o absceso visceral o cavitario (excluyendo otitis media o abscesos superficiales de piel o mucosas) causadas por Legionella, Haemophilus, Estreptococos (incluyendo S. pneumoniae) o alguna bacteria piógena.

4.5.2.1.14 Episodios recurrentes de neumonía bacteriana.

4.5.2.1.15 Cáncer cervicouterino invasivo.

4.5.2.2 Uno o más de los siguientes diagnósticos realizados de manera presuntiva (no comprobados por microscopía o cultivo):

4.5.2.2.1 Neumonía por P. jirovecii.

4.5.2.2.2 Toxoplasmosis cerebral en mayores de un mes de edad.

4.5.2.2.3 Infección extrapulmonar o diseminada, por micobacterias (bacilos ácido-alcohol resistentes de especie indeterminada).

4.5.2.2.4 Retinitis por citomegalovirus con pérdida de la visión.

4.5.2.2.5 Candidiasis esofágica.

4.5.2.2.6 Sarcoma de Kaposi.

4.5.2.2.7 Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en menores de 13 años.

4.5.2.2.8 Episodios recurrentes de neumonía con o sin diagnóstico bacteriológico.

4.6 Los niños y niñas con infección por VIH menores de 13 años son clasificados dentro de categorías mutuamente excluyentes de acuerdo con tres parámetros: a) estado de la infección; b) estado clínico, y c) estado inmunológico. Una vez clasificados no pueden ser reclasificados dentro de una categoría menos severa, aun cuando mejore su estado clínico o inmunológico.

4.6.1 El estado de la infección por VIH en niños y niñas se clasifica como sigue:

4.6.1.1 Niños y niñas con Infección por VIH:

4.6.1.1.1 Niños y niñas menores de 18 meses VIH positivos o hijos de una madre que vive con VIH Y EL SIDA, que tienen resultados positivos en dos determinaciones separadas (excluyendo cordón umbilical) de una o más de las siguientes pruebas: cultivo viral, PCR o antígeno p24 o que cumplen con los criterios clínicos de SIDA.

4.6.1.1.2 Niños y niñas mayores de 18 meses, hijos de madres que viven con VIH con infección por sangre o productos sanguíneos u otros mecanismos conocidos de transmisión, con pruebas de tamizaje y confirmatorias (EIA y WB) positivas o que cumplan con los criterios clínicos para el diagnóstico de SIDA.

4.6.1.2 Exposición perinatal.

4.6.1.2.1 Niños o niñas que no reúnen los criterios mencionados previamente y son seropositivos al VIH por tamizaje y confirmatorias (EIA y WB), menores de 18 meses al realizarse las pruebas o en quienes se desconoce el estado de anticuerpos pero son hijos de madre que vive con VIH.

4.6.1.3 Sero-revertidor:

4.6.1.3.1 Niño o niña que nace de madre que vive con VIH y en quien se han documentado pruebas de anticuerpo contra VIH negativas (dos o más pruebas de EIA (antes ELISA) negativas, realizadas entre los 6 y 18 meses de edad) que no tiene criterios clínicos que definan SIDA y no tienen evidencia de inmunodeficiencia por laboratorio.

4.6.2 Los niños y niñas con infección por VIH menores de 13 años.

4.6.2.1 Categoría E: comprende a los niños o niñas hasta 18 meses de edad.

4.6.2.2 Categoría N: asintomáticos.

4.6.2.3 Categoría A: sintomatología leve: niños o niñas con dos o más de las condiciones enlistadas a continuación, pero sin alguna de las listadas en las categorías B y C.

4.6.2.3.1 Linfadenopatías (>0.5 cms. en más de dos sitios; si son bilaterales, equivale a un sitio).

4.6.2.3.2 Hepatomegalia.

4.6.2.3.3 Esplenomegalia.

4.6.2.3.4 Dermatitis.

4.6.2.3.5 Parotiditis.

4.6.2.4 Categoría B: sintomatología moderada: niños o niñas que cursan con sintomatología diferente a las categorías A y C, pero atribuible a la infección por VIH.

4.6.2.4.1 Anemia (<8 g./dl.), neutropenia (<1,000/mm.³), o trombocitopenia (<100,000/mm.³) que persiste por más de 30 días.

4.6.2.4.2 Meningitis, neumonía, septicemia bacteriana (un solo episodio).

4.6.2.4.3 Candidiasis orofaríngea, que persiste por más de dos meses en niños o niñas mayores de seis meses de edad.

4.6.2.4.4 Cardiomiopatía.

4.6.2.4.5 Infección por citomegalovirus que se inicia antes de un mes de edad con diarrea, recurrente o crónica.

4.6.2.4.6 Hepatitis.

4.6.2.4.7 Estomatitis por VHS recurrente (más de dos episodios en un año).

4.6.2.4.8 Bronquitis, neumonitis o esofagitis por VHS con inicio antes del mes de edad.

4.6.2.4.9 Leiomioma.

4.6.2.4.10 Neumonitis intersticial linfoidea o complejo de hiperplasia linfoidea pulmonar.

- 4.6.2.4.11** Nefropatía.
- 4.6.2.4.12** Nocardiosis.
- 4.6.2.4.13** Fiebre persistente (más de un mes).
- 4.6.2.4.14** Toxoplasmosis con inicio antes de un mes de edad.
- 4.6.2.4.15** Varicela diseminada.
- 4.6.2.5** Categoría C: sintomatología grave: infección bacteriana grave, múltiple o recurrente (al menos dos infecciones confirmadas con cultivo, en un periodo de dos años), de los siguientes tipos:
 - 4.6.2.5.1** Septicemia; neumonía; meningitis; infección en hueso o articulaciones; absceso de un órgano interno o cavidad del cuerpo (excluyendo otitis media, piel superficial, abscesos de mucosas o infecciones relacionadas a catéteres).
 - 4.6.2.5.2** Candidiasis esofágica o pulmonar (bronquio, tráquea, pulmones).
 - 4.6.2.5.3** Coccidioidomicosis diseminada (en otro sitio diferente al de los pulmones, cervical o ganglios linfáticos hiliares).
 - 4.6.2.5.4** Criptococosis extrapulmonar.
 - 4.6.2.5.5** Criptosporidiasis o isosporidiasis con diarrea que persista por más de un mes.
 - 4.6.2.5.6** Enfermedad por citomegalovirus con inicio de síntomas a edad mayor de un mes, en un sitio diferente a bazo, hígado o ganglios linfáticos.
 - 4.6.2.5.7** Encefalopatía.
 - 4.6.2.5.8** Infección por VHS que cause una úlcera mucocutánea que persista por más de un mes; bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecte a niños o niñas mayores de un mes de edad.
 - 4.6.2.5.9** Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
 - 4.6.2.5.10** Sarcoma de Kaposi.
 - 4.6.2.5.11** Linfoma primario en cerebro.
 - 4.6.2.5.12** Linfoma de Burkitt, inmunoblástico o linfoma de células grandes, de células B o de fenotipo inmunológico desconocido.
 - 4.6.2.5.13** Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
 - 4.6.2.5.14** Mycobacterium tuberculosis, diseminado o extrapulmonar, micobacterias de otras especies o no identificadas diseminadas, complejo Mycobacterium avium o Mycobacterium kansasii diseminado.
 - 4.6.2.5.15** Neumonía por Pneumocystis jirovecii.
 - 4.6.2.5.16** Septicemia por salmonela (no typhi) recurrente.
 - 4.6.2.5.17** Toxoplasmosis cerebral con inicio después de un mes de edad.
 - 4.6.2.5.18** Síndrome de desgaste, en ausencia de una enfermedad concurrente que sea diferente a la infección por VIH.

5. Medidas de prevención del VIH y promoción de la salud

Las acciones de prevención con relación al VIH Y EL SIDA, así como las de promoción de la salud deberán basarse en evidencia científica, en el respeto a la dignidad y los derechos humanos y no en prejuicios, creencias morales o religiosas.

Las medidas para la prevención y el control del VIH Y EL SIDA nunca serán coercitivas y deben respetar los criterios del numeral 6.3.6.

5.1 La prevención del VIH Y EL SIDA debe considerarse en el marco de la promoción de la salud como un proceso para evitar la transmisión del VIH Y EL SIDA en la población, mediante el fortalecimiento de conocimientos, aptitudes, actitudes y hábitos de las personas y la comunidad para participar corresponsablemente en el autocuidado. El cuidado colectivo y la construcción de una sociedad saludable y libre del VIH Y EL SIDA debe referirse al Modelo Operativo de la Promoción de la Salud y a la aplicación de las Guías de Prevención Primaria y Secundaria del CENSIDA, disponibles para consulta en www.censida.salud.gob.mx y www.promocion.salud.gob.mx/dgps respectivamente, que incluyen:

5.1.1 Manejo de riesgos personales;

5.1.2 Desarrollo de capacidad y competencia en salud;

5.1.3 Participación social para la acción comunitaria;

5.1.4 Detección oportuna del VIH;

5.1.5 Desarrollo de entornos saludables;

5.1.6 Abogacía intra e intersectorial, y

5.1.7 Mercadotecnia social en salud.

5.2 La prevención de la infección por VIH se debe llevar a cabo por los órganos competentes de Salud y Educación de los tres niveles de gobierno, así como por las instituciones públicas, privadas y sociales que integran el Sistema Nacional de Salud.

Para promover la participación de autoridades estatales, municipales, comités locales de salud, personal de salud, líderes comunitarios, organizaciones sociales para el desarrollo y permanencia de las acciones de salud para la prevención de la transmisión del VIH, se deben desarrollar estrategias para el autocuidado de la salud dirigidas a los grupos más afectados por la pandemia, así como a aquellos grupos en situación de vulnerabilidad.

5.3 En materia de prevención de la transmisión del VIH y promoción de la salud, las acciones deben estar orientadas a:

5.3.1 Informar a la población sobre la magnitud y trascendencia de la infección por VIH como problema de salud pública.

5.3.2 Dar a conocer a la población las vías y mecanismos de transmisión, formas de prevención y servicios de información, detección oportuna y atención integral, relacionadas con la infección por VIH.

5.3.3 Orientar y educar a la población sobre la adopción de medidas saludables haciendo especial énfasis en las prácticas sexuales seguras y protegidas, el retraso en el inicio de las relaciones sexuales, la reducción del número de parejas sexuales, la exclusividad de pareja, la abstinencia informada y evitar el uso compartido de jeringas sin esterilizar.

5.3.4 Fomentar en las personas que viven con VIH Y EL SIDA el autocuidado de la salud incluyendo medidas de prevención como sexo seguro y sexo protegido para romper la cadena de infección y re-infección.

5.3.4.1 Las y los trabajadores de la Salud deberán referirse a las Normas de Bioseguridad, al Modelo Operativo de la Promoción de la Salud y a las Guías de prevención primaria y secundaria del CENSIDA y otros documentos aplicables.

5.3.5 Orientar sobre la importancia del control y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual que facilitan la transmisión del VIH.

5.3.6 Promover los servicios de atención médica para diagnóstico, tratamiento, seguimiento y atención oportuna de otras infecciones de transmisión sexual.

5.3.7 Para la prevención de la infección por VIH en víctimas de violencia sexual, relaciones de alto riesgo (definidas epidemiológicamente) o de alta exposición al virus, se deberá proporcionar información y consejería con relación a la posibilidad de adquirir la infección por VIH, así como proporcionar el esquema de quimioprofilaxis post-exposición, en caso de no haber transcurrido más de 72 horas, como señala en el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual de la Salud.

5.4 Promover la participación social para:

5.4.1 Prevenir y eliminar el estigma y la discriminación de que son objeto las personas que viven con VIH Y EL SIDA, los grupos más afectados por la pandemia y las poblaciones en situación de vulnerabilidad social.

5.4.2 Impulsar la acción comunitaria en forma organizada e informada de la población para el desarrollo de acciones y estrategias preventivas incluyendo el diagnóstico oportuno.

5.4.3 Promover que los medios de comunicación participen en la prevención y en el combate al estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH Y EL SIDA con información veraz, objetiva y basada en evidencias científicas.

5.4.4 Promover la integración y participación activa de la sociedad para la realización de acciones concretas de educación y detección.

5.4.5 Consolidar la participación activa de los diversos grupos sociales, en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades preventivas en los tres niveles de gobierno con la participación del CONASIDA, los COESIDAS y COMUSIDAS en las entidades federativas.

5.5 En materia de educación, las acciones fundamentales para la prevención de la transmisión de la infección entre la población estarán encaminadas a:

5.5.1 Desarrollar estrategias educativas que respondan a las necesidades de los grupos más afectados por la epidemia del VIH Y EL SIDA y a las poblaciones en situación de vulnerabilidad con el fin de que cuenten con una percepción del riesgo de acuerdo con sus condiciones y adopten conductas preventivas para disminuir el riesgo a la transmisión del VIH.

5.5.2 Impulsar la educación de la sexualidad desde la educación básica para que responda a contextos multiculturales de la población en sus distintas etapas de vida, con el fin de favorecer la adopción de conductas preventivas y estilos de vida saludables.

5.5.3 Participar con la comunidad educativa en el sentido de que el tema del VIH sea abordado con objetividad, en función de los resultados del progreso científico y en apego a los acuerdos y tratados internacionales suscritos por México, en torno a los derechos humanos y el VIH Y EL SIDA.

5.5.4 Promover y capacitar al personal de salud en las medidas universales de bioseguridad con el fin de reducir el riesgo de transmisión del VIH que ocurre por el manejo de instrumental, procedimientos y productos utilizados en áreas médicas, de laboratorios y odontológicas, así como en la utilización de instrumentos punzocortantes, dando preferencia al uso de material desechable y, cuando esto no sea posible, para que dichos instrumentos sean esterilizados y desinfectados en los términos que establece el numeral 5.7 de esta Norma.

5.5.5 Promover continuamente como medida preventiva, el uso consistente y correcto de los condones de látex o de poliuretano en prácticas sexuales.

5.5.6 Los servicios de salud públicos, sociales y privados están obligados a realizar la prueba de detección de VIH, ITS, Hepatitis B y Hepatitis C a todas las donaciones de sangre, leche materna, tejidos, órganos y células germinales; bajo ninguna circunstancia los trabajadores de la salud podrán coartar la libertad de las personas a ser donadores por razón de su preferencia sexual.

5.5.7 Los servicios de salud públicos, sociales y privados están obligados a ofertar la prueba de VIH a toda mujer embarazada, grupos más afectados por la epidemia del VIH Y EL SIDA, a las poblaciones en situación de vulnerabilidad de manera voluntaria, gratuita y conforme a esta norma.

5.6 Las Instituciones del Sistema Nacional de Salud deberán promover y colaborar en la capacitación del personal de salud, con objeto de lograr que participe activamente en la prevención, detección oportuna y atención integral de calidad del paciente, teniendo como marco el respeto a los derechos humanos, la no discriminación y la perspectiva de género. El personal de Salud debe hacer referencia al cumplimiento de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y al Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, así como, el Programa Nacional de Derechos Humanos vigente evitando cualquier estigma y forma de exclusión en razón de las condiciones de salud o preferencia sexual en el ejercicio de sus labores, conforme a las estrategias y competencias de Salud en la materia.

El personal de salud debe recomendar a la población que vive con VIH:

5.6.1 Realizar prácticas sexuales seguras y protegidas mediante barreras mecánicas que impidan la transmisión del VIH como el uso correcto y consistente del condón de látex o de poliuretano de uso interno.

5.6.2 No donar sangre, tejidos, células, semen ni órganos para trasplante.

5.6.3 No compartir objetos potencialmente contaminados (agujas, jeringas, cepillos de dientes, navajas) y, en general, objetos punzocortantes de uso personal.

5.6.4 Realizar un diagnóstico perinatal al ofrecer la prueba de tamizaje para VIH a toda mujer embarazada captada; así como el tratamiento oportuno de VIH, tal como señala el capítulo 6 de esta norma.

5.6.5 Proveer información científica acerca de la prevención de la transmisión perinatal a mujeres con VIH para permitir su derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos, según el artículo 4o. de la

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y la NOM 005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar. En caso de desear el embarazo, hacer el seguimiento médico adecuado, estado de salud y régimen antirretroviral antes del embarazo, seguimiento prenatal etc. descrito en la Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH con el fin de reducir la posibilidad de la transmisión vertical. Se debe respetar el derecho de las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva.

5.6.6 Recomendar a las madres infectadas con VIH Y EL SIDA nutrición alternativa que puede incluir el uso de sustituto de leche materna (sucedáneos) para evitar la transmisión del VIH al lactante, haciendo énfasis en la necesidad de mantener esta nutrición sustitutiva en forma adecuada, higiénica y sostenida.

5.6.7 El personal de salud recomendará evitar el contacto con personas afectadas por padecimientos infecto-contagiosos y deberá llevar a cabo medidas de prevención de infecciones asociadas.

5.6.8 Evitar automedicarse y apegarse a los tratamientos prescritos por un médico especialista o capacitado en manejo de ARV.

5.6.9 Solicitar atención integral médica mensual, aun en ausencia de sintomatología, así como apoyo psicológico.

5.6.10 Adoptar un estilo de vida saludable a través de prácticas que protejan y favorezcan la salud, así como del apoyo psicológico. Procurar asistir a talleres de adherencia al tratamiento antirretroviral, educación para la salud y atención integral de las personas que viven con VIH o SIDA.

5.6.11 Evitar el uso de drogas, alcohol y tabaco.

5.6.12 Conocer sus derechos, los servicios y alternativas gubernamentales y no gubernamentales disponibles en su localidad que ofrezcan apoyo a personas con VIH Y EL SIDA o a sus familiares y fomentar la cultura de exigibilidad y denuncia cuando sean violados sus derechos o se les someta a actos de discriminación.

5.6.13 A través de la consejería, deberá orientarse al paciente para que en caso de violación de sus derechos humanos o discriminación, presente su queja ante las instancias correspondientes.

5.7 Las medidas fundamentales que deben cumplirse para la prevención de la infección por VIH en los establecimientos de salud y entre el personal de salud y sus familiares que tengan contacto con sangre y sus componentes, órganos, tejidos, células germinales y cadáveres humanos, así como con las personas que viven con VIH Y EL SIDA, serán las que se señalan en las normas oficiales mexicanas NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales y NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental- Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

5.7.1 En los establecimientos de salud se informará sobre la magnitud y trascendencia del problema de salud que constituye la infección por VIH, los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas, con el debido respeto a la dignidad de las personas, el derecho a la igualdad, la confidencialidad, la privacidad y la no discriminación.

5.7.2 Identificar el equipo, material y ropa probablemente contaminados para ser desinfectados, esterilizados o destruidos, según sea el caso, tal como lo establece la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002,

Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

5.7.3 Manejar siempre los tejidos, excretas y fluidos corporales como potencialmente infectados y darles destino final por incineración o inactivación viral, mediante esterilización con autoclave o utilizando soluciones de hipoclorito de sodio de 4 al 7%. Los

cadáveres deben considerarse como potencialmente infectados y deben seguirse las precauciones estándar; su incineración no debe ser obligatoria.

5.7.4 Observar las precauciones universales o estándar en todos los pacientes, que consisten en:

5.7.4.1 Lavarse siempre las manos antes y después de tener contacto con cualquier paciente.

5.7.4.2 Usar guantes siempre que exista la posibilidad de contacto con líquidos potencialmente contaminantes.

5.7.4.3 Usar bata, delantales o ropa impermeable cuando exista la posibilidad de contaminarse la ropa con líquidos de riesgo.

5.7.4.4 Usar máscara o lentes siempre que exista la posibilidad de salpicaduras.

5.7.4.5 Desechar siempre las agujas, jeringas y otros instrumentos cortantes en recipientes rígidos, no perforables, que contengan algún desinfectante adecuado o que posteriormente sean tratados con desinfectante y disponer de estos instrumentos en base a la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

5.7.4.6 Nunca recolocar el capuchón de agujas hipodérmicas; en caso estrictamente necesario, apoyarse en una superficie firme, tomando el capuchón con una pinza larga.

5.7.4.7 Después de limpiar minuciosamente el instrumental, esterilizarlo o, en su defecto, desinfectarlo. La desinfección química no debe aplicarse a las agujas y jeringas; en el caso de otros instrumentos punzantes o cortantes, sólo debe utilizarse como último recurso y, para que pueda garantizarse la concentración y la actividad del producto, es indispensable que se limpie minuciosamente el instrumental antes de sumergirlo en el desinfectante químico.

5.7.4.8 Limpiar las superficies potencialmente contaminadas con hipoclorito de sodio al 0.5%, con alcohol al 70% o con agua oxigenada.

5.7.4.9 La identificación, separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos se debe realizar conforme lo establece la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

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

5.8.1 Hacer referencia a la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH, apartado de recomendaciones para profilaxis post exposición.

5.8.2 Exprimir la herida para que sangre.

5.8.3 Lavar con abundante agua y jabón.

5.8.4 Acudir de inmediato al servicio hospitalario más cercano o a la autoridad del hospital donde el accidente ocurra, para:

5.8.4.1 Informar por escrito el incidente a las instancias correspondientes de manera inmediata.

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

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

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

5.8.4.5 El tratamiento profiláctico debe proporcionarse dentro de las cuatro horas posteriores a la exposición. Este tratamiento debe estar disponible las veinticuatro horas en todas las unidades médicas. El esquema de medicamentos antirretrovirales debe ser acorde a los lineamientos establecidos en la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH publicada por el CENSIDA y el CONASIDA, disponible en www.Censida.salud.gob.mx.

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

5.9 Para la prevención de la infección por VIH en actos de trasplante, transfusión o técnicas de fertilización asistida, se deben observar las disposiciones que figuran a continuación:

5.9.1 Excluir como donante de órganos, tejidos y sus componentes, así como de células germinales, a los individuos siguientes:

5.9.1.1 Aquéllos pertenecientes a la población en riesgo (definido epidemiológicamente) de adquirir la infección por VIH a que se refieren los numerales 4.2.1 y 4.2.2, así como los pacientes que presenten las variedades clínicas referidas en el numeral 4.3 de esta norma.

5.9.1.2 Quienes resulten con positividad en cualquiera de las pruebas de tamizaje que al efecto se practiquen. En caso de que la obtención de órganos y tejidos ya se hubiese efectuado, se les debe dar destino final de acuerdo con lo establecido en la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

5.9.2 Las demás medidas que procedan, entre las señaladas en los numerales 5.6 y 5.7 de esta norma.

6 Medidas de control

6.1 Deben basarse en el respeto a la dignidad y los derechos humanos, en especial al respeto a la protección de la salud, al derecho a la igualdad, la del resultado y el derecho a la no discriminación y deben ser respetados y promoverse entre el personal que labora en las instituciones de salud, por lo tanto las medidas de control de las personas que viven con VIH Y EL SIDA nunca serán coercitivas y comprenden las actividades siguientes:

6.1.1 Detección y diagnóstico.

6.1.2 Notificación, estudio epidemiológico y seguimiento de casos de acuerdo con lo establecido en las disposiciones aplicables para la Vigilancia Epidemiológica.

6.1.3 Investigación y seguimiento de los contactos.

6.1.4 Atención y Tratamiento.

6.2 La detección y el diagnóstico de la infección por VIH y caso de SIDA se lleva a cabo a través los siguientes procedimientos:

6.2.1 Antecedentes de exposición por alguno de los mecanismos enunciados en esta Norma.

6.2.2 Satisfacer los criterios de infección por VIH o caso de SIDA establecidos en esta Norma o por:

6.2.3 Estudios de laboratorio, según lo enunciado en el numeral 4.4 de esta Norma:

6.2.3.1 Pruebas de tamizaje: presencia de anticuerpos contra el VIH en el suero, plasma, sangre total, líquido crevicular-saliva demostrada por alguno de los siguientes métodos:

6.2.3.1.1 Ensayos Inmunoenzimáticos EIA convencionales y/o pruebas rápidas, inmunocromatográficas u otras.

6.2.3.1.2 Las pruebas de tamizaje EIA, aglutinación, pueden ser rápidas o convencionales.

6.2.3.1.3 Las pruebas rápidas tienen la ventaja de que el resultado presuntivo se obtiene en minutos y son especialmente útiles en condiciones específicas: consulta prenatal, consulta de ITS, trabajo de parto en sala de expulsión y servicios de urgencia.

Para el uso de pruebas rápidas es indispensable contar siempre con el personal de salud capacitado para su aplicación siguiendo los criterios del numeral 6.3.5 de esta Norma.

6.2.3.2 Pruebas confirmatorias: presencia de anticuerpos contra el VIH en el suero o plasma demostrada por alguna de las pruebas siguientes:

6.2.3.2.1 Inmunolectrotransferencia (Prueba de Western Blot).

6.2.3.2.2 Inmunofluorescencia.

6.2.3.3 Pruebas específicas: determinan la presencia del virus o algún componente del mismo, como son:

6.2.3.3.1 Cultivo de virus.

6.2.3.3.2 Determinación de antígeno viral.

6.2.3.3.3 Detección de ácidos nucleicos mediante reacción en cadena de la polimerasa.

6.2.3.4 Para el diagnóstico de infección por VIH será necesario realizar dos pruebas de tamizaje en muestras de diferentes tomas y prueba confirmatoria de Wb.

6.3 Toda detección del VIH Y EL SIDA se rige por los criterios siguientes:

6.3.1 Se debe considerar como cualquier otro recurso auxiliar para el diagnóstico:

6.3.1.1 En el caso de las pruebas rápidas debe hacerse con pre y post consejería y se deberá llevar a cabo conforme a los criterios y lineamientos del Manual para Pruebas Rápidas del CENSIDA, disponible en www.Censida.salud.gob.mx, y conforme a los puntos señalados en el numeral 6.3.3.

6.3.1.2 Las pruebas rápidas no deben ser consideradas definitivas en el diagnóstico y requieren pruebas convencionales, las cuales deben ser realizadas por personal de salud capacitado, conforme al numeral 6.3.5.

6.3.2 La detección del VIH Y EL SIDA no se debe utilizar para fines ajenos a los de protección de la salud del individuo en cuestión a menos que sea en acato a una orden judicial.

6.3.3 No se solicitará como requisito para acceso a bienes y servicios de cualquier tipo, contraer matrimonio, obtener empleo, formar parte de instituciones educativas o para recibir atención médica, y en cualquier otro caso que impida o anule el ejercicio de los derechos de la persona, conforme a lo que establecen las disposiciones jurídicas que emanan de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

6.3.4 La detección del VIH Y EL SIDA no debe ser considerada como causal médica para afectar los derechos humanos fundamentales o disminuir las garantías individuales estipuladas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

6.3.5 Se debe regir por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad que consisten en que la persona que se someta a análisis debe hacerlo:

6.3.5.1 Con conocimiento suficiente;

6.3.5.2 En forma voluntaria;

6.3.5.3 Con autorización por escrito de la persona o, en su caso, huella dactilar, y

6.3.5.4 Con la garantía de que el servicio de salud al que acude respetará su derecho a la vida privada (confidencialidad del resultado) y a la confidencialidad del expediente.

6.3.6 Es obligación de todos los servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Salud ofrecer la prueba de detección del VIH a todas las personas de manera voluntaria y confidencial para el cuidado de su salud, con especial énfasis en todas mujeres embarazadas para prevenir la infección materno-infantil.

6.3.7 Toda persona que se someta al análisis tiene derecho a recibir consejería en el momento de acudir a hacerse la prueba y consejería a la entrega del resultado.

6.3.8 Ninguna autoridad puede exigir pruebas de detección de VIH Y EL SIDA a un individuo o los resultados de las mismas, sin que presente una orden judicial

6.4 La entrega del resultado al paciente debe ser siempre mediante consejería, independientemente del resultado negativo o positivo del análisis.

6.4.1 La entrega del resultado se realizará en forma individual, por personal capacitado o, en su defecto, se debe enviar en sobre cerrado al médico tratante que solicitó el estudio.

6.4.2 No deben informarse resultados positivos o negativos en listados de manejo público, ni comunicar el resultado a otras personas sin la autorización expresa del paciente, excepto cuando se trate de menores de edad o de personas con discapacidad mental o incapacidad legal, en cuyo caso se debe informar a los padres o quienes ejerzan la patria potestad, o a falta de éstos al tutor.

6.4.3 La consejería que reciba la persona a la entrega del resultado deberá ser empleada para reforzar actitudes de autocuidado para evitar futuras infecciones o reinfecciones del VIH Y EL SIDA o de cualquier ITS y para sensibilizarla de la conveniencia de informar a las personas que pudiese haber puesto en situación de riesgo; en todo caso, el profesional de la salud, deberá respetar la confidencialidad de acuerdo con las disposiciones aplicables.

6.5 Las instituciones del Sector Salud tienen la obligación de ofrecer el servicio de consejería o apoyo emocional a toda persona a quien se entregue un resultado VIH positivo, con objeto de disminuir el impacto psicológico de la notificación a la persona afectada y favorecer su adaptación a la nueva situación. Además, se le debe brindar la orientación necesaria sobre las opciones que tiene para recibir atención médica integral de calidad, incluyendo el acceso a medicamentos.

6.6 El SIDA es una de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y es obligatoria su notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana.

6.6.1 La vigilancia epidemiológica del VIH Y EL SIDA debe realizarse considerando tanto las necesidades de prevención y protección de la salud de las enfermedades transmisibles, como el respeto a la dignidad y los derechos humanos de las personas que viven con VIH Y EL SIDA, en especial el respeto a la protección de la salud, al derecho a la igualdad, a la vida privada, a la confidencialidad y a la no discriminación, y deben ser respetados y promoverse por el personal que labora en las instituciones de salud, evitando actitudes y conductas discriminatorias.

6.6.1.1 La vigilancia epidemiológica nunca será coercitiva.

6.6.2 Para fines de vigilancia epidemiológica y con base en los estudios de laboratorio realizados, debe considerarse que la persona tiene la infección del VIH o es caso de SIDA, conforme a los criterios establecidos en esta Norma.

6.6.2.1 Toda infección por VIH o SIDA está sujeta a vigilancia epidemiológica y debe registrarse en toda unidad médica del sector público, social y privado, por medio de un expediente clínico y ser notificada de forma inmediata a la Secretaría de Salud de acuerdo con lo establecido en la NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica y el manual correspondiente.

6.6.3 La notificación, estudio epidemiológico y seguimiento de personas que viven con VIH Y EL SIDA se realizará de acuerdo con lo establecido en las disposiciones aplicables para la vigilancia epidemiológica.

6.6.4 Esta responsabilidad compete al médico tratante o al personal de salud directamente involucrado, a los laboratorios sean públicos o privados, a los bancos de sangre y a quienes realicen la prueba y ésta haya resultado positiva.

6.6.5 La notificación de casos de VIH Y EL SIDA debe hacerse de manera confidencial. Su objetivo es contar con la información necesaria para establecer las medidas de prevención y control de enfermedades transmisibles, así como proteger la dignidad, la vida privada y los derechos humanos del afectado, por lo que no debe comunicarse a otras personas o autoridades, excepto las directamente responsables de la vigilancia epidemiológica; sin menoscabo de la orden judicial, la cual deberá acatarse en todo momento.

6.6.6 La notificación del caso de SIDA o persona con infección por VIH se debe hacer en sobre cerrado, con sello de confidencial, dirigida al titular de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico-administrativo que corresponda, para su manejo confidencial y bajo su estricta responsabilidad.

6.7 El seguimiento epidemiológico de la persona que vive con el VIH o del caso de SIDA debe realizarse por el epidemiólogo de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico-administrativo correspondiente, en los formatos establecidos por el Sistema Nacional de Salud. Este seguimiento debe efectuarse cada año para las personas que viven con el VIH y cada tres meses para los casos de SIDA.

6.8 La investigación de las fuentes de infección y de los contactos debe llevarse a cabo en las personas que viven con el VIH comprobados y en los casos de SIDA, previo consentimiento de las personas, conservando la confidencialidad de la información, y comprende las acciones siguientes:

6.8.1 Estudiar los contactos sexuales durante los cinco años previos a la fecha probable de infección.

6.8.2 Estudiar a quienes le hayan donado sangre o a quienes, la persona que vive con VIH Y EL SIDA, haya donado sangre, órganos, tejidos y células germinales, durante los cinco años previos a la fecha probable de infección.

6.8.3 Identificar a las personas con quienes haya compartido el uso de agujas y jeringas, en cinco años previos a la fecha probable de infección.

6.8.4 Estudiar a los hijos nacidos después de la fecha probable de infección o a los menores de cinco años de edad.

6.8.5 En menores de cinco años debe descartarse mediante investigación del estado serológico de la madre, la transmisión perinatal del virus.

6.8.6 En todo caso de transmisión transfusional, por trasplante o técnica de fertilización asistida, se debe realizar estudio epidemiológico para identificar los factores de riesgo y verificar si la infección se adquirió por estas vías. En caso afirmativo, se debe identificar la procedencia de las unidades transfundidas, tejidos para trasplante o células germinales para llevar a cabo las acciones apropiadas de vigilancia epidemiológica

6.8.7 En los casos confirmados de donantes VIH positivos y casos de SIDA secundarios a transfusión, el banco de sangre, la unidad médica, laboratorio o personal de salud, deben notificar de inmediato a los epidemiólogos y responsables de programas estatales/jurisdiccionales de VIH Y EL SIDA para que se implanten las medidas correctivas y preventivas necesarias, en concordancia con lo establecido en las normas y manuales vigentes sobre la materia. El donador y el caso confirmado siempre se deben enviar al servicio especializado de atención de VIH Y EL SIDA más cercano.

6.9 En la vigilancia epidemiológica y en el seguimiento de contactos se deben tomar en cuenta los criterios siguientes:

6.9.1 Cuando el paciente sea mayor de edad, se obtendrá la información directamente de él. En el caso de menores de edad, se puede obtener la información del padre, la madre, tutor o representante legal.

6.9.2 Cuando se visite el domicilio de un paciente que viva con el VIH Y EL SIDA para darle o solicitarle información solo se llevará al cabo la visita personalmente con el paciente. Bajo ninguna circunstancia el trabajador o trabajadora de salud mencionará el diagnóstico de VIH Y EL SIDA a otra persona que no sea el paciente.

6.9.3 En caso de que el paciente haya fallecido, solo se debe solicitar información al médico tratante y a quien elaboró el certificado de defunción. La información se debe dar a familiares del fallecido, tutor, cónyuge o equivalente según las disposiciones jurídicas aplicables.

6.9.4 El seguimiento de contactos solo se debe realizar con consentimiento informado de la persona que vive con VIH Y EL SIDA, respetándose su voluntad de no proporcionar información.

6.9.5 Para el seguimiento de contactos en el caso del VIH Y EL SIDA se pueden adoptar otras modalidades, como:

6.9.5.1 Apoyar a la persona que vive con VIH Y EL SIDA para que ella misma informe a sus contactos;

6.9.5.2 Informar a los contactos, con el consentimiento informado de la persona que vive con VIH Y EL SIDA, pero preservando su identidad;

6.9.5.3 Evitar, en lo posible, la visita domiciliaria ya que puede generar graves daños a la vida del paciente y a su familia por estigma y la discriminación relacionada al VIH Y EL SIDA; en especial en poblaciones rurales.

6.10 Atención y Tratamiento del paciente con VIH Y EL SIDA

6.10.1 El tratamiento de la persona que vive con el VIH Y EL SIDA debe ser realizado en atención especializada por médicos titulados, con cédula profesional vigente, capacitados y con experiencia comprobable en el manejo de medicamentos antirretrovirales para VIH Y EL SIDA y manejo de infecciones oportunistas y conforme a principios bioéticos y la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH publicada por el CENSIDA y el CONASIDA, disponible en www.censida.salud.gob.mx.

6.10.2 Los lineamientos generales y normativos de acreditación de todos los servicios de atención especializados públicos que atiendan a personas que viven con VIH Y EL SIDA, estarán a cargo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

6.10.3 Todas las instituciones y establecimientos de salud deben prestar atención de urgencia con calidad a personas que viven con VIH Y EL SIDA, cuando así lo requiera la condición clínica del paciente de manera responsable, digna, respetuosa y libre de discriminación.

6.10.4 Todas las instituciones y establecimientos de salud deben referir a los pacientes para su atención especializada, cuando así lo requiera su condición clínica y no cuenten con los recursos para brindarla, de acuerdo con los niveles de atención de las instituciones correspondientes.

6.10.5 La falta de recursos de las instituciones y establecimientos de salud de ninguna manera es una causa para negar las primeras atenciones a la persona que lo requiera, antes de referirlo.

6.10.6 Las instituciones y establecimientos de salud deben brindar capacitación a su personal, de manera continua, con el fin de proporcionar atención médica adecuada, con el debido respeto a la dignidad y los derechos humanos de la persona y conforme a los avances científicos y tecnológicos logrados en el conocimiento de este padecimiento.

6.10.6.1 La capacitación al personal de salud también deberá contener los principios bioéticos, normativos, y abarcar temas de equidad de género, de diversidad sexual, derecho a la igualdad y derechos humanos, la comunicación médico-paciente y la no discriminación por causa de sexo o preferencia sexual.

6.10.7 Para decidir el inicio del tratamiento antirretroviral, se deben de seguir los lineamientos obligatorios establecidos en La Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH, emitida por el CENSIDA y por el CONASIDA y que se basa en la cuenta de los linfocitos CD4, la presencia de una condición definitoria de SIDA y la carga viral.

6.10.8 Las instituciones públicas, sociales y privadas del Sistema Nacional de Salud deberán utilizar de manera obligatoria para la prescripción del tratamiento antirretroviral, los lineamientos establecidos en la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH.

6.10.9 Las personas con VIH deben recibir tratamiento integral de calidad que incluyan manejo y prevención de infecciones oportunistas y neoplasias de acuerdo con la Guía ya mencionada y atención multidisciplinaria de los especialistas necesarios.

6.10.10 En las instituciones públicas, sociales y privadas del Sistema Nacional de Salud se deberá garantizar la provisión sin interrupciones de los fármacos para el tratamiento antirretroviral para evitar la aparición de resistencias y el riesgo de que el tratamiento pierda su efectividad. Asimismo, se deberá garantizar la provisión sin interrupciones de los fármacos para el tratamiento de las infecciones oportunistas.

6.10.11 El tratamiento con medicamentos antirretrovirales debe ofrecerse con sales originales o genéricos que conserven la biodisponibilidad y bioequivalencia de las sales originales, además de hacerse sin interrupciones, para evitar la aparición de resistencias y el riesgo de que el tratamiento pierda su utilidad.

6.10.12 Las instituciones de salud deberán ofrecer tratamiento profiláctico y vacunación a todas las personas con VIH de acuerdo con las recomendaciones de la Guía de Manejo Antirretroviral de Personas con VIH, emitida por el CENSIDA y por el CONASIDA.

6.10.13 Se debe brindar asesoría a todas las mujeres embarazadas para promover la detección voluntaria, temprana y oportuna de la infección por el VIH y dotarla de toda la información relacionada sobre el riesgo de transmisión y las alternativas de tratamiento y de atención integral para ella y su hijo, en caso de que lo llegara a requerir. Las instituciones de Salud deben respetar tanto los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres positivas al VIH, como garantizar su adecuada atención a la madre y al hijo y tratamiento antirretroviral.

6.10.14 La atención integral de la mujer embarazada con infección por el VIH Y EL SIDA se deberá de llevar a cabo de acuerdo con procedimientos establecidos en las instituciones públicas, sociales y privadas del Sistema Nacional de Salud considerando tres aspectos fundamentales:

6.10.14.1 Mantener la salud de la madre,

6.10.14.2 Disminuir el riesgo de transmisión perinatal, y

6.10.14.3 Basarse en los lineamientos establecidos en la Guía de Manejo Antirretroviral de Personas que Viven con VIH.

6.10.15 Se deben establecer acciones encaminadas a prevenir, diagnosticar y a proporcionar el tratamiento integral para la TB en personas con VIH, para disminuir las complicaciones secundarias a la asociación de estos dos padecimientos.

A todo paciente diagnosticado con tuberculosis, se le deberá ofrecer una prueba de detección de VIH, de acuerdo con lo señalado en el numeral 6.3.

6.10.16 Respecto a la prevención específica de la tuberculosis se deben observar las siguientes recomendaciones.

6.10.17 La vacuna BCG está contraindicada en personas con diagnóstico de SIDA, independientemente de su edad.

6.10.17.1 En todo paciente con infección por VIH deberá realizarse búsqueda intencionada de TB activa o latente.

6.10.17.2 En aquel paciente que se descarte TB activa ya sea pulmonar o extrapulmonar y se documente TB latente, debe recibir profilaxis, de acuerdo con lo establecido en la Guía de Manejo Antirretroviral de Personas con VIH.

6.10.17.3 Se deberá brindar la atención integral a los pacientes con SIDA y TB por parte del personal de salud que atiende a las personas con VIH Y EL SIDA, de acuerdo con lo establecido en la Guía de Manejo Antirretroviral de Personas con VIH.

6.10.18 Con relación a las inmunizaciones que se utilizan en personas con el VIH, se debe anteponer el criterio del médico tratante y, en su caso, observar la siguiente recomendación:

6.10.18.1 En pacientes adultos, la aplicación de vacunas se llevará a cabo de acuerdo con las recomendaciones de la Guía de Manejo Antirretroviral de Personas con VIH.

6.10.18.2 El esquema de vacunación de los niños y las niñas que con el VIH debe realizarse de acuerdo con lo establecido en la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH.

6.11 El personal de salud y las instituciones encargadas de la atención a personas que viven con VIH Y EL SIDA que integran el Sistema Nacional de Salud deben observar los siguientes lineamientos para garantizar la confidencialidad de la información:

6.11.1 Atender las disposiciones respecto al carácter legal y confidencial del expediente clínico.

6.11.2 Establecer las medidas necesarias para asegurar que el manejo de expedientes clínicos, tarjetas de citas, personificadores que se colocan en la cabecera de camas de urgencia y hospital y trámites administrativos relacionados con las personas que viven con VIH Y EL SIDA garanticen su derecho a la confidencialidad.

6.11.3 Tratar sin discriminar a las personas que viven con VIH Y EL SIDA respecto a otros enfermos, evitando difundir informaciones sobre su condición de infectado por el VIH o enfermo con SIDA, entre quienes no tienen relación con su atención médica

6.11.4 Respetar el carácter confidencial de las personas que viven con VIH Y EL SIDA, informando acerca de su estado sólo a quien el paciente autorice.

7. Investigación

7.1 El CENSIDA y el CONASIDA deben estimular el desarrollo de la investigación en todas las áreas relacionadas con la pandemia del SIDA conforme a principios bioéticos y respeto a los derechos humanos.

7.2 Las instituciones de Salud deberán apoyar la investigación encaminada a prevenir y controlar el VIH Y EL SIDA conforme a principios éticos, a la Ley General de Salud y a la normatividad internacional de buenas prácticas clínicas.

7.3 Para la vigilancia epidemiológica y con la finalidad de mejorar el conocimiento de la epidemia del VIH Y EL SIDA en México, se requiere la realización de investigación básica, clínica, epidemiológica, en servicios y personal de salud, ciencias del comportamiento, econométrica y operativa, con atención particular a los factores de riesgo y grupos vulnerables a la infección por el VIH.

7.4 Los resultados de tales investigaciones deben ser discutidos en el seno del CONASIDA, con objeto de evaluar y mejorar las funciones, competencias y actividades de este Consejo Nacional.

7.5 La atención médica de las PVV's de ninguna manera deberá ser condicionada a la participación de ellas en protocolos de investigación.

8. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

Esta Norma no es equivalente a ninguna otra norma mexicana o internacional.

9 Bibliografía

9.1 AIDS and the military. UNAIDS: Point of View. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva.

9.2 American Bar Association. AIDS/HIV and Confidentiality: Model Policy and Procedures. Washington DC, USA, March, 1991.

- 9.3** ASTPHLD. Second Consensus Conference on HIV testing. 16-18 March, 1987. Atlanta, Georgia.
- 9.4** Blood Safety and AIDS: UNAIDS. Point of View (UNAIDS Best Practice Collection). Geneva: UNAIDS, October, 1997.
- 9.5** CDC Guidelines on the Management of Occupational Exposures to HIV. MMWR 1996; 45:468. MMWR 1990; 39 RR1.
- 9.6** Centers for Disease Control. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41 (No. RR-17).
- 9.7** Centers for Disease Control. 1997 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. MMWR 1997; 47 (No. RR-1).
- 9.8** Centers for Disease Control. Pelvic Inflammatory Disease: guidelines for prevention and management and Purified Protein Derivative (PPD)-Tuberculin Anergy and HIV Infection: Guidelines for Anergy Testing and Management of Anergic Persons at Risk of Tuberculosis. MMWR 1991; 40 (No. RR-5).
- 9.9** Centers for Disease Control. Recommendations for Preventing Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B Virus to Patients during Exposure Prone Invasive Procedures. MMWR 1991; 40 (No. RR-8).
- 9.10** Centers for Disease Control. Revision of the CDC Surveillance Case definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome. MMWR 1987; 36 (suppl. No. 1S).
- 9.11** Community Mobilization and AIDS: UNAIDS. Technical Update Geneva, Switzerland, April, 1997.
- 9.12** Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Ley de Institutos Nacionales de Salud. México.
- 9.13** Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. México.
- 9.14** Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Ley Federal sobre Metrología y Normalización. México.
- 9.15** Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. México.
- 9.16** Consejo de Salubridad General. Acuerdo por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH Y EL SIDA en instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Secretaría de Salud. 2004.
- 9.17** Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Guía para la Atención de Pacientes con infección por HIV/SIDA en Consulta Externa y Hospitales. México, 1997.

- 9.18** Gilmore, N., Somerville M., Stigmatisatin, scapegoating, and discrimination in sexually trasmitted disease: Overcoming "them" and "us". Soc Sci Med 1994; 39 (9): 1339-1358.
- 9.19** Global Programme on AIDS. Operation characteristics of commercially available assays to detect antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in human sera. Report 5.GPA/RES/DIA/92.8, October, 1992.
- 9.20** Global Programme on AIDS. Operation characteristics of commercially available assays to detect antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in human sera. Report 6. GPA/RES/DIA/93.4, March, 1993.
- 9.21** Izazola JA, Sánchez HJ, del Río C. El examen serológico para el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) como parte de los exámenes prenupciales. Gac. Méd. Mex. 1992; 128:317-327.
- 9.22** JAIDS. Kurt C. Organista, Héctor Carrillo, and George Ayala. HIV Prevention with Mexican Migrants: Review, Critique, and Recommendations. Vol. 37, Supplement 4, November 1, 2004 pp. S227-S239.
- 9.23** MMWR. Report of the NIH Panel to define principles of therapy of HIV infection and Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV infected adults and adolescents. April 24, 1998-Vol. 47-No. RR-5.
- 9.24** MMWR. BCG vaccination and pediatric HIV infection. MMWR 1991; 40 (48): 833-836
- 9.25** MMWR. Definición operacional de caso de SIDA. RR-17, Dic. 18, 1992.
- 9.26** MMWR. Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee MMWR. 1988; 37 (43).
- 9.27** MMWR. Sistema de Clasificación del SIDA Pediátrico (menores de 13 años) MMWR, 1994, 43(RR-112) 1-10.
- 9.28** Mother to Child Transmission of HIV. UNAIDS Technical Update. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva.
- 9.29** National Commission on AIDS. Preventing HIV Transmission in Health Care Settings. Washington, DC, USA, July, 1992.
- 9.30** Occupational Safety and Health Administration. Regulations on Blood Borne Pathogens. Washington US Department of Labor. Federal Register, December, 1991: 64165-64182 Begin of the skype highlighting 64165-64182 end of the skype highlighting.
- 9.31** Onorato I. et al. Childhood immunization, vaccine-preventable diseases and infection with human immunodeficiency virus. Ped Infect Dis J. 1988; 7: 588-595.
- 9.32** ONUSIDA. La Tuberculosis y el SIDA: Punto de vista de ONUSIDA (Colección ONUSIDA de prácticas óptimas) Ginebra; ONUSIDA, Octubre de 1997.
- 9.33** ONUSIDA. Métodos para las pruebas del VIH. ONUSIDA.

ANEXOS

9.34 ONUSIDA. Educación sobre el SIDA en la escuela.

9.35 ONUSIDA. El SIDA y las relaciones sexuales entre varones.

9.36 ONUSIDA. SIDA y Alimentación del Lactante. Declaración política conjunta del ONUSIDA, la OMS y la UNICEF. Agosto de 1997. ONUSIDA 97.1. Ginebra, Suiza.

9.37 Organización de Estados Americanos. Convención Americana sobre Derechos Humanos; aprobada en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos de la OEA en San José de Costa Rica. Ratificada por México el 22 de marzo de 1981.

9.38 Organización de Estados Americanos. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador).

Adoptado por la Asamblea General de Estados Americanos, en San Salvador, el Salvador el 17 de noviembre de 1988.- Depositado el instrumento de ratificación ante la Secretaría General de la OEA, el 16 de abril de 1996.

9.39 Organización de las Naciones Unidas.- Declaración de Compromisos en la Lucha contra el VIH Y EL SIDA.- Crisis Mundial- Acción Mundial. Adoptada el 27 de junio del 2001 en sesión especial sobre VIH Y EL SIDA de la Asamblea General de la ONU.

9.40 Organización de las Naciones Unidas.- Declaración del Milenio.- Adoptada en la Asamblea General de la ONU.

9.41 Organización de las Naciones Unidas.- Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y el VIH Y EL SIDA. Acordadas entre el 23 y el 25 de septiembre de 1999, ante la segunda Consulta Internacional sobre VIH Y EL SIDA y los Derechos Humanos organizada por ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

9.42 Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.- Aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 16 de Diciembre de 1996, mediante la Resolución 2200 A(XXI).- Ratificado por México el 23 de marzo de 1998.

9.43 Organización Internacional del Trabajo. Convenio 111 de la OIT relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación. Adoptado por la OIT en Ginebra, Suiza, el 25 de Junio de 1958; Ratificado por México el 11 de Septiembre de 1961.

9.44 Organización Internacional del Trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre VIH Y EL SIDA y el mundo del trabajo.- Firmado en junio del 2001, en Ginebra, Suiza.

- 9.45** Organización Mundial de la Salud.- Guía de Métodos Eficaces de Esterilización y Desinfección contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Serie OMS Sobre el SIDA No. 2, 2a. Edición, Ginebra: OMS, 1990.
- 9.46** Organización Panamericana de la Salud. Pautas para la atención clínica de la persona adulta infectada por el VIH. Washington: OPS, 1994.
- 9.47** Organización Panamericana de la Salud. Pautas para la atención clínica del niño infectado por el VIH.
Programa Regional de SIDA/ETS. División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles. OPS. 1994.
- 9.48** Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Washington. 1995: 145-147.
- 9.49** Organización Panamericana de la Salud. SIDA, Perfil de una epidemia. Publicación científica No. 514, Washington: OPS, 1989.
- 9.50** Patersen LR; White CR; et al. Premarital Screening for to HIV type 1 in the United States. Am J Public Health 1990; 80:1087-90.
- 9.51** Pizzo P et al. Perspectives on pediatric human immunodeficiency virus infection. Ped Inf Dis J; 1993; 513-530.
- 9.52** Public Health Service Statement on Management of Occupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus, including Considerations regarding Zidovudine Postexposure Use. MMWR 1990; 39. (No. RR-1). MMWR 1996: 45:468.
- 9.53** Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. México. Inmunización en niños e infección por VIH. Boletín mensual de SIDA. 1987; 1(3): 549-552.
- 9.54** Secretaría de Salud. Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH, emitida por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH Y EL SIDA y por el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. México. Disponible en www.censida.salud.gob.mx.
- 9.55** Sepúlveda AJ y col. SIDA, Ciencia y sociedad en México. México: FCE, 1989.
- 9.56** The Female Condom and AIDS. UNAIDS: Point of View. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva.
- 9.57** The HIV/AIDS Prevention and Control SYNOPSIS Series. Regional Accomplishments and Lessons Learned. Latin America and Caribbean Regional Office AIDSCAP/ Family Health International.
- 9.58** U.S. Public Health Service Recommendations on Antineumocystis prophylaxis for Patients with HIV Infection. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). 1992; 41 (No. RR-4).

9.59 World Health Organization. Treatment of Tuberculosis. Guidelines for National Programmes. Second edition, 1997. WHO/T.B./97. 220.

9.60 World Health Organization paper on "Partner Notification for Preventing HIV Transmission". Global Program on AIDS. January, 1989. Geneva, Switzerland.

9.61 World Health Organization. Expanded Programme on Immunization: Global Advisory Group. Weekly Epidemiol., Rec. 65: 5-11, 1990.

9.62 World Health Organization. Statement from the Consultation on Testing and Counseling for HIV Infection. Global Programme on AIDS. November, 1992. Geneva, Switzerland.

9.63 World Health Organization. Rapid HIV tests: Guidelines for testing and counseling services in resource-constrained settings. 2004. Geneva Switzerland.

9.64 World Health Organization/UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. 2005. Geneva, Switzerland.

9.65 51JAIDS. Carlos Magis-Rodríguez, Cecilia Gayet, Mirka Negroni, Rene Leyva, Enrique Bravo-García, Patricia Uribe, and Mario Bronfman. Migration and AIDS in México. An Overview Based on recent Evidence. Vol. 37, Supplement 4, November 1, 2004 pp S215-S22.

9.66 "Declaración Ministerial", suscrita por los Ministros de Salud y de Educación de América Latina y el Caribe, en el marco de la 1a. Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe "Prevenir con educación", 1 de agosto de 2008, México, D.F.

10. Observancia de la norma

La vigilancia del cumplimiento de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia. Las instituciones de atención médica pertenecientes al Sistema Nacional de Salud podrán solicitar, en cualquier momento, una evaluación de la conformidad, si así lo estiman pertinente.

11. Vigencia

Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 15 de octubre de 2010.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización y Prevención de Enfermedades, Mauricio Hernández Ávila.- Rúbrica.

ANEXO 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS FRECUENTES RELACIONADOS CON EL VIH

- **ADN.** Ver DNA.
- **ADQUIRIDA.** Que se ha obtenido por cualquier otra forma diferente a la hereditaria.
- **AGENTE CAUSAL** (de una enfermedad). Cualquier factor capaz de provocar una enfermedad (bacterias, virus, hongos, radiación, sustancias químicas, etc.).
- **ANTICUERPO.** Sustancia producida por el organismo que se forma como respuesta a la entrada de un antígeno y que tiene por objeto proteger al huésped de una enfermedad infecciosa específica.
- **ANTÍGENO.** Sustancia o agente que al introducirse al organismo es reconocida como extraña y es capaz de producir respuesta inmune.
- **ANTIRRETROVIRAL.** Medicamento utilizado en el tratamiento de enfermedades causadas por retrovirus.
- **ARN.** Ver RNA.
- **ARV.** Ver Tratamiento ARV.
- **AZT.** Zidovudina, medicamento antirretroviral usado en el tratamiento del paciente con VIH y sida, su función es retardar el proceso de la infección, inhibiendo la replicación viral.
- **CARGA VIRAL.** Cantidad de virus que se detecta en la sangre de una persona que vive con el virus.
- **CD4.** Proteína específica que se encuentra en la membrana de algunas células como los Linfocitos "T" cooperadores, mediante la cual se puede adaptar la partícula GP24 del VIH para infectarla.
- **CONDÓN.** Cubierta de látex sumamente delgada pero resistente que se coloca en el pene durante las relaciones sexuales, impidiendo el intercambio de fluidos, sirve para prevenir Enfermedades de Transmisión Sexual y embarazos no deseados.
- **CONTACTO SEXUAL.** Relación sexual o coito.
- **CONTAGIO.** Transmisión de una enfermedad específica de una persona a otra, puede ser directa o indirecta.
- **CORE.** Complejo formado por un par de moléculas de ARN y otro de Transcriptasa Inversa, envueltos por una cápsula de proteínas de bajo peso molecular llamadas P24. Equivale al núcleo en una célula.
- **DNA (ADN).** Ácido Desoxirribonucleico, sustancia que forma parte del material genético de las células vivas encargadas de elaborar su mensaje genético.
- **ELISA.** Nombre en inglés (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) de un método de laboratorio para el estudio cualitativo y cuantitativo de anticuerpos específicos en el suero sanguíneo.

- **ELISA PARA VIH.** Método de laboratorio para el estudio cualitativo y cuantitativo de anticuerpos contra el VIH en el suero sanguíneo.
- **ENFERMEDAD.** Estado en que un individuo pierde su equilibrio Bio-Psico-Social con su medio ambiente; pérdida del estado de salud.
- **EPIDEMIA.** Enfermedad que afecta a un número de personas mayor de lo habitual en una región y tiempo determinado.
- **ETS.** (Enfermedades de Transmisión Sexual). Término en desuso. Ver ITS.
- **FISURA.** Solución de continuidad lineal de la piel, usualmente costrosa y dolorosa que se genera de preferencia en las uniones de la piel con las mucosas (donde la piel es más elástica: boca, ano, dedos, etc.)
- **GANGLIO LINFÁTICO.** Nódulo que forma parte del sistema linfático, se encuentra como rosario distribuido por todo el organismo
- **GOMA.** Lesión causada por la sífilis terciaria que se caracteriza por el crecimiento de tejido anormal de granulación que afecta principalmente la piel o hígado, huesos, testículos o riñones.
- **GP24.** Glicoproteína de alto peso molecular (formada por una cadena protéica asociada a un carbohidrato). Partícula que se encuentra en la parte externa del VIH mediante la cual el virus identifica la proteína CD4 para su acoplamiento e infección celular.
- **HETEROSEXUAL.** Individuo que tiene preferencia sexual por personas del sexo opuesto al suyo.
- **HOMOSEXUAL.** Individuo que tiene preferencia sexual por personas de su mismo sexo.
- **HUÉSPED.** Cualquier individuo o célula capaz de alojar a un agente causal y sufrir una enfermedad.
- **H.S.H.** Hombre que tiene sexo con otro (s) hombre (s), sin importar su preferencia u orientación sexual.
- **INDETECTABILIDAD A VIH** (Carga viral Indetectable). Estado de una persona con VIH en el cual tiene una Carga Viral tan baja que no se detecta con una prueba de “Carga Viral”
- **INFECCIÓN.** Enfermedad causada por la invasión al organismo de un agente vivo ya sea bacteria, virus, hongo o parásito.
- **INFECCIÓN OPORTUNISTA.** Enfermedad infecciosa que se presenta en un estado de inmunosupresión, por falta de defensas.
- **INMUNE.** Individuo protegido contra una enfermedad infecciosa por poseer anticuerpos específicos contra ella.
- **INMUNIDAD.** Resistencia de un organismo respecto a una enfermedad infecciosa generalmente por tener anticuerpos específicos contra el agente causal.

ANEXO 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS FRECUENTES RELACIONADOS CON EL VIH

- **INMUNODEFICIENCIA.** Estado en que el sistema inmunológico de un individuo es incapaz de funcionar normalmente ante la presencia de un agente causal, por razones heredadas o adquiridas.
- **INMUNODEPRESIÓN.** Cuando se reduce la capacidad del cuerpo de producir una respuesta inmunitaria para combatir las infecciones o la enfermedad. Puede ser el resultado de ciertas enfermedades como el VIH y el sida o de la radioterapia o quimioterapia.
- **INÓCULO.** Agente causal vivo (germen o virus) que se introduce al organismo. Cantidad de agente patógeno que entra en el organismo.
- **I.T.S.** (Infecciones de Transmisión Sexual) Son un grupo de enfermedades que tienen como característica principal que se transmiten por relaciones sexuales en las que existe intercambio de fluidos corporales. Antes conocidas como ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) o como Enfermedades Venéreas.
- **LACTANCIA.** Período de la alimentación del recién nacido con la leche materna (generalmente) o con leche de origen animal o artificial.
- **LINFADENOPATÍA.** Inflamación de ganglios linfáticos.
- **LINFÁTICO.** Relativo a, o que contiene linfa.
- **LINFOCITO.** Célula sanguínea que tiene un papel fundamental en la respuesta inmunológica del organismo.
- **LINFOMA.** Tumor o cáncer del sistema linfático, generalmente afecta los ganglios.
- **MACRÓFAGO.** Célula del tejido conjuntivo, que pertenece al sistema reticuloendotelial y que puede hallarse fija en determinados órganos o circular por la sangre; su función característica es la fagocitosis.
- **MUCOSA.** Tejido de revestimiento que cubre cavidades y conductos del organismo generalmente lubricado por secreciones propias.
- **NÓDULO.** Crecimiento tisular sólido mayor de 0,5 centímetros que suele asentarse profundamente, en la parte inferior de la dermis y grasa subcutánea.
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud. Organización dependiente de la O.N.U. para atender asuntos de salud a nivel mundial.
- **ONUSIDA.** Oficina de la OMS encargada de atender asuntos sobre sida a nivel mundial.
- **PATOGENICIDAD.** Capacidad de un agente patógeno de producir una enfermedad.
- **PCR.** Reacción de Polimerasa en Cadena, prueba de laboratorio usada para la detección de anticuerpos específicos; en la detección de VIH se usa como prueba confirmatoria.
- **PERÍODO DE INCUBACIÓN.** Tiempo que tarda en desarrollarse una enfermedad causada por un agente biológico.

- **PERÍODO DE VENTANA.** Lapso o tiempo que transcurre entre el momento de la infección y el momento en que se pueden detectar con un examen de laboratorio los anticuerpos formados por la presencia de algún agente causal.
- **PLACAS.** Conjunto de lesiones. Elevación leve y plana de la superficie.
- **PRECAUCIONES ESTÁNDAR.** Son las medidas destinadas a proteger a los pacientes y al personal de salud ante la exposición a productos biológicos contaminados en la práctica clínica.
- **PREVALENCIA.** Proporción de individuos de un grupo o población que presenta una característica o evento específico en un momento (o período) y lugar determinado.
- **PRIMOINFECCIÓN.** Primera ocasión en que un organismo es infectado por un agente patógeno determinado.
- **P24.** Proteína de bajo peso molecular que forma la envoltura (nucleocápside) del CORE, en el que se encuentran el material genético del virus y la Transcriptasa Reversa.
- **RECEPTOR.** Persona, tejido o célula capaz de recibir o alojar un agente causal de enfermedad.
- **REINFECCIÓN.** Condición en la que una persona con VIH adquiere una nueva cepa del virus en una práctica de riesgo.
- **REPLICACIÓN VIRAL.** Proceso por el que se forman nuevos virus en una célula infectada.
- **RETROVIRUS.** Familia de virus a la cual pertenece el VIH cuya característica es contener en su material genético moléculas de RNA en lugar de DNA.
- **RNA (ARN).** Ácido Ribonucleico; sustancia que forma parte del material genético de la célula viva y que sirve como mensajero de la información dictada por el DNA.
- **SARCOMA DE KAPOSÍ.** Tumor o cáncer (maligno, de vasos sanguíneos que afecta principalmente piel y mucosas).
- **SEMEN.** Líquido blanquecino y espeso que contiene a los espermatozoides y que es expulsado por el pene en el momento de la eyaculación.
- **SEXO ANAL INSERTIVO.** Parte activa de la relación sexual anal, es quien penetra.
- **SEXO ANAL RECEPTIVO.** Parte pasiva de la relación sexual anal, es quien es penetrado o penetrada.
- **SIDA.** Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
- **SIGNO.** Manifestación objetiva de un estado orgánico normal o de enfermedad que se puede observar en un examen médico (temperatura, pulso, presión arterial, etc.).
- **SÍNDROME.** Conjunto de manifestaciones (signos y síntomas) que se presentan de manera simultánea y que se asocian a una enfermedad.
- **SÍNTOMA.** Manifestación subjetiva de un estado orgánico normal o de enfermedad que refiere la persona, pero que no se puede observar en un examen médico (dolor, mareos, ansiedad, etc.)

ANEXO 2. GLOSARIO DE TÉRMINOS FRECUENTES RELACIONADOS CON EL VIH

- **SISTEMA INMUNOLÓGICO.** Sistema del organismo encargado de conocer sustancias y/o células extrañas y formar defensas específicas contra ellas.
- **TRANSCRIPTASA INVERSA.** (Transcriptasa Reversa o Retrotranscriptasa). Proteína específica presente en el Core del VIH. Se activa cuando se rompe la envoltura de P24 en el citoplasma de la célula huésped para convertir el RNA viral en DNA.
- **TRANSMISIÓN.** Mecanismo por el cual un agente infeccioso pasa de un individuo a otro.
- **TRATAMIENTO ARV.** Tratamiento Anti Retro Viral. Tratamiento específico para infecciones por retrovirus.
- **ÚLCERA (LLAGA).** Lesión con pérdida de continuidad del epitelio en la piel o mucosas a consecuencia de un proceso patológico; más profunda que la erosión y llega hasta la dermis. Sus bordes pueden ser irregulares, sacabocados, deprimidos o revertidos. Su fondo puede ser vidrioso, granular, purulento, hemorrágico; su contorno puede ser circular, serpiginoso, ovoide o irregular.
- **URETRA.** Conducto natural que comunica la vejiga con el medio externo y por donde se expulsa la orina, y en el hombre también el semen y el líquido preeyaculatorio.
- **VACUNA.** Sustancia que tiene la propiedad de inmunizar al organismo frente a una enfermedad infecciosa específica.
- **VESÍCULA.** Elevación epidérmica circunscrita que se presenta sola o agrupada y contiene suero, plasma o sangre. Su superficie puede ser plana, globoide o umbilicada.
- **VIH.** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- **VIRUS.** Agente infeccioso más pequeño que una bacteria, no puede “vivir” fuera de una célula viva y su única función es la replicación viral (reproducción viral).
- **WESTERN BLOT.** Nombre de una prueba de laboratorio usada para detectar la presencia del VIH a través de anticuerpos específicos contra algunas partículas del virus.

ANEXO 3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

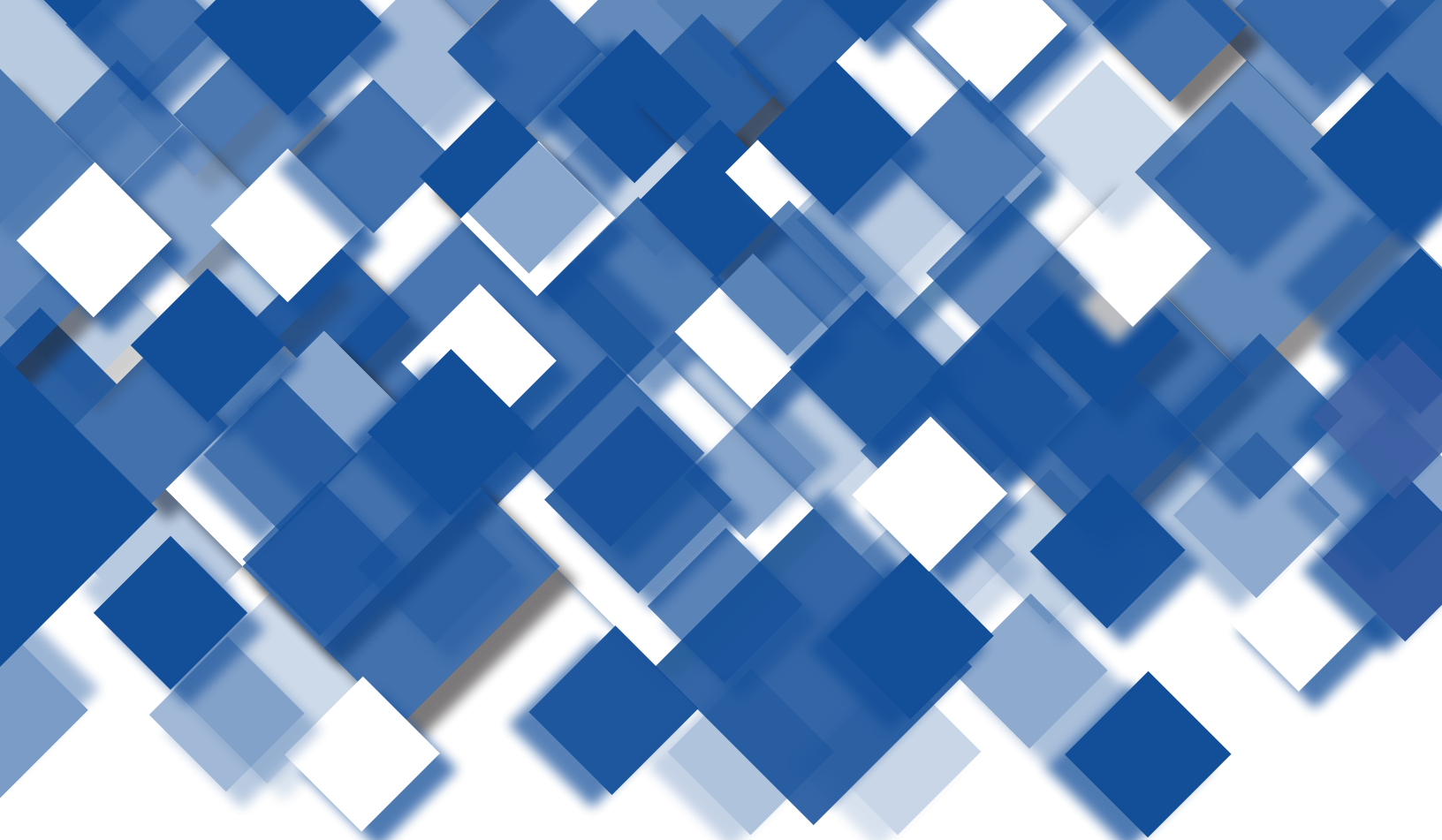
- 1 *El sida en cifras, 2015*. ONUSIDA. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf [Consultado el 30 de noviembre de 2016]
- 2 *Boletín Día Mundial del sida, 2016*. Censida. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Bolet_n_D_a_Mundial2016.pdf [Consultado el 9 de diciembre de 2016]
- 3 *A timeline of HIV/AIDS*. Aids.gov. (2016) Disponible en: <https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/aids-timeline/> [Consultado el 9 de diciembre de 2016]
- 4 *HIV/AIDS Historical Time Line 1981-1990*. U.S. Department of Health and Human Services. (2014) Disponible en: <http://www.fda.gov/ForPatients/Illness/HIVAIDS/History/ucm151074.htm> [Consultado el 9 de diciembre de 2016]
- 5 *HIV/AIDS*. National Institute of Health NIH. MedlinePlus. A service of the U.S. National Library of Medicine. (2015) Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000594.htm> [Consultado el 12 de diciembre de 2014]
- 6 *HIV Infection and Cancer Risk*. National Cancer Institute. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/hiv-infection> [Consultado el 11 de marzo de 2014]
- 7 *How AIDS Invented Global Health*. New England Journal Medicine. (2013) Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1305297#t=article> [Consultado el 31 de marzo de 2014]
- 8 Secretaría de Salud, CENSIDA, *El VIH Y EL SIDA en México, 2012*.
- 9 Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH Y EL SIDA, 2012.
- 10 Secretaría de Salud, *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Exposición Laboral al VIH en Trabajadores de la Salud, México, 2012*.
- 11 *Las ETS y el VIH, hoja informativa de los CDC*. Centro para el control y la prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/spanish/vih/stdfact-hiv-and-stds-s.htm> [Consultado el 31 de octubre de 2016]
- 12 Instituto Mexicano del Seguro Social, *Guía de Práctica Clínica GPC, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en el Binomio Madre-Hijo con Infección por VIH, México, 2012*.
- 13 Bell y Treviño, *Modeling VIH risk*, JAIDS, Vol. 22, Núm. 3, noviembre 1999.
- 14 Censida, *Guía de Orientación para Orientadores VIH Y EL SIDA, México, 1994*.
- 15 *Complicaciones neurológicas del SIDA*. Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes cerebrovasculares del Gobierno de Estado Unidos. Disponible en: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/complicaciones_neurológicas_del_sida.htm [Consultado el 10 de marzo de 2014]
- 16 Center of Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, Estados Unidos de América, 1993.
- 17 *Diez datos sobre el VIH Y EL SIDA*. OMS. Disponible en: <http://www.who.int/features/facts/files/hiv/facts/es/index1.html> [Consultado el 21 de octubre de 2016]
- 18 *Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5166864&fecha=10/11/20 [Consultado el 15 de octubre de 2010]

- 19 VIH Y EL SIDA.** Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud NIH. MedlinePlus. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm> [Consultado el 3 de julio de 2014]
- 20 Rajabiun S., Fox J.E., McCluskey A., Guevara E., Verdecias N., Jeanty, et al.** *Patient Perspectives on Improving Oral Health-Care Practices Among People Living with HIV/AIDS.* Public Health Reports, 2012 May-June, 127(Suppl 2), pp. 73-81.
- 21 Normas técnicas, administrativas y protocolos de atención en salud bucal, I nivel de atención.** Ministerio de Salud, Caja del Seguro Social. Universidad de Panamá. Asociación Odontológica Panameña. (2004) Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/normas_tecnicas_y_protocolos_manual.pdf [Consultado el 31 de marzo de 2014]
- 22 Asistencia a la salud bucal a pacientes con enfermedades sistémicas.** Orosman Moraglio. (2006) Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/INTERIOR%20Salud%20Bucal%20pacientes%20con%20enfer%20sistemicas.pdf> [Consultado el 31 de marzo de 2014]
- 23 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.** Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012 [Consultado el 15 de octubre de 2012]
- 24 Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.** Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. [Consultado el 11 de noviembre de 2016]
- 25 Guía de atención de personas con VIH Y EL SIDA en la práctica de la Odontología en la Caja Costarricense de Seguro Social.** Dirección Técnica de Servicios de Salud. Sección de Odontología. Apartado No.10105-1000 Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_COR_AtencVIHPractOdontSegSoc.pdf [Consultado el 2 de julio de 2014]
- 26 VIH.** Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/en/> [Consultado el 10 de octubre de 2016]
- 27 Manejo del paciente infeccioso en la consulta dental (Parte I). Manejo odontológico del paciente infectado por el VIH y el sida.** Gaceta Dental. Revista online. (31 marzo 2009) Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2009/03/manejo-del-paciente-infeccioso-en-la-consulta-dental-parte-i-manejo-odontolgico-del-paciente-infectado-por-el-vihsida-31249> [Consultado 2 de julio de 2014]
- 28 Castellanos Sinco H.B., Gutiérrez Romero M., Collazo Jaloma J., Trombocitopenia asociada al virus de Inmunodeficiencia humana,** en Revista de Hemostasia y Trombosis, Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología, México, 2008, 2(1), pp. 76-82.
- 29 Treating patients with HIV.** Indian dental Association. (2012) Disponible en: <https://www.idafoundation.org/hiv-aids/> [Consultado el 2 de julio de 2014]
- 30 Management in Australasia.** A guide for clinical care. Australian Society for HIV Medicine Inc. (2003) Disponible en: <http://www.ashm.org.au/> [Consultado el 30 de junio de 2014]
- 31 Lemos S.S., Oliveira F.A., Vencio E.F., Periodontal disease and oral hygiene benefits in HIV seropositive and AIDS patients,** Med Oral, Patol Oral Cir. Bucal, E.U.A., marzo 2010, pp. 417-21.

ANEXO 3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 32 *Risk factors of HIV-related oral lesions in adults*. Rev. Saúde Pública. (2013) Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100008&lng=en [Consultada el 31 marzo de 2014]
- 33 *Guía para el Manejo Antirretroviral de las personas con VIH*. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH Y EL SIDA. CENETEC. (2012) Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/245-09_Antirretrovirales_adultos/IMSS-245-09_ANTIRETROVIRALES_EN_ADULTOS.pdf [Consultado el 2 de julio de 2014]
- 34 *Panel on Opportunistic Infections in HIV-Exposed and HIV-Infected Children. Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections among HIV-exposed and HIV-infected children*. Washington (DC). Department of Health and Human Services. (2013) Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/5/pediatric-oi-prevention-and-treatment-guidelines/0#> [Consultado el 2 de julio de 2014]
- 35 *Tratamiento de leucoplasia vellosa con resina de podófilo al 25 %*. Revisión y presentación de un caso clínico. V Reunión Internacional de la Sociedad Iberoamericana de Medicina y Patología Bucal. Buenos Aires, Argentina. (2003) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol42_3_05/est09305.pdf [Consultado el 2 de julio de 2014]
- 36 *Recomendaciones para la atención odontológica de personas que viven con VIH*. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2007) Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/85381414c5b811a9e04001011e015920.pdf> [Consultado el 3 de julio de 2014]
- 37 *Candidiasis de la mucosa bucal*. Revista Cubana Estomatol. Revisión bibliográfica. (2002) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000200007&lng=es [Consultado el 1 de julio de 2014]
- 38 *Talidomida*. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud NIH. VIH Y EL SIDA. MedlinePlus. (2014) Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a699032-es.html> [Consultado el 3 de julio de 2014]
- 39 González de Arriba A., Pérez-Gala S., Goiriz-Valdés R., Ríos-Buceta L., García-Díez A., *Sarcoma de Kaposi clásico tratado con alitretinoína tópica anterior*, Madrid, 2007, p.50.
- 40 *Linfoma No Hodgkin*. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud NIH. MedlinePlus, Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000580.htm> [Consultado el 2 de julio de 2014]
- 41 *El sexo oral y el riesgo de contraer el VIH*. Centros para la prevención y control de Enfermedades. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/oralsex.html> [Consultada el 7 de diciembre 2016]
- 42 Cruz-Palacios C., Ramos Alamillo U., González Rodríguez A., *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS dirigida a personal de servicios de salud*, Fundación Mexicana para la Salud A.C., México, D.F., 2011, pp.33-34.

- 43** Gbonjubola Uti O., Agbelusi G.A., Olukayode Jeboda S., Eyitope Ogunbodede. *Infection control knowledge and practices related to HIV among Nigerian dentists*. J. Infect. Dev. Ctries., 2009, pp. 604-610.
- 44** Massachusetts Department of Public Health, Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical Error Reduction, JSI Research and training institute, INC., *Prevention and Control of Healthcare-associated infections in Massachusetts. Part 1: final recommendations of expert panel*, Boston, 2008, p.50.
- 45** Comunidad de Madrid, Promoción de la calidad, Guía de buenas prácticas, *Prevención y control de enfermedades transmisibles. Recomendaciones en odontoestomatología*, Madrid, 2008.
- 46** Secretaría de Salud. *Manual para la prevención y control de infecciones y riesgos profesionales en la práctica estomatológica en la República Mexicana*, 2006.
- 47** *Estrategias para el control de infecciones en odontología*. Acta Odontológica Venezolana, 2006. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/1/estrategias_control_infecciones_odontologia.asplInternet [Consultado el 1 de enero de 2014]
- 48** *Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo*. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html> [Consultado el 1 de enero de 2014]
- 49** *20 Claves para conocer y comprender mejor los derechos humanos. OACNUDH*. Disponible en: http://www.hchr.org.mx/index.php?Itemid=278&catid=17&id=168&option=com_content&view=article [Consultado el 31 de marzo de 2014]
- 50** *Manual para la Atención Jurídica de los Casos de Violación a los Derechos Humanos de las Personas que Viven con VIH*. Consultoría Médico Legal S.A. de C.V. (2005) Disponible en: <https://issuu.com/letra-s/docs/manualviolacionderechoshumanos> [Consultado el 31 de marzo de 2014]
- 51** *Documento de consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños*. Instituciones españolas. (2015) Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE_23Marzo2015.pdf [Consultado el 31 de marzo de 2014]
- 52** Chicago US Public Health Service *Guidelines, Infection control ad hospital epidemiology*, september, 2013.
- 53** *Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV— United States*, 2016, [cdc-hiv-npep-guidelines](http://www.cdc.gov/hiv/npep-guidelines), 2016.
- 54** *Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH*. Secretaría de Salud. Censida. (2017). Disponible en: <http://www.gob.mx/censida> [Consultado el 18 de agosto de 2017]



 www.gob.mx/censida

 @censida  /censida