

00417

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
Santafe de Bogotá D.C.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

S. I. D. A

Presentado a:

Dr Jorge Hernando Arango Mejía

Presentado por:

MARTA C. OSORIO	852080
ANA MARIA WOODCOCK	861050
SONIA ASTRID MURIEL	862031
CLAUDIA ZAMBRANO	871250
EDGARD COCOMA F.	872056
FANNY SALAZAR T.	872279
OLGA CAMACHO S.	872294
DIANA ARIZA A.	881041
GISELL ROCHA S.	881055
ADRIANA VALLEJO	881225

Noviembre 24 de 1994

21-6-01-LW

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas han ayudado en la realización de este trabajo, pero nosotros le debemos especial agradecimiento al Dr. Harold Estrada, Odontólogo de Universidad Nacional, Magister en Educación de la Pontificia Universidad Javeriana, representante de la Facultad de Odontología en el Programa Interdisciplinario de atención a pacientes seropositivos para el VIH en el Hospital San Juan de Dios.

Y a todos aquellos que de una forma u otra han hecho posible llegar hasta este punto del camino; padres y profesores que creyeron en nuestra capacidad y apoyaron esta vocación.

TABLA DE CONTENIDO

	<i>PAGINA</i>
<i>INTRODUCCION</i>	<i>1</i>
<i>CAPITULO 1</i>	
<i>DEFINICION DEL SIDA</i>	
<i>ANTECEDENTES HISTORICOS</i>	<i>3</i>
<i>CAPITULO 2</i>	
<i>BIOLOGIA MOLECULAR</i>	<i>6</i>
	<i>6</i>
<i>2.1 ANATOMIA DEL VIRUS</i>	<i>6</i>
<i>2.2 SECUENCIAS DE LA INFECCION</i>	<i>10</i>
<i>2.3 PROCESO DE LA INFECCION</i>	<i>11</i>
<i>CAPITULO 3</i>	
<i>HISTORIA NATURAL DE ENFERMEDAD</i>	<i>14</i>
<i>3.1 PERIODO PREPATOGENICO</i>	<i>14</i>
<i>3.2 PERIODO PATOGENICO</i>	<i>18</i>

3.3	PROTECCION ESPECIFICA	21
3.4	DIAGNOSTICO Y MANEJO ADECUADO	22
3.5	LIMITACION DEL DAÑO - REHABILITACION	24
3.6	DEFINICIONES	24
CAPITULO 4		28
ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS		
MECANISMOS DE TRANSMISION		28
4.1	TRANSMISION SEXUAL DEL HIV	30
4.2	TRANSMISION IANTROGENICA DE HIV	37
4.3.	TRANSMISION MADRE-HIJO	40
4.4	TRANSMISION PARENTERAL POR OBJETOS CONTAMINADOS CON EL HIV	42
4.5	INFECCION OCUPACIONAL	43
4.6	RIESGO DE INFECCION ASOCIADO CON OTROS FACTORES	46
CAPITULO 5		
LESIONES ORALES MAS FRECUENTES ASOCIADAS AL VIH		49
5.1	LESIONES ORALES MAS FRECUENTES ASOCIADAS AL VIH	49
5.1.1	SARCOMA DE KAPOSI	49
5.1.2	CANDIDIASIS	52
5.1.3	CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA O MUGUET	53
5.1.4	LEUCOPLASIA VELLOSA	55

5.1.5	LINFOMA NO HODGKIN	59
5.1.6	ERITEMA GINGIVAL MARGINAL O PERIODONTITIS ULCERO NECROSANTE	60
5.2.1	BACTERIANAS	62
5.2.2	VIRALES	69
5.2.3	TUMORALES	76
5.2.4	TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	77
5.3	LESIONES DE CAUSA DESCONOCIDA	78
CAPITULO 6		80
BARRERAS DE BIOSEGURIDAD		80
6.1.	BARRERAS DE BIOSEGURIDAD	80
6.2	LAVADO DE MANOS	83
6.3	CUIDADO DE LAS MANOS	83
6.4	CUIDADO DEL USO DE AGUJAS E INSTRUMENTOS CORTOPUNZANTES	83
6.5	PAUTAS QUE DEBEN SEGUIRSE EN CASO DE PINCHAZO O HERIDA ACCIDENTAL DURANTE UN PROCEDIMIENTO EN SALUD ORAL	85
6.6.	RIESGO DE CONTAGIO DE TRABAJADORES DE SALUD ORAL A PACIENTE	86
6.7	CONTROL DE POSIBLE CONTAGIO DE TRABAJADOR DE SALUD ORAL A PACIENTE	88

<i>ANEXO 1.</i>	<i>96</i>
<i>DECRETO REGLAMENTARIO SOBRE EL SIDA</i>	<i>96</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>130</i>

INTRODUCCION

Este trabajo ha sido realizado con el fin de conocer en forma adecuada todo lo referente a la enfermedad; no solo para prevenir su diseminación, sino para evitar la discriminación innecesaria de las personas afectadas por el virus, por parte de los profesionales de la salud.

Ya que el SIDA es una de las enfermedades infecciosas más virulentas y mortales jamás encontradas, es deber nuestro, tener un conocimiento absoluto sobre las manifestaciones orales, implicaciones de los pacientes portadores del Síndrome durante el tratamiento odontológico.

Por consiguiente, debemos asumir esta responsabilidad como tal, no justificando la ignorancia o desconocimiento del tema como excusa para evitar el tratamiento de un paciente infectado, siendo obligación moral y ética de cada profesional, brindarle a estos pacientes una calidad de vida mejor, sin agravar su estado de salud, teniendo a nuestra disposición los medios necesarios para evitarlo.

Hemos enfocado este trabajo, para que nuestros compañeros encuentren en el un manual práctico para la atención y protección de los pacientes portadores del virus y del equipo y personal odontológico que presta servicios a dichos pacientes.

Así como las enfermedades más frecuentes, sus manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento.

El desarrollo de este trabajo lo iniciamos consultando con los profesionales de Salud Oral encargados específicamente de la atención de pacientes HIV positivos, en el Hospital Simón Bolívar donde adquirimos muy poca información.

Posteriormente visitamos el Hospital San Juan de Dios, en donde tuvimos la oportunidad de adquirir la asesoría de uno de los profesionales más conocedores de la materia; el Dr Harold Estrada, que gracias a su colaboración, logramos llevar a cabo el objetivo principal; que es adquirir la suficiente información para el manejo de esta enfermedad, para que durante el ejercicio de nuestra profesión, podamos adoptar todas las medidas preventivas que se requieran y así brindar a nuestra sociedad un servicio óptimo; con calidad humana, asumiendo también las implicaciones legales que enmarcan dicha enfermedad.

CAPITULO 1
DEFINICION DEL SIDA
ANTECEDENTES HISTORICOS

El primer reporte de lo que se conoce por SIDA (Inmuno deficiencia adquirida) apareció en 1981.

En este año se publican informes acerca de este Síndrome, que afecta hombres, mujeres, jóvenes, homosexuales, con aparición de infecciones oportunistas severas como la neumonía por P. Carinii (NPC).

En 1981, se diagnosticaron varios casos de sarcoma de Kaposi (SK) y NPC entre haitianos residentes en los Estados Unidos. Posteriormente se supo de otros casos en Haití, ninguno de estos pacientes eran drogadictos ni homosexuales.

En 1981, el CDC de Atlanta (CENTRO PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES).

En 1983, en el Instituto Pasteur un grupo de investigadores descubrió en un ganglio linfático de un paciente con Sida, un retrovirus no transformante el cual enfermaba los linfocitos CD₄.

En 1984, se logra cultivar el nuevo virus y se le denomina HTLV-III, virus linfotrópico humano tipo III, a partir de este momento se procesan muestras de pacientes con Sida y se informa del descubrimiento del agente etiológico.

En 1985, se clasifica el nuevo virus como el Primer Lentivirus Humano, posteriormente se encuentra el STIV-III, virus linfotrópico simiano, en macacus cautivos que presentaba inmunodeficiencia. Actualmente se conoce como virus de la inmunodeficiencia simiana, SIV.

En 1986, se encuentra otro serotipo del virus en el oeste de Africa, el cual se denominó HIV2 y el primero pasó a llamarse HIV-1.

Desde entonces, se ha venido incrementando la incidencia del Sida, en forma rápida, principalmente por las grandes ciudades de los cinco continentes; comprometiendo tanto, a homosexuales promiscuos; sin distinciones de raza, sexo, edad, ni clase socioeconómica, cobrando innumerables víctimas por la carencia de un tratamiento curativo y preventivo (vacunación) en la actualidad.

Hoy día, los científicos han identificado al VIH, han estudiado la transmisión y el desarrollo de pruebas de diagnóstico, tratamientos y

estrategias preventivas.

Los estudios clínicos están evaluando la eficacia de la inmunoterapia y del tratamiento farmacológico y hasta ahora un agente probado recientemente por la administración de drogas y alimentos la Zidovudina, antes llamada Acidotimidina o AZT, se está utilizando para prolongar la vida en pacientes con Sida.

SIDA DEFINICION

SIDA: es una enfermedad, mortal, de transmisión sexual, caracterizada por presentar severa deficiencia en el sistema inmunocelular del paciente que lo padece, predisponiéndolo a diversas infecciones oportunistas parasitarias, virales, micóticas, oncológicas o bacterianas.



INICIO DEL VIRUS DEL SIDA



CAPITULO 2

BIOLOGIA MOLECULAR

Hasta hoy la infección por SIDA continua siendo un evento patológicamente mortal, cuyo ataque principalmente dirigido al sistema inmunológico, particularmente:

- Linfocitos T.*
- Macrófagos.*

Imposibilita la respuesta natural a las infecciones (especialmente a los microorganismos llamados oportunistas) y por lo tanto, no se ha logrado utilizar una estrategia cierta de curación o vacuna.

Los virus de la Inmunodeficiencia Humana HIV1 - HIV2 tienen una estructura similar aunque cada uno tiene genes que lo identifican y diferencian.

2.1 ANATOMIA DEL VIRUS.

Los viriones maduros son esféricos de 100 nanómetros de diámetro con un núcleo cápside (core), de simetría icosaédrica, aunque variable y una envoltura de carácter glicoproteico que presenta en su superficie 70-80 proyecciones externas.

El ácido nucleico es de tipo RNA con dos moléculas lineares y 9200 nucleótidos para el tipo 1 y 9600 para el tipo 2 asociado al ácido nucleico tiene la enzima transcriptasa reversa, característica de la familia Retroviridae. Cada uno de estos genes codifica las proteínas de los diferentes componentes del virus, dividiéndose en genes para las proteínas estructurales, *gag*, *pol*, *env*, los cuales son comunes a los retrovirus y en genes reguladores que sólo los tiene HIV, se conocen como *gen*, *vif*, *vpr*, *tat* (*tax*), *rev*, *nef* y regulan expresión genética viral.

Los genes, tanto estructurales como replicativos son transcritos a un RNAm el cual es trasladado a poliproteínas precursoras que son fraccionadas por proteasas en productos genéticos maduros.

El producto inicial de la traslación del RNA mensajero viral, es la proteína precursora del *gag*, P55, la cual se fracciona en tres productos P17, P15 --P24, los cuales conforman proteínas de la nucleocápsida. El P17, forma una cubierta alrededor del Core y el P24, alrededor del ácido nucleico y es el mayor polipeptido estructural de nucleocápside.

La transcriptasa reversamente proteasada y la P31 endonucleasa. La transcriptasa es dependiente de una polimerasa de D.N.A. y es responsable de la replicación viral. La endonucleasa es importante en la integración proviral.

La glicoproteína 160 (gp 160), es el producto inicial del gen env, la cual es procesada para formar las dos glicoproteínas de la envoltura gp 120 y gp 41.

La glicoproteína 120 está presente en la superficie de la partícula viral y contiene algunos dominios, críticos para la infectividad viral, como la región que se une al receptor CD4 de la célula hospedera, ayudada por la pequeña proteína de transmembrana gp41. Las proteínas de la envoltura, especialmente esta última, son diferentes entre HIV1 Y HIV2.

Las proteínas no estructurales se encargan de regular la replicación del virus; dos genes mayores afectan los eventos que aumentan la replicación viral:

- tat

- Rev.

mientras el gen nef, la inhibe. El gen VIF, tiene relación con la maduración de las proteínas virales cuando los virus salen de las células. Otros genes son específicos para los dos serotipos virales, el vpu, para el HIV-1 y el vpx, para el 2, pero aún no son muy claras sus funciones.

El gen regulador tat responde por la replicación en masa del virus y la proteína que se produce tiene como función multiplicar por mil el nivel de expresión genética del virus; ese efecto se extiende a

todas las proteínas virales, tanto estructurales como reguladoras. Por ello cuando se activa el tat, se produce un gran volumen de viriones.

En gen regulador, rev, permite al virus integrado al genoma de la célula Hospedera, producir selectivamente proteínas reguladoras o componentes del virión, controlando así, el paso de infección latente a productiva.

El gen nef, factor regulador negativo, es responsable de la capacidad del HIV de realizar su desarrollo y permanecer en la fase latente, ya que su función es reprimir la transcripción.

El gen vif, factor de infectividad del virón, codifica una pequeña proteína que está en el citoplasma de las células infectadas y en partículas virales libres; interviene después que se ha desencadenado la producción de las partículas virales y capacita al virus que ha salido de la célula para infectar otras células.

Las variaciones genotípicas del HIV son frecuentes, rápidas, extensas y es causal que numerosas variantes virales coexistan al mismo tiempo y en el mismo paciente.

Así los aislamientos HIV consisten de mezclas completas de virus, genotípicamente diferentes. Este hecho es importante en la

producción de vacunas.

2.2 SECUENCIAS DE LA INFECCION

Los linfocitos extraños infectados se introducen al organismo por cualquiera de las vías como son:

- sangre
- semen
- secreciones vaginales
- líquido cefaloraquídeo.
- plasma.
- Otras: saliva, orina, lágrimas, leche.

y de inmediato se activan produciendo una gran cantidad de partículas víricas.

Una vez liberado VIH, el material protéico que lo constituye es el atacado por las defensas inmunitarias. Los anticuerpos reconocen y se adhieren al VIH (acción que requiere un perfecto funcionamiento de las defensas orgánicas) produciéndose abundantes anticuerpos y diferentes inmunoglobulinas, IgU, IgT, IgE, estos anticuerpos van dirigidos contra el núcleo del virus. Más tarde inician su ataque los encargados de la envoltura vírica, que está conformada por glucoproteínas (proteínas, azúcares), estas crean un complejo molecular que al observarse por el microscopio electrónico, tiene el aspecto de unos puntos erisados (dándole al virus una aspecto de eriso o castaña). Estos puntos o espículas permiten que el virus se adhiera a las células objetivo y produzca la infección.

2.3 PROCESO DE LA INFECCION

El Huesped infectado produce velozmente anticuerpos que actuan a nivel de la glucoproteina gp 120, que es identificada como la molécula extraña o antigénica y que se encuentra en la envoltura viral. Esta unión viral con la molécula T4 de la célula objetivo.

Los anticuerpos están especializados así:

2.3.1 NEUTRALIZANTES: Pues inhiben al potencial infeccioso del VIH in vitro, el virus es incapaz de penetrar las células objetivo.

Otros grupos de anticuerpos se orientan contra otros sectores de la envoltura diferentes a los sitios de unión y no bloquean la producción de la infección.

2.3.2 IN VIVO, las células infectadas (vírgenes) se encarga de transmitir una cantidad de partículas viricas, sin que haya liberación hacia el espacio intercelular de partículas virales. Esta transmisión se da membrana o membrana y no por las partículas circulantes del VIH en sangre.

De otro lado entre células circulantes se encuentran los linfocitos con su característica capacidad exploradora, plasmada en el microscopio electrónico con una imagen semejante a la de cremallera (capacidad fusionadora) entre las membranas de la célula exploradora y la célula explorada.

La célula t4 da el receptor perfecto para el virus, esta célula actua como receptor específico.

Al presentarse el virus del HIV en la célula t4 se presenta un bloqueo leucocitario y específicamente por linfocitos y micrófagos.

2.3.3 LINFOCITOS B: Hacen la producción y secreción masiva de anticuerpos.

2.3.4 LINFOCITOS T: No tienen la capacidad de secretar anticuerpos, pero uno de sus subcomponentes, los linfocitos T4, si reportan una altísima actividad en este tipo de infecciones.

2.3.5 LINFOCITOS T4 O AYUDADORES: Se encargan de activar la producción de anticuerpos por los linfocitos B e inducen la capacidad captadora y directora propia de los macrófagos dirigida contra los microorganismos extraños. En esta respuesta inmunológica actuan también el linfocito T8.

2.3.6 LOS MACRÓFAGOS : se encargan de producir Monocitos y Granulocitos. La característica básica es su enorme capacidad fagocitaria del macrófago.

Esta ineficacia de las defensas inmunocompetentes propicia la indetenible diseminación del VIH: Los linfocitos T4 pierden progresivamente su capacidad de liberar interleucinas y demás

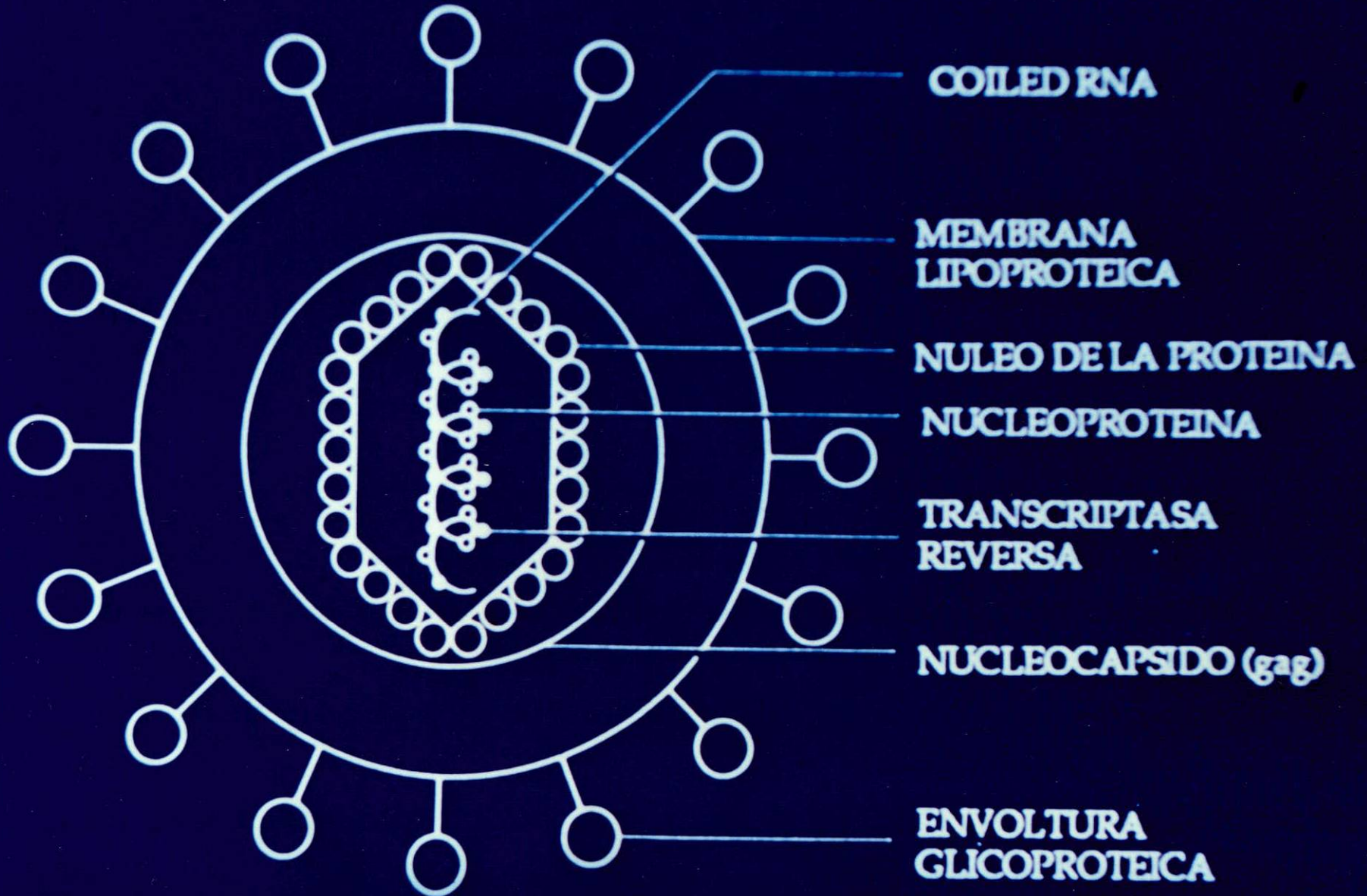
componentes involucrados en una función efectiva del sistema inmune, los linfocitos B, después de una producción masiva de toda clase de anticuerpos, van perdiendo la capacidad de respuesta inmediata que la infección evoluciona y los macrófagos infectados se convierten en reservorios virales que habiendo perdido toda su capacidad funcional, se encargan de diseminar el VIH en todos los tejidos orgánicos.

En este momento se manifiesta toda la capacidad demoledora de los linfocitos "citóxicos" pues, actuando hasta este momento como efectivos protectores antiviricos y en medio de una intensa actividad eliminadora de focos infecciosos, comienza atacar contundentemente todo el grupo de células afectoras de la respuesta inmunológica y los destruyen por completo a gran velocidad:

- Linfocitos T4
- Linfocitos B
- Macrófagos infectados.

Esta respuesta inflamatoria es semejante a la que se produce en el tejido nervioso - cerebro - médula donde el mismo desorden produce el sistema nervioso con los pacientes con SIDA.

Estructura del HIV



CAPITULO 3

HISTORIA NATURAL DE ENFERMEDAD

3.1 PERIODO PREPATOGENICO

3.1.1 Agente.

El virus de inmunodeficiencia humana. Se ha encontrado en la sangre, el semen, la secreción vaginal, el moco, la saliva, las lágrimas, las materias fecales y en todos los líquidos, secreciones y excreciones corporales de las personas infectadas.

Pertenece a la familia Retroviridas, es de forma esférica, infecta al ser humano, posee un tropismo específico por el subconjunto de los linfocitos T4 (ayudadores) de las células T-humanas tipo III. También polifera en los linfocitos T8 (supresores), en las células del Sistema Nervioso Central. Destruye las células que ataca rompiendo la membrana celular al abandonarlas por gemación.

Ensambla ADN a partir del ARN, por acción de una proteína de alto peso molecular llamado transcriptasa reversa, codifica y emite mensajes que producen sustancias citotóxicas destructoras o

malignizantes de las células, y ordena la replicación de nuevos virus que permanecen por algún tiempo como provirus (estado latente) dentro de las células linfoides sin presentar manifestaciones clínicas; se activa por la acción de diferentes factores asociados, siendo de mayor importancia los químicos.

El VIH es lábil y termosensible, se inactiva a 56°C durante 30 minutos y por la acción directa del hipoclorito de sodio al 1%, del etanol al 70%, del éter, de la acetona, de la betapropiolactona y del glutaraldehído de formol al 5%. Es resistente a la radiación ionizante y a la luz ultravioleta.

Período de incubación: después del contacto con el virus, la seroconversión (anticuerpos) se presenta entre la segunda y sexta semana y excepcionalmente hasta 6 meses después.

El período de incubación para la enfermedad, en lo que se ha observado a la fecha, va de 1 a 9 años, con un tiempo promedio de 5 años; se requiere de más estudios para determinarlo con mayor exactitud.

Puerta de entrada: piel y mucosas con pérdida de solución de continuidad (especialmente genital y oral), heridas por procedimientos médico - quirúrgicos con elementos contaminados.

Puerta de salida: secreciones, excreciones corporales y órganos

donados, provenientes de personas infectadas (principalmente sangre, semen y leche materna, o por circulación transplacentaria (madre infectada - feto).

Modo de transmisión: las vías y modos de transmisión más importantes son:

- *La sexual: cuando uno de los dos miembros de la pareja que realiza el acto sexual está infectado, siendo la promiscuidad y el coito anal los principales factores de riesgo, especialmente cuando hay pérdida de solución de continuidad en piel o mucosas.*

- *La parental y percutánea: debido a transfusiones de sangre o hemoderivados infectados, el uso de agujas contaminadas especialmente entre drogadictos que utilizan la vía endovenosa, a lesiones con instrumentos u objetos contaminados, o al contacto de mucosas con sangre o secreciones de pacientes infectados.*

- *La congénita y perinatal: a través de la circulación transplacentaria y probablemente por medio de la leche materna de madres infectadas a fetos o recién nacidos.*

- *Otros: la transmisión también puede establecerse por intermedio de los bancos de semen, de leche materna y de diferentes órganos para transplantes, así como por prácticas culturales o rituales como: acupuntura, esfacelaciones, escarificaciones, perforaciones de orejas, etc., con instrumentos contaminados.*

No existe evidencia de transmisión a través del contacto casual en

sitios escolares, laborales, sociales o en el hogar, (como apretón de manos o besos en las mejillas), ni por utilización de objetos inamados (como ropas, muebles, sanitarios, utensilios de cocina, etc), tampoco a través del aire, ni por la picadura de insectos.

3.1.2 HUESPED

El retrovirus ataca a la especie humana, quien no presenta resistencia específica según edad, sexo, raza, ni estrato socioeconómico. Afecta a ambos sexos especialmente en edad sexualmente activa (alrededor del 90% de los casos se registran entre los 20 y 49 años de edad).

Grupos de riesgo: Aunque la susceptibilidad al virus es universal, sin embargo existen grupos de alto riesgo por cada vía de transmisión; aproximadamente el 95% de los pacientes pertenecen a uno de los siguientes grupos:

Por transmisión sexual:

- Homosexuales y bisexuales promiscuos.
- Heterosexuales promiscuos (incluye prostitutas).
- Contactos sexuales con personas de los grupos anteriores, con infectados por el VIH, o enfermos con SIDA.

Por transmisión parenteral o percutáneas:

- Farmacodependientes que utilizan la vía parenteral.
- Receptores de órganos, sangre y hemoderivados (principalmente hemofílicos).

- *Personas que por razón de su oficio manipulan sangre, derivados por el VIH, o enfermos con SIDA.*

Por transmisión congénita o perinatal:

- *Hijos producto de embarazadas o madres infectadas.*

- *Hijos de personas pertenecientes a cualquiera de los grupos de alto riesgo.*

3.1.3 MEDIO AMBIENTE

Al igual que el resto de las enfermedades de transmisión sexual, su contexto es de conglomerados, dinámica de población, adicionados a factores estructurales, culturales y de relaciones sociales.

3.2 PERIODO PATOGENICO

Los pacientes con el VIH o que presentan el SIDA deberán ser agrupados conforme a la siguiente clasificación, previa prueba serológica (confirmatoria), positiva.

Grupo I - Fase o infección aguda: dos a tres meses después del contagio, suelen aparecer síntomas como fiebre, malestar general, adenopatías cervicales (síndrome mononucleósido) y algunas veces meningitis aséptica.

Grupo II - Fase o infección asintomática: después del ataque agudo, la persona infectada entra en un período completamente asintomático que puede durar de 1 a 9 años aproximadamente, considerándose

portador asintomático, infectante de por vida y ser serológicamente positivo.

GRUPO III - Complejo relacionado con el SIDA (CRS): en un período de tiempo que puede ir de 2 a 8 meses, el paciente empieza a presentar signos y síntomas inespecíficos, como malestar general, fatiga, fiebre intermitente o constante (de 38°C o más), pérdida de peso, sudoración nocturna, diarrea, apatía, disfagia, depresión, cefalea, mareos, fotofobia, cambios en la personalidad, etc.

En etapas más avanzadas de esta fase, se presenta la linfadenopatía persistente generalizada (LAPG), infecciones transitorias, dermatitis pruriginosa, tos persistente e inmunodeficiencias transitorias.

Grupo IV - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): en esta fase el paciente presenta severa inmunodepresión celular, inmunodeficiencia permanente, alteración en la relación de linfocitos T4/T8 y frecuentes infecciones oportunistas, causantes de sintomatología y de la muerte en los pacientes; comprendiendo los cinco subgrupos que a continuación se relacionan:

Subgrupo A: Enfermedad constitucional por el VIH: el paciente puede presentar una o varias de las siguientes manifestaciones en ausencia de otra condición distinta a la infección por el VIH:

- Fiebre persistente de más de un mes de evolución.
- Disminución de peso de más de 10%
- Diarrea crónica de más de un mes de evolución.

Subgrupo B: Enfermedad neurológica por el VIH: a este subgrupo pertenece todo paciente que, en ausencia de otra causa distinta a su infección por el VIH, presente un cuadro neurológico puro caracterizado por: demencia, mielopatía y neuropatía periférica.

Subgrupo C: Enfermedades infecciosas secundarias: todo paciente que presenta enfermedad infecciosa indicativa de alteraciones de la inmunidad celular. Este subgrupo se divide en dos categorías:

- C1: enfermedades sintomáticas o invasivas confirmadas adecuadamente por el laboratorio: neumonía por *Pneumocystis carinii*, Toxoplasmosis, Criptosporidiosis crónica, Strongiloidosis extraintestinal, Isosporidiosis, Candidiasis esofágica, bronquial o pulmonar, Criptococosis, Histoplasmosis, infección por *Mycobacterium avium* o *kansaii*, Citomegalovirus, Infección por Herpes simplex diseminada o mucocutánea; Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- C2: enfermedades sintomáticas o invasivas debido a: leucoplasia peluda (lengua peluda), Herpes Zoster multidermatómico, Nocardiosis, Tuberculosis, Candidiasis oral, bacteremia recurrente por salmonella.

Subgrupo D. Cánceres secundarios: todo paciente que además de la

infección por el VIH presenta uno o varios de los siguientes cánceres confirmados adecuadamente: Sarcoma de Kaposi, Linfoma o Sarcoma inmunoblástico, Linfoma primario del cerebro.

Subgrupo E. Otras enfermedades: todo paciente que desarrolle otra enfermedad no contemplada en los grupos anteriores, en ausencia de otra causa distinta a su infección por el VIH que lo explique.

3.3 PROTECCION ESPECIFICA.

- Capacitar al personal médico y paramédico en el conocimiento de la enfermedad, en el manejo del enfermo y de su familia.
- Profilaxis química y mecánica de piezas y utensilios contaminados.
- Evitar la promiscuidad sexual.
- Promover la utilización de preservativos por el hombre.
- Evitar las relaciones sexuales con personas desconocidas.
- Educación sanitaria que muestre: los riesgos de contraer la enfermedad, sus manifestaciones clínicas, complicaciones y métodos de diagnóstico.
- Fomentar el aseo de personal con abundante agua y jabón, especialmente después del coito.
- Desestimular la drogadicción.
- Fomentar el uso de agujas y jeringas desechables evitando su reutilización.
- Exigir la esterilización adecuada de instrumental y equipo en peluquería y salones de belleza (tijeras, pinzas, cuchillas, etc.).

- Asegurar que la sangre y/o crioprecipitados que vayan a aplicar se hayan sido sometidos al control de calidad.
- Exigir a los bancos de sangre y bancos de órganos la estricta selección de donantes, evitando aquellos que presenten pruebas serológicas positivas o sospechosas para SIDA.
- Evitar el contacto directo con secreciones o excreciones del enfermo.
- Evitar el embarazo en personas infectadas por el VIH o enfermos con el SIDA.

3.4 DIAGNOSTICO Y MANEJO ADECUADO

El diagnóstico se establece por criterios clínico epidemiológicos y se confirma con resultados positivos de estudios para VIH realizados por el laboratorio.

La principal característica del SIDA a nivel del laboratorio es la reducción de la cantidad absoluta y relativa de linfocitos coadyuvantes T en circulación; inversión de la relación entre T4 y T8. (valor normal T4: T8=2: 1); hipergamoglobulinemia; energía cutáneas de hipersensibilidad retardada, como la candidina y tuberculina negativas), niveles elevados de inmunocomplejos circulantes; resultados serológicos anti-VIH, examen directo (microscopio), cultivos, histopatología y citopatología positivas.

Exámenes de laboratorio:

- Pruebas cutáneas de hipersensibilidad retardada.

- Hemolecograma completo y sedimentación.
- Niveles de inmunoglobulinas sérica (IgG, IgM, IgA).
- Cuantificación de linfocitos T4 y T8 sólo en casos necesarios.
- Pruebas serológicas para detectar la presencia de anticuerpos circulantes anti-VIH: ELISA, inmunofluorescencia (IF), Wester Blott (W.B) y Radioinmunoanálisis (RIA).
- Pruebas para infecciones oportunistas: exámenes directos y/o histopatología según el microorganismo que se sospeche, cultivos y serología (si existe).
- Pruebas para neoplasia: citología e histopatología.
- Pruebas confirmatorias que descartan falsos positivos captados por pruebas presuntivas: ELISA recombinante, Neutralización, Inmunofluorescencia y Wester Blott.

Una prueba presuntiva positiva no es evidencia de infección por VIH. Actualmente no existe tratamiento específico. Los científicos trabajan sobre la elaboración de una vacuna y en varios esquemas terapéuticos basados en restauradores o estimulantes del sistema inmunitario.

El tratamiento médico es agresivo sobre las enfermedades oportunistas que atacan al paciente y excluye a los inmunosupresores.

El manejo de casos e infectados en los niveles secundario y

terciario de prevención se ajustan a las normas nacionales y universales.

3.5 LIMITACION DEL DAÑO - REHABILITACION

En la prevención terciaria se tratará de minimizar los efectos adversos de la enfermedad haciendo: un adecuado manejo terminal de los pacientes, apoyo psicoterapéutico, educación e investigación.

La rehabilitación en estos casos para el enfermo es nula, es una enfermedad incurable. La rehabilitación solo se traduce en ayuda social y psicológica al paciente y a su familia.

En todos los niveles de prevención es necesario:

- Apoyo administrativo
- Participación de la comunidad
- Coordinación intra e intersectorial.
- Vigilancia epidemiológica.

Pronóstico es reservado y sombrío. El 38% de los pacientes mueren al hacerles el diagnóstico, el 85% al año y el 100% a los dos años de diagnosticados.

De cada diez personas infectadas, dos desarrollan la enfermedad y ocho permanecen infectadas e infectantes de por vida.

3.6 DEFINICIONES

Caso sospechoso: paciente que cumple parcialmente la definición de caso de SIDA.

Infectado: toda persona que tenga prueba confirmatoria positiva o aislamiento viral.

Infectado autóctono: todo paciente en quien se diagnostique infección por el VIH que no haya salido de su región en los últimos seis meses.

Infectado importado: paciente en quien se diagnostique infección por VIH que durante los últimos seis meses haya salido de su región exponiéndose a factores de riesgo.

Portador asintomático: paciente aeropositivo, detectado por pruebas específicas confiables o por aislamiento del virus, que no presente sintomatología.

Caso autóctono: paciente diagnosticado que haya permanecido por lo menos durante los últimos cinco años en la localidad, (departamento, intendencia o comisaría), independientemente de que su contacto sexual sea o no residente de la zona.

Caso importado:

Nacional: paciente diagnóstico, que haya salido de su región en

los últimos cinco años, a otras regiones del país, exponiéndose a factores de riesgo.

Internacional: paciente diagnostico que en los últimos cinco años haya salido del país exponiéndose en su salida a factores de riesgo.



HISTORIA NATURAL DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

PERIODO PRE-PATOGENICO		PERIODO PATOGENICO		
<p>AGENTE † Virus de la inmunodeficiencia Humana. (VIR). † Retrovirus † se ha encontrado en sangre, semen, secreción vaginal, moco, saliva, lágrimas, materia fecal, secreciones y excreciones corporales † Muy lábil y termosensible. † Resistente a la radiación ionizante y a la luz ultravioleta † Período de incubación de 1 a 9 años, promedio 5 años † Puerta de entrada piel y mucosas † Puerta de salida: líquidos, secreciones y excreciones corporales y órganos provenientes de personas infectadas. Circulación transplacentaria, madre infectada-feto. † Modo de transmisión: - sexual - Parenteral y percutánea. - Congénita y prenatal - Otros.</p> <p>HUESPED † La especie humana. † Sin resistencia específica según sexo, edad, raza, etc. † Afecta a ambos sexos, especialmente en edad sexualmente activa. † El 50% de casos entre los 20 y 49 años Grupos de riesgo: Por transmisión sexual: homosexuales, heterosexuales bisexuales, promiscuos Por transmisión parenteral: farmacodependientes, receptores de órganos, sangre y hemoderivados y personal que por su oficio manipulen sangre o hemoderivados. Por transmisión congénita o perinatal: hijos producto de madres infectadas. Hijos de personas de los grupos de alto riesgo.</p> <p>MEDIO AMBIENTE: † Conglomerados † Dinámica de población † Asociados a factores culturales, estructurales y sociales.</p>		<p style="text-align: right;">Muerte</p> <p>Complicaciones Se presentan de acuerdo a la enfermedad oportunista instalada</p> <p>Fase o Grupo IV CRS SIDA Severa inmunodepresión celular, inmunodeficiencia permanente, alteración de la relación de los linfocitos T4/T8, frecuentes infecciones oportunistas †Subgrupo A: enfermedad constitucional. †Subgrupo B: enfermedad neurológica †Subgrupo C: enfermedades infecciosas secundarias †Subgrupo D: Cánceres secundarios †Subgrupo F: Otras enfermedades.</p> <p>Fase o grupo III CRS † Etapa inicial malestar general, fatiga, cefalea, fiebre, pérdida de peso, sudación nocturna, diarrea, apatía, disfagia, mareos, fotofobia, cambios de personalidad. †Etapa avanzada: Lag.P. infección pasajera, dermatitis pruriginosa, tos persistente e inmunodeficiencias transitorias</p> <p>Fase o grupo I Infección Aguda fiebre, malestar general, adenopatías cervicales (Síndrome inmunocleosida) a veces meningitis aseptica</p> <p>Horizonte clínico</p>		
Inter acción de factores	<p>El VIH invade el organismo, se introduce y prolifera en los linfocitos T4 (ayudadores), T8 (supresores) células de la línea B y del STIC: Las destruye al abandonarlas por gemación y reinician el proceso. † Período prodinámico: 2 a 8 meses.</p>	8 a 12 semanas después del ataque inicial.	Fase o grupo II. Infección asintomática †Paciente sin síntomas latencia: 5 años aproximadamente	Período que va de 2 a 8 meses

TABLA Nº1

CAPITULO 4
ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS
MECANISMOS DE TRANSMISION

Los únicos reservorios naturales del HIV son los tejido de los individuos infectados; no se ha establecido su existencia en especies animales, aire, agua, suelo o alimentos. El HIV se ha identificado en casi todos los líquidos orgánicos de los individuos seropositivos, como partícula libre o en el interior de células infectadas; sin embargo, su concentración varia para cada tejido, para cada individuo infectado y para diferentes momentos de la infección.

Los tejidos contaminados que presentan una mayor concentración de formas virales infectantes parecen ser, en su orden: la sangre, el semen, las secreciones vaginales y las secreciones inflamatorias. En estos tejidos el virus se encuentra especialmente en el interior de los linfocitos infectados y de los macrófagos. Por su alto contenido de glóbulos blancos, la sangre se considera el tejido de mayor potencial contaminante. En condiciones normales el semen puede

incluir hasta tres millones de células blancas por centímetro cúbico y, en un infectado por el HIV, hasta un millón de ellas puede incluir el virus. En el líquido cefalorraquídeo el HIV se encuentra especialmente en forma de partículas libres. También ha podido demostrarse la infección de astrocitos, oligodendrocitos, promielocitos, linfocitos B, células de Langerhans, endotelio capilar y células enterocromafines de colon y recto. Algunas de estas células, como los macrófagos, pueden sobrevivir dentro del organismo por días o meses como reservorio del virus; otras como los linfocitos, son más lábiles a la citotoxicidad viral.

Las células infectadas son mucho más abundantes en los tejidos y secreciones de individuos infectados que presentan concomitantemente procesos inflamatorios, como ocurre en el Herpes genital, el chancro blando y la sífilis. Se considera que las enfermedades de transmisión sexual de carácter inflamatorio o ulcerativo facilitan la transmisión del HIV haciendo más infectante al portador y más susceptible al infectado que la padezca, pues producen lesiones abiertas acúmulos de macrófagos y linfocitos que facilitan la entrada y la salida del virus.

Al igual que todos los virus, el HIV carece de medios propios de locomoción. Para que haya transmisión es indispensable que el virus viable, procedente de un individuo infectado, atraviese las barreras naturales de un sano y penetre en sus tejidos. El mecanismo de transmisión debe ser lo suficientemente efectivo como para poner en

contacto al HIV con tejidos subcutáneos del nuevo hospedero. Esto ocurre cuando secreciones contaminadas con suficiente cantidad de formas virales infectantes entran en contacto con tejidos submucosos o subdérmicos a través de soluciones de continuidad de las barreras naturales. Cada vez que se concede más importancia a la integridad de la piel y las mucosas como defensas contra la infección por el HIV.

La importancia de los diferentes mecanismos de transmisión y de los factores que influyen sobre la diseminación de la epidemia, varía en cada región, dependiendo del estilo de vida de su población.

4.1 TRANSMISION SEXUAL DEL HIV

El contagio a través del contacto sexual íntimo constituye actualmente el principal mecanismo de diseminación de la epidemia en todo el mundo. El riesgo de adquirir la infección por contacto sexual íntimo con un infectado, se estima entre el 0.1 y el 1.0% de los contactos y explica la mayoría de los casos nuevos de contagio en la población general. Sin embargo, no todo contacto sexual es igualmente efectivo para transmitir el HIV, pues el riesgo particular depende de dos factores independientes: la probabilidad del individuo sano de exponerse a una pareja infectada y la probabilidad del infectado de transmitir la infección.

Algunos homosexuales y esposas de hemofílicos que han mantenido contacto sexual íntimo de alto riesgo con infectados por el HIV, no

manifiestan signos de haber adquirido el virus varios años después del último contacto íntimo; la inefectividad de los seropositivos es pues variable, pudiendo ser mayor durante las primeras semanas de la infección y tardíamente, cuando empieza a manifestarse el deterioro inmunológico. Otras sugieren que la eficiencia del contacto sexual, como medio de transmisión, pudiera relacionarse con el tipo de contacto, con su frecuencia y con los niveles de antigenemia viral del infectado en el momento del contacto.

El coito anal, especialmente de quien actúa como receptor pasivo, se considera la conducta sexual mayor riesgo para adquirir el HIV. Su eficiencia como mecanismo de contagio se ha explicado en relación con la producción de microlesiones de la mucosa rectal durante la penetración, la susceptibilidad de las células del recto para dejarse infectar y su exposición directa a altas concentraciones de linfocitos y macrófagos infectados presentes en el semen.

La penetración vaginal ha mostrado ser efectiva para transmitir el HIV de hombre a mujer y menor grado de mujer a hombre. Sin embargo, la mucosa de la vagina y la piel del glande son más resistentes que la mucosa rectal a las microlesiones ocasionadas por la penetración y el riesgo relativo de infección a través del coito vaginal es menor que el coito anal, lo que puede explicar la mayor rapidez de expansión de la epidemia entre los varones homosexuales.

Se han descrito algunos casos aislados de infecciones que pudieran corresponder a la exposición oral a semen o secreciones genitales de personas infectadas; estas observaciones hacen pensar que el sexo orogenital podría constituir un mecanismo de transmisión de HIV, aunque poco eficiente y de bajo riesgo. Mientras esta asociación se aclara, se considera conveniente instruir a la población sobre el riesgo de contacto oral directo con las secreciones de los infectados.

Aunque se considera teóricamente plausible, no ha podido demostrarse adecuadamente el contagio a través del beso, o la saliva y los estudios apuntan más bien hacia su bajo riesgo. Los abrazos, masajes, caricias o manipulaciones de los genitales, realizados sobre piel sana, no se han documentado como causa de infección y es muy poco probable que la transmitan.

A través de los contactos descritos, la infección puede transmitirse de hombre a hombre, de hombre a mujer y de mujer a hombre. Consistentemente se ha observado que el riesgo de adquirir el virus crece notablemente a medida que aumenta el número de contactos inseguros con parejas sexuales diferentes. En la diseminación de la epidemia el elemento más importante es el infectado asintomático, pues su estado y aspecto saludable le permiten mantener actividad sexual y presentarse como donante de sangre y tejidos.

4.1.1. Contacto homosexual. Durante los primeros años de la epidemia, la mayoría de los casos del SIDA diagnosticados en Estados Unidos y Europa, correspondía a varones jóvenes con historia de contactos homosexuales; por esta razón se consideró la homosexualidad como un factor de riesgo para SIDA. Estudios posteriores de seguimiento sobre poblaciones homosexuales, permitieron aclarar algunos aspectos de esta relación:

No todos los homosexuales tienen el mismo riesgo de infectarse con el HIV. Estudios de regresión logística han demostrado que, entre los varones homosexuales, el riesgo de infectarse aumenta con el mayor número de parejas sexuales diferentes en los meses previos al contagio y con la mayor frecuencia del coito anal pasivo, siendo los únicos factores de riesgo de seroconversión para este grupo poblacional. La gran mayoría de los varones homosexuales que seroconvierten refieren el antecedente de coito anal pasivo en los seis meses previos a la seroconversión, pudiendo haberse infectado a través de esta práctica, con una tasa semestral de seroconversión calculada en el 3.8% de los expuestos. El coito anal activo se considera de menor riesgo y la tasa semestral de seroconversión entre quienes practican únicamente este tipo de contacto, sin exposición a coito anal pasivo, se estima en el 0.9% de los expuestos. De todas formas, el coito anal no protegido se considera la práctica sexual de mayor riesgo para adquirir el HIV y, en los países que exhiben un patrón epidemiológico I, predominantemente homosexual, su control podría evitar un alto porcentaje de los casos

nuevos de infección en la población.

Entre los varones homosexuales el contacto orogenital no se ha podido documentar como causa de infección por el HIV. Sin embargo, los estudios no son concluyentes aún y se considera que el sexo oral no protegido, que expone al varón homosexual al semen y secreciones potencialmente contaminadas de su compañero, es una práctica insegura, especialmente para quien practica la fellatio activa; el riesgo de esta práctica puede ser mayor si hay eyaculación, dependiendo también de la concentración de partículas infectantes en las secreciones genitales de la pareja, de la presencia de lesiones en los genitales y en la cavidad oral.

Se ha observado que el uso correcto del condón durante los contactos íntimos disminuye notablemente la incidencia de infectados entre grupos de homosexuales que continúan sexualmente activos y los fracasos se han explicado por un uso inadecuado o intermitente del preservativo. Se sugiere que puede haber una mayor frecuencia de rupturas accidentales del condón durante la penetración anal y su seguridad frente a esta práctica está aún en discusión.

El contacto homosexual entre mujeres se considera de muy bajo riesgo. En algunos pocos casos documentados hasta la fecha, se ha sugerido que la exposición oral a fluidos vaginales de la pareja infectada podría haber sido una fuente de contagio; en los casos

descritos se sospecha la exposición a sangrado vaginal traumático.

4.1.2 Contacto heterosexual. La transmisión heterosexual del HIV ha sido ampliamente documentada, de hombre a mujer y de mujer a hombre por coito vaginal o coito anal.

Entre los individuos que mantienen una actividad heterosexual, la seroconversión se ha asociado con el número de parejas diferentes contactadas en el período. Mientras mayor sea el número de nuevas parejas, mayor es la probabilidad de infección; por esta razón los hombres y mujeres que ejercen la prostitución se consideran de mayor riesgo; en el mismo sentido la probabilidad de infección es mayor entre sus clientes, quienes también se consideran de mayor riesgo.

La diseminación heterosexual del HIV constituye un patrón de diseminación predominante en Africa y el Caribe (Patrón II), siendo similar la prevalencia de infección entre hombres y mujeres (razón hombre/mujer = 1). Sin embargo, los demás patrones epidemiológicos tienden a converger en el patrón heterosexual por varias vías; en esta diseminación juegan un papel importante los varones bisexuales, los trabajadores y trabajadoras de sexo, los clientes de la prostitución y los usuarios de psicoactivos parenterales.

Los hombres y mujeres que ejercen la prostitución presentan también un riesgo diferente de infectarse. Su riesgo se asocia con el uso

concomitante de drogas intravenosas, con la presencia de úlceras genitales y con el uso de anticonceptivos orales; se desconoce si este último factor pudiera actuar aumentando la susceptibilidad o como un marcador de otros factores de riesgo.

El riesgo de infectarse en un contacto heterosexual depende del estado serológico de la pareja, siendo mayor mientras más alta sea la prevalencia de individuos infectados en la población; el riesgo del contacto también puede ser mayor cuando la pareja es positiva para otras ETS, lo cual constituye un marcador de su actividad sexual insegura. Especial importancia juegan las úlceras genitales, cuya presencia aumenta la infectividad en los seropositivos y la susceptibilidad entre los no infectados. El coito vaginal y el coito anal han demostrado ser mecanismos efectivos de transmisión del HIV entre la población heterosexual y explican la mayoría de los casos nuevos en este grupo. Entre los contactos heterosexuales el sexo oral se considera como un mecanismo plausible de infección pero su asociación con el riesgo de seroconversión tampoco ha podido documentarse suficientemente, por lo que se considera un mecanismo de bajo riesgo.

El uso del condón reduce notablemente, pero no elimina, el riesgo de transmisión heterosexual, y se considera que los fracasos puedan deberse a una utilización inadecuada del mismo.

Entre hemofílicos infectados que llevan vida sexual activa sin

condón, el riesgo de seroconversión de la esposa se ha asociado con el deterioro inmune del caso índice, sugiriendo que el contagio ocurre en fases tardías de la infección, cuando los infectados pueden ser más contaminantes.

4.2 TRANSMISION IATROGENICA DE HIV

Se ha descrito infección iatrogénica de pacientes a través de la exposición a transfusiones, inseminaciones artificiales, hermodiálisis, transplantes, inyecciones intramusculares e intravenosas, acupuntura e instrumentación con equipos con equipos contaminados con sangre. Estas infecciones pueden evitarse mediante la esterilización apropiada de los instrumentos médico quirúrgicos, la elección adecuada de donantes de sangre, semen y tejidos y el tratamiento térmico de los factores VIII y IX.

4.2.1 Transfusión transfuncional. El HIV se encuentra en la sangre de los infectados en forma libre extracelular y en el interior de sus linfocitos y macrófagos. La transfusión de sangre o derivados sanguíneos provenientes de un infectado constituye para el receptor un medio supremamente eficiente de contagio. Se ha demostrado que los receptores de productos sanguíneos pueden adquirir el HIV al recibir sangre total, glóbulos rojos empacados, plaquetas, plasma o crioprecipitados, procedentes de donantes infectados; los liofilizados, incluyendo la vacuna para la Hepatitis B, se consideran seguros para el receptor y sólo en ocasiones

excepcionales se ha aislado el HIV de pacientes tratados con gammaglobulinas intravenosas.

Una sola transfusión contaminada puede ser suficientemente para infectar al receptor; sin embargo, el riesgo de los individuos aumenta con el número de transfusiones requeridas, con el tipo de producto sanguíneo recibido, con la prevalencia de infectados entre la población de donantes y con las deficiencias de la red de hemoterapia. La necesidad de transfusión convierte en grupos de riesgo a los hemofílicos, politraumatizados, las víctimas de la violencia, los candidatos a cirugía y alguna obstétricas. En regiones del Africa, donde se recurre con frecuencia a la transfusión para corregir anemias por malaria, hasta un 3.8% de los niños hospitalizados por esta causa son seropositivos.

Alrededor de un 89% de los receptores de productos sanguíneos contaminados con el HIV pueden desarrollar la infección. El riesgo del receptor depende también de la prevalencia de infección entre los donantes, la cual puede reducirse marcadamente con medidas que promuevan en la población general la donación altruista y la autoexclusión de personas de mayor riesgo. El tamizaje serológico de los productos sanguíneos reduce notablemente el riesgo de los receptores, pero no lo elimina totalmente, pues es incapaz de detectar donantes en períodos de ventana inmunológica.

En USA y Europa la epidemia se diseminó a los hemofílicos, posiblemente desde fines de los años 70, especialmente a través de productos concentrados del plasma, los cuales se elaboran a partir de cientos de donantes. La transfusión de factor VIII explica la mayoría de las infecciones nuevas entre hemofílicos; si bien se ha descrito que una sola dosis contaminada de Factor VIII puede infectar al receptor, el riesgo aumenta notablemente con el número de transfusiones. Esta asociación podría explicar también, parcialmente, porque razón el Factor IX es poco efectivo para transmitir el HIV, dado que los pacientes con Hemofilia B suelen controlarse con dosis menores de este producto. Se ha propuesto también que al elaborar los hemoderivados, el HIV tiende a concentrarse en crioprecipitado del cual se extrae el Factor VIII, más que en el sobredonante del cual se prepara el Factor IX.

En los países donde se realiza el tamizaje de los productos sanguíneos y donde se procesan del calor los hemoderivados, la epidemia entre los hemofílicos se ha reducido notablemente. Juntas y por separado, ambas medidas reducen marcadamente el riesgo de infección entre los receptores pero son incapaces de eliminarlo por completo.

4.2.2 Transmisión agente de salud-paciente. A pesar de que se ha realizado el seguimiento de pacientes expuestos a la atención médica y quirúrgica de profesionales de la salud infectados por el HIV,

hasta 1990 no se habían publicado ni comunicado casos de contagio de un trabajador de la salud infectado a su paciente a través de las actividades asistenciales; desde esta fecha se han descrito dos fuentes de infección correspondientes a un odontólogo y un cirujano seropositivos que transmitieron el HIV a algunos de sus pacientes. Se considera entonces que el riesgo de transmisión a través de este mecanismo existe, pero es bajo.

4.2.3 Otros mecanismos de transmisión iatrogénica del HIV. Se ha demostrado la infección iatrogénica de receptores a través del transplante de órganos y de inseminación artificial. Se recomienda entonces que los donantes vivos y los cadáveres cuyos órganos o tejidos son candidatizados a transplante, sean sometidos a tamizaje serológico, pues las pruebas comerciales de ELISA conservan su sensibilidad y especificidad frente a los sueros provenientes de cadáveres frescos; el análisis directo de muestras de secreciones, órganos o tejidos diferentes al suero, no es práctico y no se realiza de rutina.

Se ha documentado la infección en pacientes dializados.

4.3. TRANSMISION MADRE-HIJO

La transmisión de la madre a su hijo durante la gestación se ha documentado como un mecanismo eficiente de contagio. La infección intraparto se considera posible, pero ha sido difícil distinguirla

de la infección transplacentaria.

El HIV ha podido identificarse en las diferentes secreciones de la embarazada seropositiva, en el líquido amniótico y en tejidos embrionarios y fetales desde períodos tempranos del embarazo. El riesgo de infección en el producto de la gestación varía entre el 20 y el 70% para diferentes series, acetándose que oscila alrededor del 50%. Esta probabilidad es mayor cuando la gestante presenta un bajo recuento de linfocitos CD4, cuando es sintomática o cuando ha tenido previamente otro niño infectado. El riesgo de infección neonatal no varía con el hecho de que el parto ocurra o no por cesárea. En la práctica se considera que la mitad de los hijos de madres infectadas por el HIV nacerán también infectados; por esta razón las mujeres seropositivas para el HIV y las compañeras de cónyuges seropositivos, deben ser instruidas sobre su alto riesgo de procrear hijos infectados. En el mismo sentido, la prevención de la infección por el HIV debe formar parte de la asistencia que se brinda a parejas que llevan vida sexual activa con probabilidad de procreación.

El HIV ha sido también aislado de leche materna y hasta la fecha se han aumentado algunos casos de transmisión al lactante por esta vía, a partir de madres infectadas en el postparto. Sin embargo, la eficiencia de este mecanismo está aún en discusión, considerándose que para los países no industrializados la supresión de la lactancia

materna genera riesgos mayores sobre la salud de la población infantil.

El curso de la infección entre estos niños es más agresivo y severo que entre los adultos.

4.4 TRANSMISION PARENTERAL POR OBJETOS CONTAMINADOS CON EL HIV

A pesar de su labilidad a variaciones extremas del ambiente, el HIV puede persistir en agujas, jeringas, material quirúrgico, cuchillas, equipos de laboratorio y superficies que hayan sido contaminadas con líquidos o tejidos orgánicos infectados. El tiempo de supervivencia del virus en este medio, tanto en formas de partículas libres como en el interior de células infectadas, depende de múltiples factores como la concentración viral contaminante, el pH, la temperatura, la humedad y la presencia de sustancias que afecten la estructura viral.

Se ha demostrado que la exposición parenteral a material contaminado con el HIV es un mecanismo efectivo de infección. La transmisión parenteral es un mecanismo especialmente importante entre usuarios de drogas ilegales intravenosas, asociándose con la frecuencia de los pinchazos y el hábito de compartir jeringas o agujas previamente utilizadas por otros farmacodependientes. En este grupo poblacional el riesgo de infección por exposición parenteral a jeringas contaminadas se estima entre 0.15 y el 1.0% de los pinchazos.

Inicialmente la epidemia parece concentrarse alrededor de los casos infectados, pero una vez que la seroprevalencia asciende al 10-15% entre los usuarios de drogas parenterales, la epidemia se disemina velozmente. Los usuarios de drogas venosas constituyen también un grupo importante en la diseminación de la infección a la población heterosexual, pues pueden presentar dificultades para mantener una relación sexual estable, establecer contactos indiscriminadamente, o recurrir a la prostitución para conseguir la droga. Por otra parte el componente compulsivo de sus conductas de riesgo los hace más refractarios al cambio que otras personas con alto riesgo.

La infección a través de inyecciones subcutáneas o intramusculares presenta un menor riesgo (menos del 0.5%), que pudiera corresponder a la menor cantidad de virus inoculados o a la medición de esta vía frente al torrente sanguíneo. En algunas regiones de Africa y Europa Oriental se han descrito algunos casos de infección de niños y otras personas sin otro factor de riesgo, los cuales se atribuyen a inyecciones intramusculares; sin embargo, las observaciones al respecto no son concluyentes aún.

4.5 INFECCION OCUPACIONAL

Se ha documentado ampliamente la exposición de los trabajadores de la salud a los enfermos con SIDA y sus secreciones; sin embargo, solo exposiciones parenterales y mucocutáneas abiertas a material contaminado, se han asociado con infección. La exposición

profesional, por vía parental o mucosa, a la sangre de pacientes infectados por el virus del SIDA, se ha documentado específicamente como un mecanismo eficaz de contagio.

La frecuencia de exposición accidental de los agentes de salud al HIV, depende de su profesión básica, de su actitud hacia la bioseguridad y de las condiciones del oficio. En un hospital general de 1500 camas se presentaron 15 exposiciones accidentales a sangre por mes. El personal expuesto estuvo constituido en su orden: enfermeras 68.6%, trabajadores manuales 16.6%, cirujanos 9.8%, médicos 2.5% y técnicos de laboratorio 2.4%. El 37.6% de los accidentes obedeció al hecho de reincertar agujas en su jeringa y 34.8% a otro tipo de pinchazos; 20% se debió a cortaduras y 7.5% a exposiciones mucocutáneas. Las tasas de incidencia de exposiciones por mes de trabajo (sobre un total de 85932 personas mes) fue de 0.008 para enfermeras y las más bajas para los médicos (0.001). De los expuestos a sangre 9.7% estuvieron expuestos a sangre infectada por el HIV; ninguno seroconvirtió a los nueve meses. La tasa más alta de exposición fue entre cirujanos (0.001) y la más baja en médicos (0.00008).

Desde los comienzos de la epidemia y hasta 1990 solo se habían comprobado en el mundo 18 casos de transmisión ocupacional; los pinchazos se identificaron como el mecanismo más frecuente de contaminación (13/18); los demás casos de infección se atribuyeron a

la exposición mucocutánea contaminado con sangre (3/18) y a cortaduras (2/18). Otros doce casos de infección entre trabajadores de la salud, informados hasta la fecha, se consideran como "posiblemente ocupacionales" pues la información disponible sobre ellos es insuficiente para aseverar el mecanismo de adquisición. Entre los trabajadores de la salud, la exposición a sangre es el único mecanismo documentado de infección ocupacional por el HIV; no sea demostrado transmisión ocupacional por exposición a otro tipo de secreción o tejidos diferentes a la sangre. Tsoukas publicó en 1986 el seguimiento de una cohorte de trabajadores de la salud mordidos repetidamente por enfermos de SIDA demencial, observando que ninguno se hizo seropositivo. A pesar de la exposición a sangre y secreciones que ocurre durante las maniobras de reanimación de heridos, las evidencias en favor de este mecanismo de contagio son excepcionales y su riesgo, aunque plausible, se considera relativamente bajo para el personal que realizó la asistencia. La tasa de infección por HIV que sigue a la exposición percutánea con material contaminado con este virus, puede oscilar alrededor del 0.32% para los agentes de salud accidentados y del 0.31% para las exposiciones accidentales. Allí donde se han hecho estudios, la distribución proporcional de trabajadores de la salud entre el total de la población general, es muy similar a la distribución ocupacional que se encuentra entre los individuos infectados, sin que haya podido demostrarse que el riesgo entre quienes trabajan en la atención directa de enfermos de SIDA sea mayor que el de las

demás personas.

En términos generales, el riesgo de infección entre quienes atienden la salud de los infectados se estima en menos del 1% y se considera estadísticamente igual a de la población general. A pesar de lo anterior, la sangre y secreciones de cualquier paciente deben considerarse potencialmente infectantes mientras se demuestre lo contrario. El manejo inseguro de los pacientes y de sus tejidos implica riesgos profesionales, bajos pero existentes, de contaminación por el HIV; los trabajadores de salud pueden reducir estos riesgos aún más, aplicando las medidas de bioseguridad universalmente establecidas.

4.6 RIESGO DE INFECCION ASOCIADO CON OTROS FACTORES.

4.6.1 Contacto social. La literatura científica se ha ocupado ampliamente en la descripción del contacto íntimo no sexual con infectados o enfermos de SIDA, tanto en el hogar como en el lugar de trabajo o en la escuela; sin embargo, la documentación sobre la seroconversión de personas expuestas socialmente a los infectados es excepcional, por lo que su riesgo se considera muy bajo. La convivencia en condiciones de asinamiento con personas infectadas o enfermas, el uso común de baños y piscinas, ropa de cama, utensilios de cocina o comedor y la utilización de sus objetos personales, como cuchillas de afeitar y cepillos de dientes, no han producido casos

nuevos de infección por HIV entre sus contactos sociales. Se considera que el riesgo de adquirir el virus por contacto social en la escuela o durante el trabajo, es aún menor.

4.6.2 Transmisión por alimentos. Ante la ausencia de evidencia se considera que el HIV no se propaga por agua, alimentos o bebidas.

4.6.3 Transmisión por vectores. El HIV a podido aislarse de la saliva de insectos vectores. Sin embargo, no hay evidencias de que el virus se transmita por su picadura. En Africa, donde la malaria y otras enfermedades producidas por vectores tienen una amplia distribución, los casos de infección por el HIV siguen apareciendo en individuos expuestos a contaminación sexual o parenteral; en estas regiones los casos de infección infantil suelen asociarse con infección de la madre o exposición parenteral al virus, a pesar de su elevada exposición a los vectores. Especulaciones alrededor de las condiciones biológicas de los retrovirus y del comportamiento de la epidemia en Belleglade, sugieren la posibilidad de transmisión por vectores, cuyo riesgo parece, en todo caso, extremadamente bajo.

4.6.4 Transmisión por inmunizaciones. No se ha demostrado que HIV se transmita a través de productos biológicos o liofilizados. En términos generales se recomienda que los niños infectados por el HIV sean vacunados con los biológicos usuales, pues esta medida reduce sus riesgos sin producir complicaciones específicas diferentes a las

de la población general.

4.6.5 Transmisión entre reclusos. En algunas regiones los reclusos pueden presentar un mayor riesgo de infectarse por el HIV y otras ETC, en relación con su estilo de vida dentro y fuera de la prisión, su consumo de drogas ilegales y su exposición a contactos homosexuales.

4.6.6 Otros factores de riesgo. El uso de alcohol y otro psicoactivos ilegales de uso parenteral, también se asocian con un mayor riesgo de infección por favorecer y mantener la exposición a contactos sexuales inseguros.



El contacto social y cotidiano con una persona infectada no representa ningún riesgo para sus familiares o amigos

CAPITULO 5

LESIONES ORALES MAS FRECUENTES ASOCIADAS AL VIH

5.1 LESIONES ORALES MAS FRECUENTES ASOCIADAS AL VIH

Las lesiones orales debido a infecciones microbianas y tumorales pueden ser la primera manifestación de la enfermedad clínica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), causado por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o pueden presentarse progresivamente por deficiencias del sistema inmune, una consecuencia de la infección del VIH.

Las más comunes y significativas lesiones orales parecen ser:

5.1.1 SARCOMA DE KAPOSI

Es reportado como manifestación inicial del SIDA, en aproximadamente 30% de los casos ha sido reportado en todos los grupos de riesgo de SIDA, pero es más frecuente entre blancos y homosexuales.

5.1.1.1 CARACTERISTICAS CLINICAS

Proceso neoplásico multicéntrico que inicialmente empieza con una sencilla, o más frecuentemente, múltiples máculas, pápulas o nódulos

rosados, rojo o violetas en la piel e en superficies mucosas.

Las lesiones de piel están frecuentemente localizadas en el tronco, brazos y cuello. Las lesiones de piel frecuentemente se vuelven oscuras y largas. Generalmente están involucrados el tracto gastrointestinal y nódulos linfáticos, también pueden encontrarse lesiones en los pulmones, hígado, páncreas, glándulas adrenales, bazo y testículos.

5.1.1.2 MANIFESTACIONES ORALES.

Las lesiones orales pueden aparecer como máculas azuladas, negruzcas y rojizas las cuales son usualmente planas en los estados tempranos. En los estados más avanzados las lesiones se pueden poner más oscuras, elevadas, frecuentemente lobuladas y ulceradas. En las lesiones orales es más común la ulceración que en las lesiones de piel. La mucosa gingival está frecuentemente involucrada en el Sarcoma de Kaposi. En algunos pacientes las manifestaciones gingivales del S.K. pueden tener forma de epulis. Las lesiones gingivales pueden mostrar variaciones en la proliferación neoplástica relacionadas a los episodios cíclicos de inmunidad impareja. Las lesiones iniciales pueden ser diagnosticadas erróneamente como hemangiomas, dermatofibromas, nevus equimosis.

5.1.1.3 HISTOPATOLOGIA

Las características histológicas del sarcoma de Kaposi en el SIDA son indistinguibles de aquellas de sarcoma de Kaposi clásico.

Las características consisten en bandas intercaladas de células en forma de huso y/o canales vasculares atípicos. Otros componentes son extravasación de células rojas de posición de pigmento de hemosiderina, infiltrado inflamatorio mononuclear (principalmente linfocitos y plasmocitos y figuras mitóticas esparcidas entre las células en forma de huso (espinales). También ha sido reportada la presencia de glóbulos eosinofílicos intracelulares de naturaleza indeterminada.

Las lesiones tempranas están localizadas en la lámina propia y consisten en proliferaciones focales de los vasos de la pared delgada con morfología irregular. Estos vasos están frecuentemente rellenos con un grupo de células endoteliales.

Las tardías lesiones en estado tumoral consisten en nódulos bien definidos o lesiones con involucramiento difuso de la lámina propia. Una proliferación prominente de células espinosas puede verse en conjunción con vasos atípicos. Los cuerpos eosinofílicos son a veces difíciles de distinguir de los eritrocitos extravasados. Sin embargo, a la luz ultravioleta los cuerpos eosinofílicos demuestran fluorescencia.

5.1.1.4 TRATAMIENTO

Puede ser local o sistémico dependiendo de las lesiones, cantidad y localización.

Tratamiento local:

Radioterapia: en cavidad oral es efectivo, pero puede causar mucositis severa y debe usarse con precaución. 2500 -3000 Rads, no hay esquema establecido óptimo.

Cirugía:

Crioterapia: con nitrógeno líquido y electro coagulación.

Bleomicina intralesional.

Tratamiento sistémico: las lesiones de cavidad oral que no responden a tratamiento local debe hacerse quimioterapia sistémica con Adrimicina, etoposodio, beomicina, vinestina o vinblastina como drogas únicas o de diferentes combinaciones.

El tratamiento ideal, para pacientes con SIDA, generalizado puede ser la combinación de terapia antiviral, inmunoterapia y quimioterapia.

5.1.2 CANDIDIASIS

Es una enfermedad causada por infección con un hongo levaduriforme, el candida (Manilia) albicans se ha comprobado repetidamente que este microorganismo es un habitante relativamente común en cavidad bucal y aparato gastrointestinal de personas sanas. Así, la sola presencia del hongo no es suficiente para generar la enfermedad. Debe haber una penetración real en los tejidos, aunque tal invasión suele ser superficial y ocurre solo en circunstancias determinadas. Además de afectar la cavidad bucal, la infección por manilia ataca a

piel y vagina, así como aparato gastrointestinal, vías urinarias y pulmones. La Candidiasis bucal, o muguet, suele ser una enfermedad localizada, pero a veces se extiende a faringe o hasta pulmones y entonces suele ser mortal.

5.1.3 CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA O MUGUET:

Es la forma clínica más frecuente y bencina, ha sido previamente descrita como aguda, no obstante a la asociación con el SIDA este tipo de lesión puede persistir por meses.

5.1.3.1 CARACTERISTICAS CLINICAS

Se caracteriza por una lesión de tipo aftosa, formada por pseudomembranas blancas que se desprenden con facilidad, dejando una superficie eritemosa. Estas lesiones se acompañan de xerostomía, gusto metálico y halitosis, localizándose preferentemente a nivel del dorso lingual, región retrocomisural de la mucosa yugal y paladar.

La forma atrófica es frecuente pero menos diagnosticada, consiste en placas critematosas con igual distribución que la forma pseudomembranosa, pero sin el exudado característico blanquecino. La forma hipertrófica se presenta con engrosamientos blanco-amarillosos formando placas, que no desprenden fácilmente y que pueden semejarla leucoplasia vellosa oral, se localizan principalmente en la lengua y el paladar, pero en fases terminales de la enfermedad pueden cubrir

toda la mucosa bucal, puede haber intertrigo candidiástico y distrofia ungueal candidiástica que es frecuente y refractaria al tratamiento antimicótico, tanto tópico como sistémico.

5.1.3.2 EVOLUCION

La evolución de la Candidiasis bucal depende principalmente del estado general del enfermo. Las formas agudas tienen mejor pronóstico y una buena respuesta a la terapéutica, mientras que las formas crónicas que además, se acompañan de trastornos graves del estado general tienen por pronóstico y una escasa respuesta al tratamiento.

5.1.3.3 DIAGNOSTICO

El diagnóstico de candidiasis se hace fundamentalmente sobre bases clínicas, pero un directo de las lesiones (Koh o Gram) confirma el diagnóstico. En el caso de la forma hipertrófica donde pueden estar superpuestas la leucoprasia vellosa oral y la candidiasis, o ser solo una forma de cándida hipertrófica, la biopsia de la mucosa es necesaria para aclarar el diagnóstico.

5.1.3.4 TRATAMIENTO

La candidiasis oral puede responder al tratamiento tópico con Nistatina o Clotrimazol, pero la mayoría de las veces requiere tratamiento sistemático con Imidazoles tipo itraconazol, Vraconazol o fluconazol, de acuerdo con la severidad; ocasionalmente es

necesario recurrir al tratamiento con Anfotericina B.

Cuando se suspende el tratamiento hay tendencia a la reciva y por esto la mayoría de las veces se requiere terapia de mantenimiento indefinidamente. Aunque la cándida por si sola no lleva la muerte del paciente, interfiere con las funciones de nutrición y contribuye aún más al debilitamiento corporal.

En primer lugar deben eliminarse las causas de tipo local o general que hayan determinado la patogenidad de los agentes micóticos. En las formas locales, en general, basta la aplicación tópica de nistatinas de nitrato de niconazol junto con enjuagues bucales con peróxido de hidrógeno. En los casos más graves, la administración por vía oral de Cetoconazol en una sola dosis diaria (200 mg) durante varias semanas suele ser el tratamiento de elección.

5.1.3.5 HISTOPATOLOGIAS

La Candidiasis oral revela cándida hyphae en las partes superficiales del epitelio, tal como se ve por la coloración Pas. Mientras que la infección con cándida está asociada con una fuerte infiltración de neutrófilos en el epitelio, linfocitos en el tejido conjuntivo de pacientes no comprometidos con problemas inmunes, estas respuestas inflamatorias son reducidas o están ausentes en pacientes infectados con HIV.

5.1.4 LEUCOPLASIA VELLOSA

Es una zona o placa blanca que no puede ser catalogada clínica

histológicamente como una entidad patológica definida (orts, igt8).

5.1.4.1 CARACTERISTICAS CLINICAS

Se trata de una lesión premaligna, que aparece habitualmente en personas de edad avanzada, afectando con mayor frecuencia a los varones mayores de 40 años, clínicamente se caracteriza por una mancha o placa adherente, sobreelevada, de color blancogrisáceo o blanquecino, que puede adoptar un tamaño y forma variables. La lesión presenta una superficie rugosa y dura, de bordes bien delimitados y una consistencia firme o de placa. En ocasiones es posible observar la existencia de erosiones o viceraciones a nivel de la lesión leucopidsica, que por lo general, empeoran su pronóstico. Puede aparecer en cualquier región de la mucosa bucal, siendo la mucosa yugal retrocomisural, la lengua, el paladar duro, el suelo de la boca y las encías son localizaciones de predilección, habitualmente, estas lesiones son asintomáticas, aunque pueden presentarse dolor y aumento de la sensibilidad en aquellos casos en que existen erosiones o viceraciones en su superficie con relativa frecuencia este tipo de lesiones pueden infectarse, siendo la *Cándida albicans* el germen implicado en la mayoría de los casos.

Es vista en hombres homosexuales y no ha sido aún reportado en otros grupos de riesgo del SIDA. Los pacientes con Leucoplasia velluda tienen un perfil clínico y de laboratorio similar a aquellos de otros grupos de SIDA. Noventa y ocho por ciento de los pacientes con esta lesión fueron seropositivos al HIV. La Leucoplasia velluda

puede ser de varios tamaños y apariencia, puede ser unilateral o bilateral.

5.1.4.2 DIAGNOSTICO

El examen histológico de la lesión mediante una pequeña muestra biopsica proporcionará el diagnóstico definitivo en todos los casos. Se confirma por el estudio histopatológico donde se observa, paraqueratosis, acantosis y células vacuoladas con Halo Claro perinuclear en estrato espinoso, que generan hallazgos en verrugas vulgares y condilomatosis, lo que ha hecho suponer que el papilomavirus tenga participación como agente etiológico.

Sin embargo, la mayoría de las evidencias, incluyendo la microscópica electrónica, inmunofluorescencia directa y anticuerpos monoclonales, demuestran la presencia del virus EPSTEIN-BARRY apuntan a que este virus de la familia Heperviridae es el agente causal de la leucoplasia vellosa oral.

Aparte se debe hacer diagnóstico diferencial con liques plano, lengua geográfica, candidiasis, etc..

5.1.4.3 TRATAMIENTO

No está indicado ya que no es una actividad maligna, generalmente es asintomática y se ha informado regresión espontánea.

En caso de que haya sensación de dolor o quemadura, se ha recomendado el uso de Acyclovir, solo o asociado con AZT-

(zidovudina). El virus Epstein-Barr permanece latente dentro de las células epiteliales y se reactiva cuando la terapia antiviral es suspendida.

La resección quirúrgica es otra alternativa de tratamiento que puede producir remisiones largas y duraderas.

A pesar de que el virus Epstein-Barr es el agente etiológico más aceptado para la leucoplasia vellosa oral queda por definir cual es el papel de los papilomavirus humanos en el desarrollo de la leucoplasia velluda oral.

5.1.4.4 HALLAZGOS HISTOLOGICOS

La apariencia microscópica típica incluye acantosis, marcada hiperparaqueratosis con formación de fuertes y proyecciones, de queratina, áreas de células infladas y con poca o ninguna inflamación en el tejido. Los cambios en las células asemejan koilocitos, con células agrandadas, con aros perinucleares y otros con muchos picnóticos y son sugestivas de infección tipo papilomavirus. La leucoplasia velluda tiene muchas características de lesiones inducidas por virus. En un estudio reciente el virus Epstein-Barr ha sido claramente identificado y también se encontró evidencia de la presencia del virus parecido al papiloma esto usando el procedimiento peroxidasa - antiperoxidasa y un antisuero al antígeno papilomavirus capsid. Esta técnica mostró una inequívoca

coloración nuclear para el antígeno del papilomavirus en un estudio de Greespan, en 1984, mientras que Eversole y Colab no mostraron la presencia de papilomavirus.

5.1.5 LINFOMA NO HODGKIN

Los linfomas de células B fenotipo son una complicación bien conocida de la terapia con inmunosupresores a largo plazo.

En la infección con HIV, la supresión de la inmunidad mediada celular es acompañada por evidencia de actividad de células aumentada.

Sobre cien casos de linfoma No Hodgkin en hombres jóvenes con SIDA han sido reportados.

5.1.5.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La forma de presentación clínica en los linfomas No Hodgkin en los individuos infectados con el HIV son diferentes, siendo más agresivos (tumore de alto grado o grado intermedio) asociados con linfomas "B" como sudoración nocturna, fiebre y pérdida de peso. Estos síntomas se superponen a los de la infección HIV y pueden ocultar una infección oportunista concomitante. Además presenta frecuentemente compromiso extraganglionar como médula ósea, tracto gastrointestinal y sistema nervioso central, especialmente leptomeninges.

Puede ocurrir infiltración cutánea, los pacientes presentan

generalmente un estado avanzado de la enfermedad (Grupo IV) al momento del diagnóstico.

Aproximadamente una tercera parte de los pacientes con linfoma asociado con HIV tienen el antecedente de linfadenopatía persistente generalizada (grupo III del CDC); generalmente, el linfoma No Hodgkin ocurre en la fase terminal de SIDA, después de Sarcoma de Kaposi u otras infecciones oportunistas.

5.1.5.2 TRATAMIENTO

Con quimioterapia, aparte de tener una respuesta muy pobre, favorece la aparición de otras infecciones oportunistas.

5.1.6 ERITEMA GIAGIUN MARGINAL O PERIODONTITIS ULCERO NECROSANTE

5.1.6.1 CARACTERISTICAS CLINICAS

Al inicio es bien repentino o insidioso con sangramiento al cepillado, dolor y hatisosis.

Se caracteriza por una encía hiperemica y dolorosa, con erosiones netamente socavadas en papilas interdetales los centros vicerados de las papilas y encía libre sangran al ser tocadas y por lo general están cubiertos de una pseudomembrana decrótica gris.

La ulceración tiende a extenderse y llega a abarcar todos los

márgenes gingivales.

El dolor es de un tipo superficial, de "presión". El paciente también padece de dolor de cabeza, malestar general y fiebre de baja intensidad.

Se nota una salivación excesiva y gusto metálico.

En pacientes con HIV, tiene un curso más destructivo llevando a una pérdida de tejido blando y hueso, así como a la formación de sequestros.

5.1.6.2 CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El eritema gingival marginal presenta grandes cantidades de bacilos fosiformes (género fusobacterium o fusiformis) y una espiroqueta bucal (Borrelia Vincentii), otras diversas espiroquetas, microorganismos filamentosos, vibriones, cocos, células epiteliales descamadas y cantidades variables de leucocitos polimorfonucleares.

Las cantidades relativas de microorganismos presentes varían con la fase de la enfermedad; los invasores secundarios son más destacados en las fases terminales así como en la forma subaguda.

El examen microscópico de la encía revela el epitelio escamoso estratificado de la superficie está vicerado y reemplazado por un exudado fibrinoso espeso o pseudomembrana, que contiene muchos

leucocitos polimorfonucipares y microorganismos.

5.1.6.3 TRATAMIENTO

El tratamiento es muy variado, según la experiencia individual del odontólogo respecto de la enfermedad.

A veces se prefiere tratar esta afección por medios conservadores, haciendo solo una limpieza superficial de la cavidad bucal en la fase aguda temprana de la enfermedad, seguida de un raspado mucioso en cuanto las condiciones lo permiten.

Cuando la encía marginal y papilas interdetales quedan destruidas considerablemente, se suele requerir el remodelado de las papilas por medio de gingivoplastias.

5.2 LESIONES MENOS FRECUENTES

5.2.1 BACTERIANAS

5.2.1.1 GINGIVITIS ULCERONECROSANTE

5.2.1.1.1 ETIOLOGIA

Actinobacilo Actinomyceten Comitans

5.2.1.1.2 CARACTERISTICAS CLINICAS

Encía hiperémica y dolorosa con erosiones en papilas interdetales. Sangrado al cepillado, las papilas y encía libre están recubiertas

de una pseudomembrana necrótica gris. La ulceración se extiende y abarca todos los márgenes gingivales. Por último hay un olor fétido desagradable.

5.2.1.1.3 DIAGNOSTICO

La enfermedad se diagnostica basada en sus características clínicas. El paciente se queja de no poder comer a causa del dolor gingival e intensas hemorragias.

Puede presentar dolores de cabeza, malestar general y fiebre.

5.2.1.1.4 TRATAMIENTO

Limpieza superficial de la cavidad bucal en su etapa aguda temprana. Raspado minucioso según las condiciones. Junto con este tratamiento local se usan también sustancias oxigenantes y antibióticos.

En algunos lugares es tratada con Metronidazol, una tableta diaria de 500 mgs seguido del uso diario de enjuagues con gluconato de Clorexidina al 2%.

La GUN asociada con infección de HIV puede no responder bien al tratamiento adicional y pueden haber recaídas

5.2.1.2 PERIODONTITIS PROGRESIVA:

5.2.1.2.1 ETIOLOGIA:

En pacientes con SIDA se presentan bajas de defensas y por lo tanto son más propensas a cualquier ataque bacteriano.

Los factores etiológicos en general son los mismos de la gingivitis, incluyen placa bacteriana, cálculos e impactación de alimentos así como márgenes irritantes que conllevan a la enfermedad periodontal.

5.2.1.2.2 CARACTERISTICAS CLINICAS

Destrucción generalizada e irregular del tejido de soporte y hueso. Ocurre rápidamente con una pérdida significativa de hueso y tejidos blandos, resultando en aflojamiento ó pérdida de los dientes. Los pacientes usualmente tienen experiencia de dolor profundo. Esta condición puede llegar a ser difundida e involucrar grandes áreas de tejidos blandos con exposición de hueso subyacente y por consecuencia pueden haber necrosis y secuestros.

5.2.1.2.3 DIAGNOSTICO

La enfermedad es diagnosticada según las características clínicas.

5.2.1.2.4 TRATAMIENTO:

Eliminación de irritantes por raspaje y alisado radicular, las bolsas se pueden tratar mediante eliminación quirúrgica de la encía. Si se realiza el procedimiento adecuado y se corrigen los factores sistemáticos, es posible salvar los dientes afectados por la enfermedad.

La respuesta en pacientes con SIDA no puede ser la misma que un

paciente sano.

5.2.1.3 ACTINOMICOSIS

5.2.1.3.1 ETIOLOGIA

Causada por un microorganismo anaerobio gram (positivo) llamado Actinoycis bobis ó por un microorganismo aerobio como la Nocardia Asteroides.

5.2.1.3.2 CARACTERISTICAS CLINICAS

formación de abscesos, que tienden a abrirse por fístulas. El pus de estos se observan los granos de azufre que aparecen como manchas amarillas, la piel que cubre el absceso es roja violacea e indurada, ó también fluctuante.

La infección de tejidos blandos se extiende hasta abarcar la mandibula y con menor frecuencia en maxilar. Puede involucrar hueso y destruir gran parte del tejido.

5.2.1.3.3 DIAGNOSTICO

Hallazgos macroscópicos en el paciente y comprobación de microorganismos en el cultivo.

5.2.1.3.4 TRATAMIENTO

Penicilina y Tetraciclina. El curso de la enfermedad es prolongado.

5.2.1.4 ESTOMATITIS

5.2.1.4.1 ETIOLOGIA

Streptococo Sanguis.

Resultado de respuesta autoinmune del epitelio bucal.

5.2.1.4.2 CARACTERISTICAS CLINICAS:

Formación de nódulos pequeños, edema generalizado de la cavidad bucal, especialmente de la lengua, parestesia, malestar general, fiebre, linfadenopatía localizada y lesiones de tipo vesicular que contienen moco.

Comienza como una erosión superficial única ó múltiple, cubierta de una membrana gris, margen circunscrito rodeado de un halo eritematoso. Es muy doloroso al punto de interferir en la alimentación. Se localiza más comunmente en mucosa vestibular y labial, surcos y lingual, lengua, paladar blando, faringe y encía.

5.2.1.4.3 DIAGNOSTICO

Según historia clínica y manifestaciones orales.

5.2.1.4.4 TRATAMIENTO

Son utilizados pero no dan los mismos resultados de la tetraciclina. Enjuagues con Tetraciclina (250 mg x 5 mls) 4 veces al día. Esta reduce el dolor y el tamaño de las lesiones.

Esteroides, acelado de Cortizona aplicado localmente y tabletas de Hidrocortizona y antibiótico también.

5.2.1.5 MICROBACTERIUM AVIUM INTRACELULAR (MAI)

El bacilo ácido rápido es un contaminante ambiental.

Causa enfermedad pulmonar localizada. En los pacientes con SIDA la infección con MAI es muy común.

5.2.1.5.1 CARACTERISTICAS CLINICAS:

Fiebre, pérdida de peso y debilidad.

La respuesta del tejido puede incluir abscesos rodeados por lesiones granulomatosos generalmente en paladar, en forma de úlceras con bordes firmes y centros necróticos extendiéndose hacia el hueso.

5.2.1.6 KLEIBSIELLA NEUMONIAE Y ENTEROBACTERIUM CLOACAE

5.2.1.6.1 ETIOLOGIA

Asociada con lesiones orales en pacientes que reciben quimioterapia para cáncer ó en pacientes homosexuales o inmunosuprimidos.

5.2.1.6.2 CARACTERISTICAS CLINICAS:

Se encuentran también en paladar y lengua. Son lesiones blanquecinas generalmente en bordes laterales de la lengua y muy extensas e irregulares.

5.2.1.6.3 INFECCIONES POR ESCHERICHA COLI:

La Escherichia Coli habita normalmente en el intestino del hombre. Aparece para vivir en simbiosis en el intestino casi desde el nacimiento. Es causa importante de infecciones en vías urinarias, pero rara vez produce enfermedad en otros sitios. Todos los bacilos gram negativos tienen algo de resistencia contra antibióticos corrientes de índole de la Penicilina, por lo cual pueden originar infecciones graves en pacientes que reciben esta clase de tratamiento. De manera análoga en la infancia y la vejez, períodos de mayor susceptibilidad.

La Escherichia Coli puede llegar a los tejidos por vía linfática o sanguínea, o puede introducirse en ellos por contaminación de la superficie corporal. El microorganismo es causa importante de infecciones cutáneas piógenas focales. En todos los sitios de localización provoca reacción supurada completamente inespecífica, con formación de abscesos idénticos a los causados por los estafilococos.

5.2.1.7 SINUSITIS DE TIPO CRONICO Y REBELDE A TRATAMIENTO

Organizada a continuación de una lesión aguda o lesión crónica desde el principio.

En la Sinusitis aguda o crónica es preciso tener en cuenta la posibilidad de la infección por Mucomicosis especialmente en

pacientes diabéticos.

5.2.1.7.1 SINTOMAS CLINICOS

Pueden estar ausentes y descubrir la enfermedad únicamente durante un examen de rutina. A veces hay un dolor vago, o una sensación de obstrucción en el lado infectado de la cara. Puede haber descarga de pus leve hasta la nariz y aliento fétido.

5.2.1.8 CELULITIS

La Celulitis de los tejidos faciales aparece casi por infecciones de origen dentario diseminada, la tumefacción es difusa, firme o indurada y caliente. La piel que la recubre puede presentar eritema. Hay dolor entre moderado y agudo, el paciente tiene fiebre y se queja de malestar, la linfadenopatía cervical es de hallazgo frecuente. El examen radiográfica dentario, revelará un diente con caries y radiolucidez periapical.

La Celulitis se localizará en los tejidos blandos adyacentes a el diente infectado.

La inflamación de los tejidos blandos, puede en definitiva, drenar o avanzar a través de los planos y espacios si se encuentra comprometido el mediastino, el proceso será letal.

5.2.2 VIRALES

5.2.2.1 HERPES SIMPLE

5.2.2.1.1 ETIOLOGIA

Virus del Herpes hominis tipo I, es recidivante. Puede ser reactivado de forma esporádica por factores tales como: Disminución de defensas en el organismo, llevando a la reactivación del virus y apareciendo así lesiones herpéticas recurrentes.

5.2.2.1.2 CARACTERISTICAS CLINICAS

Pequeñas lesiones vesiculosas, como el tamaño de la cabeza de un alfiler, únicas ó múltiples agrupadas en racimos, que se orientan sobre una base eritematosa.

Las vesículas se rompen y se convierten en úlceras irregulares, dolorosas y dejan una lesión erosiva que se recubre de una costra amarillenta, que no deja cicatriz, desaparece en diez días. Se localizan a nivel labial, hay sensación local de ardor y quemazón. También puede aparecer en paladar duro y encía.

El herpes recurrente puede ser precipitado por el HIV, infecciones respiratorias altas, traumas, menstruación, stress emocional e inmunosupresión.

En pacientes con infección de virus del SIDA son frecuentes las lesiones intraorales y genitales, además son problemáticas. En este tipo de pacientes se reporta la primera experiencia de estas lesiones seis meses antes, las cuales cicatrizaron luego de tres semanas y la recaída ocurre en varias ocasiones.

5.2.2.1.3 DIAGNOSTICO

Puede ser cultivado o identificado en muestras tomadas del fluido de la vesícula. Muestras seriadas de suero tomadas por dos semanas, revelan títulos elevados y anticuerpos al virus del herpes simple.

5.2.2.1.4 TRATAMIENTO

Aciclovir, unguento tópico (Virex 5%), cinco veces al día a intervalos de cuatro horas en lesiones establecidas o aquellas cuya aparición sea inminente, su tratamiento se hace durante cinco a diez días.

Aciclovir oral, 1600 mgs/2400 mgs.

El Virex en tabletas, se da, una tableta cinco veces al día a intervalos de cuatro horas omitiendo la dosis de la noche durante cinco días, pero puede prolongarse en una lesión inicial grave.

Virex inyectable, cada frasco contiene 250 mg de Aciclovir en polvo, y cada ampolla contiene 10 mlts del solvente para mezclar.

5.2.2.2 GINGIVO ESTOMATITIS HERPETICA:

5.2.2.2.1 ETIOLOGIA:

Hominis tipo I, que afecta mucosa orofaríngea. El contagio puede ser mediante contacto personal, (saliva, orina o eses) o indirecto a través de utensilios contaminados.

5.2.2.2.2 CARACTERISTICAS CLINICAS

Tiene manifestaciones locales y sistémicas.

Los pacientes son usualmente niños, adolescentes, o adultos jóvenes.

Presentan fiebre, malestar, usualmente acompañado por módulos linfáticos cervicales inflamados y sensibles. Luego de uno o dos días pueden ocurrir las lesiones orales en encía, paladar duro y cualquier sitio de la mucosa y del borde vermillón del labio.

Son grupos de pequeñas vesículas o encía que se ulcera, agrupados en racimos, asociados a dolor, sialorrea y halitosis.

Estas lesiones permanecen en cavidad bucal de tres a seis semanas.

Es asintomática, puede haber también disfagia, astenia, adinofabia.

En la región gingival existe gingivitis aguda que afecta encía marginal y adherida, no deja cicatrices y su curación es espontánea.

5.2.2.2.3 DIAGNOSTICO

Se realiza con Herpágina, Langina Streptocócica y difteria, dado que estos procesos al igual que la gingivo estomatitis herpética cursan con lesiones de tipo vesículo ulceroso alrededor de la mucosa oral y faríngea.

5.2.2.2.4 TRATAMIENTO:

Es sintomático o paleativo.

Se usa Clorotetraciclina en aplicación tópica.

5.2.2.3 HERPES ZOSTER

5.2.2.3.1 ETIOLOGIA:

Herpes virus Varicellae. Permanece a nivel de un ganglio craneal o espinal reactivándose frente a determinadas situaciones que condicionan un descenso en la inmunidad (Neoplasias, stress y traumatismos).

5.2.2.3.2 CARACTERISTICAS CLINICAS

Aparece más en adultos viejos, inmunosuprimidos incluyendo los que han recibido transplantes de riñón, pacientes con leucemias en tratamiento con quimioterapia y pacientes con infección de HIV.

Son lesiones cutáneas con vesículas y úlceras unilaterales de la cara y mucosa oral que no sobrepasan la línea media, acompañadas de neuralgia intensa, localizada cutáneamente.

Las vesículas y las úlceras se distribuyen a lo largo de ramificaciones maxilares y mandibulares del nervio trigécimo derecho.

El paciente manifiesta dolor asociado al diente, la vitalidad dentaria es positiva.

Las úlceras cicatrizan en dos o tres semanas pero el dolor persiste por uno o dos meses en pacientes con SIDA.

Cuando la lesión afecta la rama maxilar y mandibular del nervio trigécimo, aparecen lesiones corneales y de las mucosa bucal, localizadas en la región auricular, mejilla, úvula, paladar, encía, mucosa labial superior, labio inferior, piso de boca y dos tercios anteriores de la lengua.

5.2.2.3.3 TRATAMIENTO

Sintomático: se recomienda reposo y analgésico.

Preventivo: En las complicaciones infecciosas secundarias.

Uso de Unguento Tópico, Aciclovir, dosis de 800 mgs. por vía oral 5 veces al día ó 10 mg. por kgm intravenoso 3 veces al día por 10 días.

5.2.2.4 PAPILOMAVIRUS HUMANO

Causa papilomas orales, verrugas, hiperplasia epitelial focal, ellas son usualmente lesiones localizadas populares ó nodulares, cubiertas

por múltiples proyecciones papilíferas.

En inmunosuprimidos, se ha observado un aumento en la frecuencia de verrugas de piel y ano.

5.2.2.4.1 TRATAMIENTO:

Cirugía crioterapia.

5.2.2.5 VERRUGA VULGAR

Las verrugas anales, son frecuentes en los homosexuales, aunque un número de verrugas orales han sido vistas en pacientes HIV positivos.

La mayoría de estas han sido papilomatosas, sensibles o perunculadas. Se encuentran generalmente en comisura labial.

5.2.2.6 CONDILOMA ACUMINATUM

Son condilomas múltiples en la encía mandibular. Han sido observados en pacientes con SIDA. Presenta lesiones en encía maxilar y cubriendo parcialmente paladar duro.

Esta lesión está circunscrita, ligeramente elevada, con superficie plana, similar a una hiperplasia epitelial focal.

También aparecen en la mucosa labial inferior.

5.2.2.6.1 TRATAMIENTO:

Excisión quirúrgica simple, aunque los condilomas floridos son resistentes a varias formas de excisión, incluyendo el láser con dióxido de Carbono.

5.2.2.7 LEUCOPLASIA VELLUDA

5.2.2.7.1 ETIOLOGIA:

Conocida también como lengua peluda. No presenta potencial maligno. Ocurre exclusivamente en individuos infectados por el HIV y predice el desarrollo de mayor inmunosupresión y la aparición de SIDA.

5.2.2.7.2 CARACTERISTICAS CLINICAS

Engrosamientos blanquecinos estriados, de superficie rugosa, que no desprenden al rasparlos y en la mayoría de las veces es asintomático, localizados principalmente en los bordes laterales de la lengua. Algunas veces se puede expandir hacia abajo, hasta cubrir la superficie dorsal y ventral a mucosa bucal, donde tiene apariencia plana, al igual que boca y paladar.

5.2.2.7.3 DIAGNOSTICO

Se hace en base a criterios clínicos histopatológicos y urológicos.

5.2.2.7.4 TRATAMIENTO:

No está indicado. Es regresión espontánea. En caso de que haya dolor

o sensación de quemadura se recomienda usar Aciclovir, solo asociado con AST (ZIDOVUDINA).

La recesión quirúrgica es otra alternativa pero puede remisiones largas y duraderas.

5.2.3 TUMORALES

5.2.3.1 SARCOMA DE KAPOSI:

5.2.4 TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS

5.2.4.1 NEUROPATIA DEL TRIGEMINO O NEURITIS

Es una afección mal conocida, que tiene una variedad de presuntas causas: Ciertos procedimientos quirúrgicos dentales, presión de una prótesis sobre el nervio dental, traumatismo quirúrgico y mecánico, uso terapéutico del isetionato de hidroxiestilbamidina, tumores de cabeza y cuello, aneurismas intracraneanos. Algunas causas son ideopáticas. Difiere de la neuralgia del trigemino porque se describe como un dolor percibido y variadamente como una sensación de ardor, taladro, tirón o de presión. Esto se prolonga por horas, días, o semanas, y no se da en las sacudidas instantaneas de la neuralgia del trigémino. El dolor de origen puede estar localizado o reflejo que simile la enfermedad. Mediante la observación y el interrogatorio del paciente, es posible establecer el diagnóstico

correcto.

5.2.4.2 NEURALGIA FACIAL PAROXISTICA

Esta neuralgia se caracteriza por paroxismos unilaterales de dolor intenso en la zona de los ojos, maxilar, oídos y mastoides, base de la nariz y debajo del cigoma. A veces el dolor se extiende hacia la zona occipital. Estos paroxismos de dolor tienen comienzo rápido, persisten unos quince minutos a varias horas y luego desaparece con la misma rapidez con que aparecen, no hay zona desencadenante.

Los ataques se presentan largamente, por lo menos una vez al día, durante períodos prolongados. Al cabo de algunas semanas o meses, los ataques desaparecen del todo y la ausencia de dolor llega a prolongarse con frecuencia, los próximos reaparecen.

Junto con los ataques de dolor se producen estornudos, hinchazón de mucosa nasal y una abundante descarga nasal, así como epifora o lagrimeo. También hay sensaciones parestéticas de piel en la mitad inferior de la cara. Muchos investigadores observaron que en algunos pacientes los ataques son desencadenados por la tensión o el consumo desmedido de alcohol. Los varones están más comunmente afectados que las mujeres y la mayoría de pacientes experimenta las primeras manifestaciones de la enfermedad antes de los cuarenta años.

5.2.4.2.1 TRATAMIENTO:

Recientemente, se comprobó que la ergotamina produce con frecuencia

el alivio inmediato de los síntomas.

Cuando no es del todo efectiva su combinación con Metisergida, una sustancia antiserotomina proporcionando alivio total.

Efectos secundarios: Grandes dosis y por tiempo prolongado.

5.3 LESIONES DE CAUSA DESCONOCIDA

5.3.1 Ulceración aftosa recurrente

5.3.2 Ulceración necrotizante progresiva

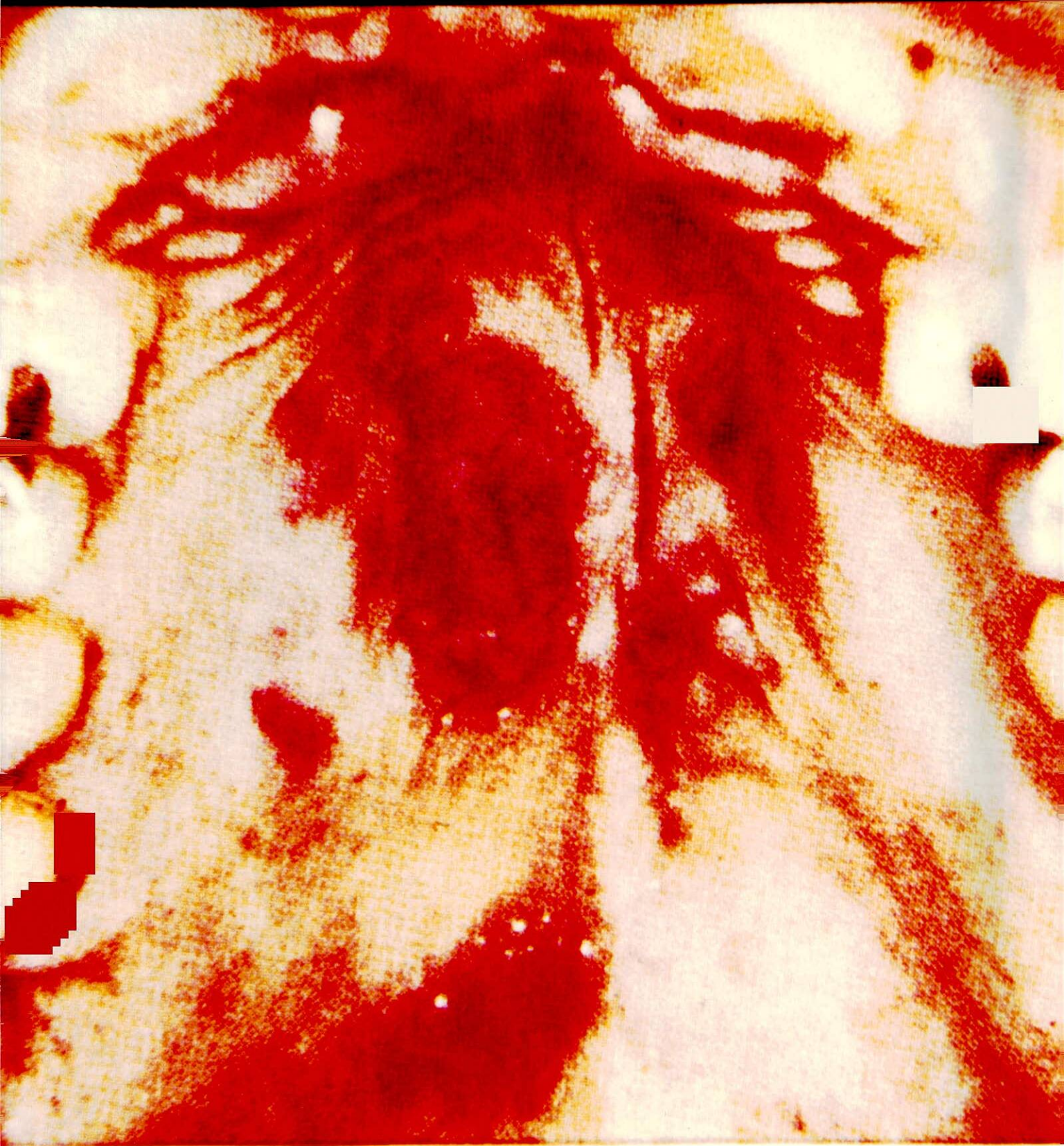
5.3.3 Epidermólisis tóxica

5.3.5 Manifestaciones orales de púrpura trombocitopénica

5.3.6 Agrandamiento de glándulas salivales.

5.3.7 Xerostomía sin causa establecida

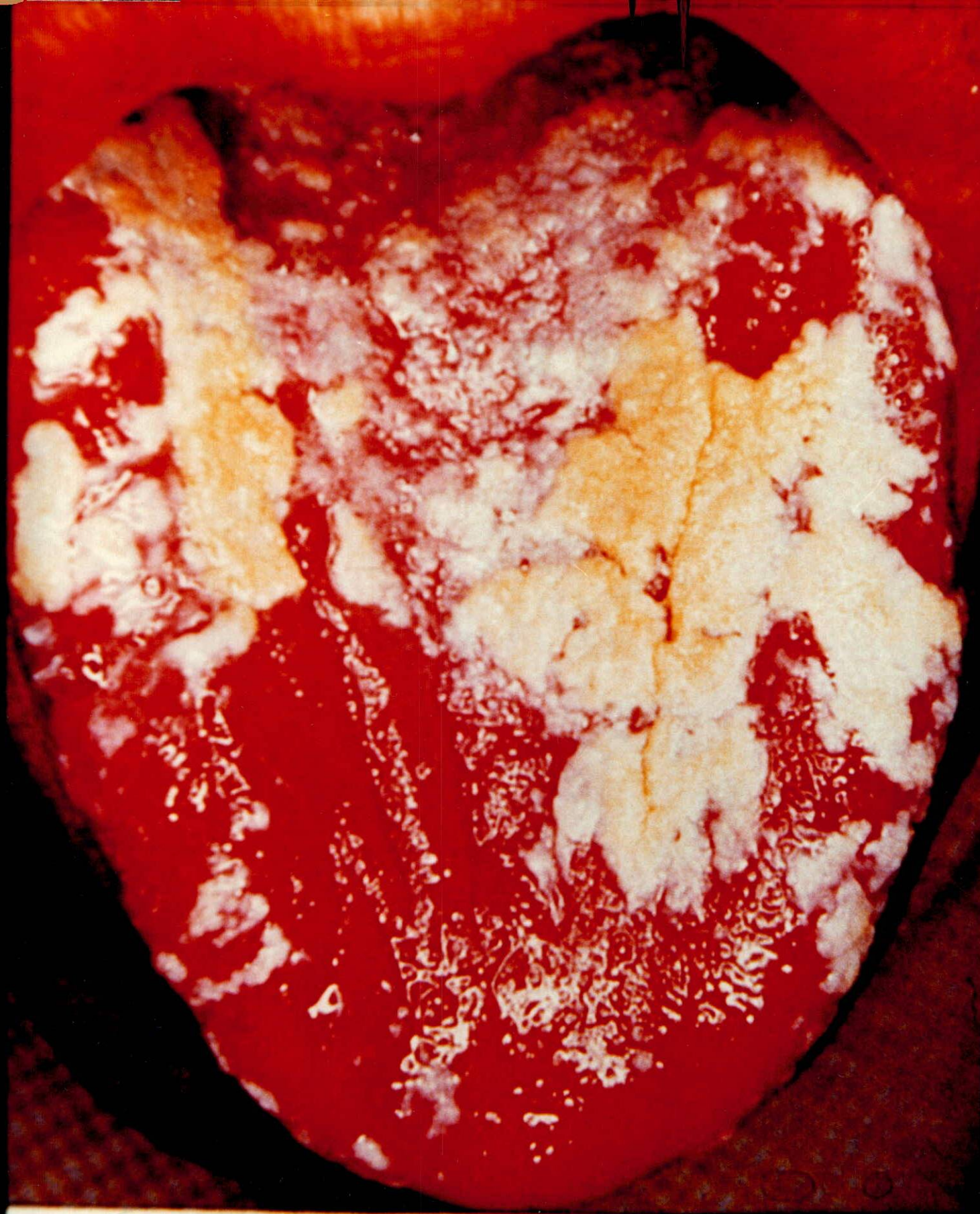
5.3.8 Hiperpigmentación de la mucosa oral.



Lesión palatina de sarcoma de Kaposi, en
homosexual de 35 años



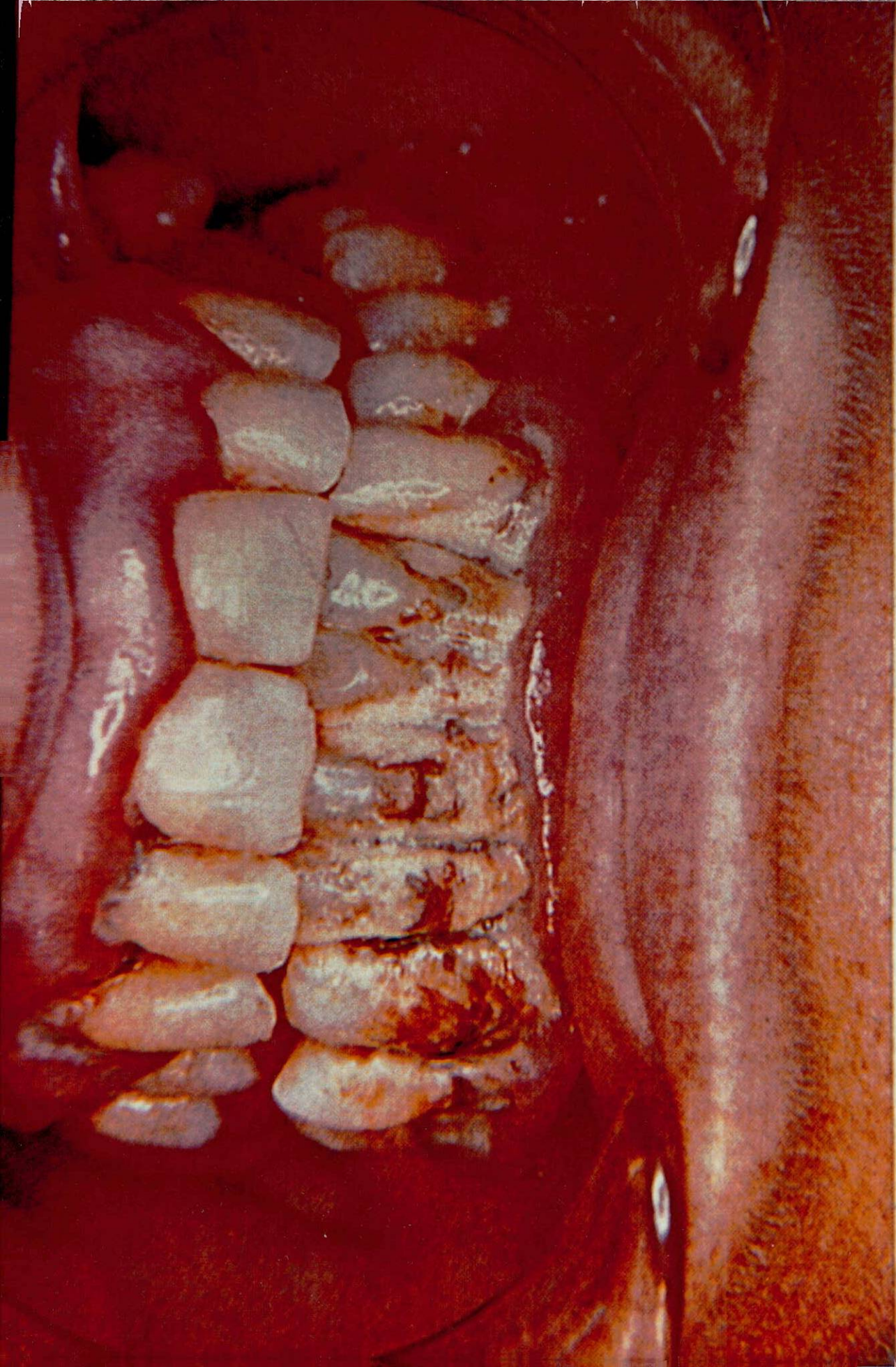
**Sarcoma de Kaposi sistémico
diseminado. Se observa el dorso
lingual con formas exofíticas**



Candidiasis bucal (Muguet lingual)



Leucoplasia velludo, involucra el dorso de la lengua en un homosexual de 29 años



Enfermedad periodontal



Gingivitis asociada a VHI con características clínicas de GUN.



Foliculitis y dermatitis seborreica asociada a HIV



CAPITULO 6

BARRERAS DE BIOSEGURIDAD

La exposición a sangre, pus y otros exudados en cavidad oral es muchas veces impredecible inevitable aún durante el examen de la boca; con mayor razón tal exposición es obvia en procedimientos cruentos tales como sondeos, detartrajes, curetajes, exodoncias, drenajes y demás intervenciones quirúrgicas.

En conclusión, dada la imposibilidad de evitar exposiciones accidentales y teniendo en cuenta la PREMISA FUNDAMENTAL DE ESTE PROTOCOLO según la cual cualquier persona es sospechosa de causar contagio, TODO TRABAJADOR DE SALUD ORAL DEBE EMPLEAR RUTINARIAMENTE LAS BARRERAS DE BIO-SEGURIDAD Y UTILIZAR CUIDADOSAMENTE AGUJAS E INSTRUMENTOS CORTANTES, que son esencialmente la mayoría de los que se emplean en el examen y tratamiento de pacientes (explorador, curetas, bisturí, fresas, sondas, etc.).

6.1. BARRERAS DE BIOSEGURIDAD.

Se entiende por barrera de bioseguridad el atuendo que ha de emplear

el trabajador de salud oral que deba tocar sangre, exudados, mucosa del paciente o secreciones derivadas de los tejidos orales o para-orales.

6.1.1. Guantes de látex, bien ceñidos a fin de no entorpecer la sensibilidad táctil y la manipulación de tejidos o instrumentos. Los guantes deben hallarse en buen estado y **NO SE RECOMIENDA DE NINGUNA MANERA SU REUSO**. Los guantes también deben emplearse para coger y lavar instrumental ya utilizado, limpiar superficies contaminadas, coger y botar al balde gazas y demás elementos desechables.

6.1.2 Mascarilla o tapaboca impermeable para evitar exposiciones a salpicaduras, aerosol de sangre- saliva creado por el chorro de aire- agua de la pieza de mano y la fresa, cavitron, etc.

6.1.3 Anteojos protectores fronto-laterales para evitar exposición de la conjuntiva de los riesgos ya mencionados en los items anteriores.

6.1.4 Los escudos faciales plásticos (fronto-mentoneros) reemplazan el uso de anteojos protectores y refuerzan el uso de anteojos protectores y refuerzan la función de la mascarilla o tapabocas.

6.1.5 Gorros, blusas de manga larga y cuello alto y uniformes ya sean desechables o lavables. Estos últimos deben cambiarse antes de atender al siguiente paciente si han sido salpicados con sangre, pus

o demás exudados.

6.1.6 Otras medidas que contribuyen a neutralizar el riesgo de exposición-contaminación de paciente a trabajadores de salud oral son:

6.1.6.1 Tres enjuagatorios antisépticos con yodoforos o con clorhexidina de 10 segundos de duración cada uno antes de iniciar el tratamiento.

6.1.6.2 Empleo electivo de tela de caucho como aislamiento del campo operatorio preferiblemente sujeto con seda dental.

6.1.6.3 Limpieza de escupidera, pieza de mano, jeringas triples y demás superficies untadas o salpicadas con sangre, pus y otros exudados utilizando antisépticos virucidas que serán descritos adelante; estos procedimientos deben realizarse celosamente entre paciente y paciente.

6.1.6.4 Evacuar los conductos de aire-agua de la pieza de mano al finalizar el procedimiento y antes de comenzar con un nuevo paciente; esta evacuación dirigida a la escupidera debe ser por uno o dos minutos y se justifica por un fenómeno de aspiración (presión negativa) que se crea en dichos conductillos al suspender el accionar de la fresa; estos conductillos deben ser inyectados con

agentes virucidas como se describirá más adelante.

6.2 LAVADO DE MANOS

Las manos deben ser lavadas con jabón líquido antiséptico cambiado cada seis horas, una vez removidos los guantes o después de haber tocado objetos contaminados, o de haber atendido un paciente, o antes de salir del recinto respectivo; esto se debe a la posibilidad de microperforaciones en el guante ocurridas en el acto operatorio.

Para el secado de las manos debe usar toalla desechable, no debe usar toalla de tela, ni aire seco.

6.3 CUIDADO DE LAS MANOS.

Debe el profesional de la salud esmerarse para evitgar lesiones en sus manos durante los procedimientos; si los guantes llegasen a romperse o pincharse deben ser removidos inmediatamente, lavarse las manos con jabón antiséptico líquido y usar nuevos guantes para continuar el procedimiento.

Trabajador de la salud en el campo odontológico que presente lesiones en la piel de las manos (úlceras, dermatitis) debe abstenerse de atender pacientes o de utilizar elementos odontológicos para tal fin.

6.4 CUIDADO DEL USO DE AGUJAS E INSTRUMENTOS CORTOPUNZANTES.

6.4.1 *Estos instrumentos deben ser manejados con extraordinario cuidado y concentración y no distraerse durante el procedimiento para evitar heridas o pinchazos accidentales pues se consideran como potencialmente infectantes.*

6.4.2 *Las agujas y cuchillas desechables no deben ser dobladas o quebradas con las manos antes de ser arrojadas a la basura.*

6.4.3 *Las agujas con o sin dispositivo de aspiración deben ser consideradas como igualmente contaminantes.*

6.4.4 *Hay ocasiones en las cuales el mismo paciente requiere varias aplicaciones de anestesia o medicamentos durante la misma sesión, lo cual no permite desechar la aguja en seguida de la primera aplicación; en estos casos han de evitarse pinchazos accidentales mientras la aguja se halla en la platina SIN PROTECTOR; con este fin se puede re-aplicar el protector sin emplear la mano alterna a la que sostiene la jeringa con la aguja puesta, pues en aquella podría ser accidentalmente pinchada; con algunos entrenamientos de simulación, la aguja puede introducirse en el protector manejando la empuñadura de la jeringa sin tocar la aguja y, una vez logrado esto, buscar un punto de apoyo apropiado en la misma platina de instrumentos para ajustar el protector sin utilizar tampoco la otra*

mano con este fin.

Si se carece de pericia suficiente, existe otra forma de proteger la aguja mientras se vuelve a usar, insertándola en esponjas o bloques de icopor, o sujetar el protector con pinzas mosquito o Kelly. Por ninguna razón el sobrante de una cápsula debe emplearse en otro paciente.

6.5 PAUTAS QUE DEBEN SEGUIRSE EN CASO DE PINCHAZO O HERIDA ACCIDENTAL DURANTE UN PROCEDIMIENTO EN SALUD ORAL.

6.5.1 Presione el dedo o la mano en el punto más inmediato y más cercano al corazón, a fin de que la sangre fluya en sentido centrífugo y salga al exterior.

6.5.2 Sumerja el dedo o la mano en hipoclorito de sodio al 1% durante 15 minutos o en cloramina 2%, alcohol etílico o isopropílico.

6.5.3 Informe al jefe de personal o Comité de Infecciones o la Jefatura de Epidemiología regional más cercana.

6.5.4 Solicite un estudio sérico ELISA para HIV inmediatamente y luego otro a las 6 u 8 semanas, 6 meses y nueve meses y hasta 2 años consecutivamente.

6.5.5 Por todos los medios posibles de persuación busque obtener del paciente su consentimiento para ser sometido a pruebas serológicas, 6, 12 semanas y hasta 9 meses o hasta dos años después de la exposición, para confirmar o descartar su sero-positividad.

Para esto busque el respaldo del Comité de Infecciones, Jefatura de Personal o la Jefatura de Epidemiología Regional.

6.6. RIESGO DE CONTAGIO DE TRABAJADORES DE SALUD ORAL A PACIENTE

Se contemplan las siguientes alternativas:

- *Mediante instrumentos o elementos contaminados empleados en procedimientos invasivos; el control de este tipo de contagio obliga la aplicación de métodos generles de esterilización, desinfección y sanitación.*
- *Mediante heridas abiertas con paso de sangre o exudados de las manos del trabajador de la salud oral a tejidos del paciente durante procedimientos invasivos; el control de este tipo de contagio implica el empleo de barrers de bioseguridad.*

6.6.1 METODOS GENERALES DE ESTERILIZACION, DESINFECCION Y SANITACION

Para el cubrimiento de este tópico se racionaliza en tres aspectos del manejo de elementos que han de ser empleados en los pacientes a saber.

- *Manejo de ENTRADA, vale decir antes de ser empleados en*

procedimientos sobre pacientes.

- *DE SALIDA, vale decir después de haber sido empleados en procedimientos sobre pacientes.*

- *Manejo de reservorios (recipientes, paredes y demás superficies en área de atención a pacientes) o descontaminación.*

Es importante también tener en cuenta las siguientes premisas:

a) Lo básico en el manejo del paciente, elementos de entrada, elementos de salida y procesos de esterilización, desinfección antisepsia, sanitación es el lavado de manos correctamente.

b) La sanitación tiene por objeto matar al menos el 90% de bacterias en crecimiento y se aplica en áreas de trabajo (pisos, paredes, mesones, sillones, módulos de trabajo y similares como repisas, bandejas).

c) La desinfección tiene por objeto matar todas las formas vivientes en desarrollo pero no las esporas mediante elementos bactericidas (tuberculocidas, pseudomonocidas especialmente) fungicidas y virucidas y se aplica en elementos utilizados sobre pacientes. La desinfección requiere la siguiente secuencia: - lavar - limpiar - enjuagar - desinfectar - enjuagar - secar - almacenar - y - utilizar.

Un desinfectante muy eficaz y a la vez económico es el hipoclorito de sodio al 2% por 20 minutos; el hipoclorito de sodio debe ser

preparado diariamente, para asegurar así su efectividad.

Los blanqueadores de nuestro país traen un promedio de 7% de hipoclorito de sodio en concentración así que si queremos preparar 10 litros procedemos así:

$$\frac{(10) \times (2000 \text{ p.p.m})}{7 \times 10} = 71.1 \text{ cc}$$

También son muy efectivos, aunque no económicos desinfectantes, los siguientes elementos:

20 minutos, formaldehido 10%, yodoformo y fenoles y otros alcoholes.

El glutaraldehido al 1% es tuberculocida durante 45 minutos y bactericida durante 10 o 15 minutos.

El hipoclorito de sodio al 5% durante 20 minutos es esterilizante.

Hay otros medios de esterilización anti-económicos y no siempre aplicables: glutaraldehidos 1% alcalino durante 10 horas o el gas (oxido de etileno) que matan esporas gérmenes.

6.6.2 MANEJO DE ELEMENTOS.

REGIMEN DE ENTRADA. Los elementos (instrumentos, sondas, catéres, gazas, etc.) en cuanto a su efecto de potencial contaminación se clasifican en tres grupos: CRITICOS, SEMICRITICOS, NO CRITICOS.

6.6.2.1. Los elementos críticos ingresan al organismo a través de la piel o de una cavidad no séptica. DEBEN SER ESTERILIZADOS.

6.6.2.2. Los elementos SEMICRITICOS entran en contacto con mucosas pero no ingresan al organismo. DEBEN SER DESINFECTADOS.

6.6.2.3. Los elementos NO CRITICOS no entran en contacto directo con el paciente. DEBEN SER SINTETIZADOS y en lo posible empleando hipoclorito de sodio al 0.5%.

6.6.3. MANEJO DE ELEMENTOS: REGIMEN DE SALIDA. Este tema se relaciona específicamente con la desinfección de elementos reusables.

- Eliminación de desechos.
- Descontaminación de superficies ambientales, ropas y recipientes (reservorio).
- Manejo de bio-materiales dentales.
- Manejo de especímenes de biopsia.

6.6.3.1 Elementos reusables críticos, como fresas, mangos de bisturí, sondas, limas, curetas de mano o ultrasónicas, pinzas, disectores, deben ser manejados por personas que porten barreras de bio-seguridad: guantes, tapabocas, anteojos, para lavarlos con agua y jabón o cualquier detergente o mediante limpiadores de ultra sonido. Someter luego los elementos a esterilización en auto-clave,

calor seco o en glutaraldehido alcalino, según su estabilidad al calor húmedo, al calor seco o a los medios químicos; estos últimos serán lavados con agua esterilizada antes de ponerlos en contacto con tejidos vivos.

6.6.3.2 Elementos reusables SEMICRITICOS: Porta-amalgamas, condensadores de amalgama, cucharillas, raspadores ultrasónicos, pinzas algodoneras, espejos, retractores de comisuras, cubetas, deben ser lavados con agua y jabón (o detergente) en igual condiciones que los elementos críticos y luego serán sometidos a desinfección de usarse en el siguiente paciente.

En cuanto a la pieza de mano de alta velocidad se desinfectan manteniéndolas en gazas saturadas con hipoclorito de sodio 0.5% o glutaraldehido alcalino 2% o yodoforos por 20 minutos como povidona 2.5%; se debe además descargar o evacuar en la escupidera su contenido de agua-aire por 1 o dos minutos ya que al detenerse logra ejercer presión negativa con aspirado de elementos (sangre, saliva, residuos) y luego inyectar elementos desinfectantes en los conductillos con spray o jeringa, desinfectantes. Las geringas triples o piezas de mano o micromotores deben ser limpiados con germicida químico adecuado luego de ser enjuagados.

6.6.3.3 Eliminación de desechos. Ha de tenerse en cuenta que elementos cortantes o punzantes (hojas de bisturí, eyectores,

agujas) ya usados son elementos infectados y deben ser depositados en recipientes de hojalata que protejan a otras personas contra pinchazos o cortaduras accidentales; esos recipientes deben contener permanentemente hipoclorito de sodio al 5% y tener una abertura angosta para evitar que alguien trate de extraer con la mano los elementos cortopunzantes allí sumergidos; estos recipientes serán sellados y marcados como material infectado y depositado en la basura después de 10 o más días de haberse agotado el espacio para alojar más elementos de desecho en su interior. Las gasas, algodones y demás elementos desechables usados deben arrojados para protección de las personas, en recipientes con bolsa de plástico debidamente marcadas como material infectado, de manera tal que permita el fácil retiro por parte del personal de aseo (obviamente con guantes gruesos), para luego ser desinfectados e incinerados en sitios específicos, que el director del centro de atención del paciente indique (esta desinfección puede hacerse con hipoclorito de sodio al 5%).

6.6.3.4 Descontaminación de superficies ambientales y recipientes de almacenamiento.

Estas áreas o elementos de almacenamiento deben ser consideradas como reservorios de gérmenes por las siguientes razones:

a) Reciben salpicaduras o impregnación de aerosoles (sangre, sangre-

saliva, proyectados por las piezas de alta velocidad).

b) Pueden ser contaminados por elementos de saliva mal lavados, mal desinfectados o mal esterilizados.

c) Pueden ser contaminados por el aire, estornudos, etc. a través del tiempo (una semana si se conservan en papel, o dos semanas si se conservan en tela).

d) Estas superficies y/o recipientes deben ser desinfectados diariamente con hipoclorito de sodio 0.5% según la cantidad de sustancias orgánicas presentes (sangre, flujos, saliva, secreciones); debe tenerse cuidado con elementos no bien niquelados o de aluminio y en este caso deberá emplearse glutaraldehído alcalino 1% por 10 horas. Las superficies difíciles de sanitizar (cabezote de Rx) deben ser envueltos en papel encerado o de aluminio y renovados y desechados por personas con barreras de bioseguridad después de usados.

En cuanto a las ropas es conveniente tener en cuenta que partículas virales (aunque en concentración bajas) pueden detectarse en elementos secos hasta 3 días después de impregnados o en elementos húmedos hasta 15 días a temperatura ambiente.

En consecuencia se normatiza que la ropa sucia se maneje tan pronto como sea posible y en el sitio mismo donde se usó sin sacudirla y por parte de personas con guantes, tapaboca y anteojos; coloque en bolsas plásticas, impermeables y rotuladas como material infectado.

Si se utiliza agua caliente (71°C), emplear detergente y someterla a lavado por 25 minutos; si se utiliza baja temperatura se debe emplear detergentes indicados para tal fin, se recomienda un remojo y enjuague inicial con hipoclorito de sodio 1% durante 20 minutos.

Las ropas que serán utilizadas en procedimientos invasivos deberán ser esterilizadas y almacenadas como lo indican los items 6.6.3.1 y 6.6.3.4.

6.6.3.5 Manejo de biomateriales dentales. *El trabajador en salud oral debe consultar e ilustrarse convenientemente acerca de la estabilidad de los distintos bio-materiales dentales ante los procedimientos de desinfección: desinfectar las impresiones y sus cubetas antes de remitirlas a paso de laboratorio al igual que los materiales empleados para registros oclusales.*

6.6.3.6 Manejo de especímenes para biopsia. *Cada espécimen debe ser colocado cuidadosamente dentro de un recipiente adecuado (formol al 10% y si es el caso en glutaraldehído 10% para microscopia electrónica); éste manejo debe ser realizado por personas con barreras de bioseguridad, para evitar riesgo de contaminación durante este proceso antes de sumergir el espécimen en el recipiente; si este recipiente se contamina con sangre o exudados en su superficie externa deben limpiarse y desinfectarse y colocando en una bolsa impermeable.*

Antes de finalizar esta sección es indispensable recordar la premisa fundamental del presente protocolo según la cual:

TODA PERSONA ES SOSPECHOSA DE TRANSMITIR LA ENFERMEDAD. Por consiguiente **TODAS LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA EL CONTROL DE CONTAGIO Y PROPAGACION DE LA INFECCION POR HIV DEBEN EMPLEARSE PARA TODOS LOS PACIENTES Y PARA TODOS LOS ELEMENTOS REUSABLES O DESECHABLES QUE HAYAN SIDO EMPLEADOS EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS INCLUYENDO DESCONTAMINACION DE AREAS AMBIENTALES.** Estas normas no solo deben ser cuidadosamente seguidas por el Odontólogo, docentes y estudiantes, sino hacer que las cumpla el personal auxiliar y técnicos de Rayos X, de laboratorio, aseadoras, etc.

6.7 CONTROL DE POSIBLE CONTAGIO DE TRABAJADOR DE SALUD ORAL A PACIENTE.

Se considera que la forma de realizar la contaminación a pacientes por parte del odontólogo y demás trabajadores de la salud oral HIV sero-positivo (portadores asintomáticos) es a través de heridas abiertas exudativas o por cortadas y pinchazos durante la ejecución de procedimientos invasivos a los paciente; esto conlleva al riesgo de contacto directo de sangre-exudados del trabajador de la salud oral con tejidos del paciente o vehiculizados por los instrumentos que dicho personal debe manipular.

Las medidas para controlar este riesgo de contagio son las

siguientes y conjuntamente realizadas:

6.7.1 Lavado de manos como ya se advirtió en el numeral 6.2.

6.7.2 Medidas de esterilización ya vista en el numeral 6.1.

6.7.3 Empleo riguroso de las barreras de bioseguridad. Cada vez son más numerosos los pacientes que se preocupan por la alta posibilidad de que su odontólogo sea HIV positivo (portador asintomático) o que dicho profesional atienda pacientes de Grupo II, III o IV y en consecuencia su visita al odontólogo se convierta para ellos en alto riesgo de contagio. Las barreras de seguridad observadas por el paciente en la indumentaria del trabajador de salud oral le despejan de tal temor, a la vez que evita el interrogatorio del paciente al trabajador de salud oral indagando por su posible sero-positividad HIV o la base para implantar potenciales demandas.

**La infección está
en sus manos!**





**SEA PROTAGONISTA
DE SU FUTURO**

ANEXO 1.

DECRETO REGLAMENTARIO SOBRE EL SIDA

MINISTERIO DE SALUD

DECRETO NUMERO 559

Del 22 de febrero de 1991

Por el cual se reglamentan parcialmente las leyes 09 de 1979 y 10 de 1970, en cuanto a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, especialmente lo relacionado con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA), y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

El presidente de la República de Colombia

En uso de las atribuciones que le confiere el artículo 120, numeral

3º. de la Constitución Política, y el artículo 1º. del Decreto 1050 de 1968.

CONSIDERANDO

Que de conformidad con la Ley 09 de 1979, la salud es un bien de interés público.

Que de acuerdo con la Ley 10 de 1990, la prestación de los servicios de salud en todos los niveles es un servicio público a cargo de la nación, el cual es administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas.

Que el artículo 1º. de la Ley 10 de 1990 faculta al Estado para que dentro de los términos del artículo 32 de la Constitución Política intervenga en el servicio público de salud, a fin de determinar los derechos y deberes que los habitantes del territorio en relación con el servicio público de salud.

Que corresponde a la Dirección Nacional del Sistema de Salud dictar las normas científicas y técnicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades e instituciones del Sistema de Salud, al igual que reglamentar la atención en los casos de enfermedades transmisibles y los procedimientos para su prevención y control.

Que teniendo en cuenta que ha surgido una nueva enfermedad

transmisible de carácter mortal causada por el virus denominado de inmunodeficiencia Humana (HIV), para el cual no existe en la actualidad tratamiento curativo, ni se ha desarrollado vacuna alguna y que, por su particular forma de transmisión, constituye una gran amenaza para la salud pública, se hacen necesarias las disposiciones reglamentarias correspondientes.

Que por su carácter de enfermedad infecciosa, transmisible y mortal, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA), suscitan en la sociedad un problema de múltiples facetas que afecta, entre otras, instituciones como la medicina, la familia, el trabajo y la ética.

Que es necesario establecer el punto de equilibrio entre los derechos y deberes de las personas sanas como infectadas, asintomáticas o enfermas, entre los individuos y las instituciones, entre los trabajadores y los empleadores, y entre el bienestar público y el individual.

Que por lo anteriormente expuesto se hace necesario expedir una reglamentación que regule las conductas y acciones que las personas naturales y jurídicas, así como las instituciones públicas y privadas deben seguir para la prevención y el control de la epidemia por el HIV, al igual que señale los procedimientos para propender por la eficacia de las mismas.

DECRETA

CAPITULO I

*DEL CAMPO DE APLICACION,
DE LAS DISPOSICIONES GENERALES
Y DE LAS DEFINICIONES*

Artículo 1º. *Las disposiciones contempladas en el presente Decreto se aplicarán a todas las personas sanas o enfermas, así como a las instituciones públicas y privadas, que de alguna manera, estén vinculadas o deban vincularse a la prevención y demás acciones relacionadas con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA).*

Artículo 2º. *Para los efectos del presente Decreto adóptanse las siguientes definiciones:*

Aislamiento: *Medida preventiva o de seguridad mediante la cual una persona enferma es sometida a controles especiales destinados a evitar el agravamiento de su estado o a que pueda llegar a afectar la salud de los demás*

Asintomático: *Persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) quién no presenta síntomas ni signos de enfermedad.*

Atención integral: Conjunto de servicios preventivo-asistenciales que se prestan a una persona para satisfacer las necesidades que su condición de salud requiera.

Autocuidado: Observación del conjunto de normas, recomendaciones y precauciones, destinadas a prevenir la infección por HIV en un individuo o comunidad, o a mantener conductas apropiadas en personas ya infectadas con miras a la disminución del impacto de la misma.

Caso de SIDA: Cada una de las personas infectadas por HIV quien presente signos y síntomas asociados directamente con dicha infección.

Conductas de riesgo: Comportamiento del individuo quien por inobservancia del autocuidado incrementa sus posibilidades de infectarse con el HIV.

Confidencialidad: Entiéndase por confidencialidad la reserva que deben mantener todos y cada uno de los integrantes del equipo de salud con respecto al estado de salud del individuo, cuando lo conozcan por razón de sospecha de la infección por HIV, estudio o atención de la enfermedad.

Consejería: Conjunto de actividades llevadas a cabo por el personal entrenado y calificado para dar información, educación y asesoría a

los pacientes, su familia y comunidad, en lo relacionado con la infección por el HIV y el SIDA. Basada en el riesgo pretende identificar y atender aquellos comportamientos que constituyan factores que afecten las actitudes de las personas y grupos mencionados o representen un riesgo potencial para los demás.

Contagio: Transmisión de la infección por HIV a un individuo susceptible, mediante contacto directo o indirecto.

Contaminación: Es la presencia del HIV en personas, objetos o productos.

Discriminación: Actitudes o prácticas mediante las cuales se afecta el desarrollo de las actividades normales de una persona o grupo de personas dentro de su contexto social, familiar, laboral o asistencial, o se les rechaza o excluye, por la sospecha o confirmación de estar infectas por HIV.

Equipo de salud: Grupo interdisciplinario de trabajadores de la salud, cuyas actividades están orientadas a la prevención, atención, tratamiento y seguimiento de los problemas de la salud del individuo y de la comunidad.

Infección por el HIV: Es la replicación del HIV en un individuo, con la consiguiente respuesta inmune.

Infectado: Individuo con prueba serológica positiva específica para HIV.

Inmunodeficiencia: Falla del sistema inmunológico de un individuo para producir una respuesta ante la presencia de agentes o sustancias biológicas extrañas.

Material biológico: Todo tejido o secreción de origen humano o animal susceptible de contaminarse o causar contaminación.

Medidas universales de bioseguridad: Conjunto de normas, recomendaciones y precauciones tendientes a evitar en las personas el riesgo de daño o contaminación causado por agentes físicos, químicos o biológicos.

Prevención: Adopción de medidas adecuadas tendientes a evitar los riesgos de daño, contaminación o contagio.

Prueba diagnóstica presuntiva: Examen serológico que indica posible infección por el HIV en un individuo, y cuyo resultado, en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de laboratorio.

Prueba diagnóstica confirmatoria: Examen serológico de alta especialidad que comprueba la infección por el HIV.

Prueba diagnóstica aceptada: Examen serológico aprobado y autorizado por el Instituto Nacional de Salud con base en estudios de sensibilidad, especificidad, reproducibilidad y concordancia, para su utilización con fines diagnósticos, de tamizaje o de investigación.

Prueba diagnóstica indiscriminada: Es el examen serológico practicado a un individuo, grupo o comunidad, sin tener en cuenta criterios de orden clínico o epidemiológico.

Seropositivo: Individuo con prueba diagnóstica confirmatoria positiva para infección por HIV.

Sexo seguro: Conjunto de precauciones que un individuo adopta en relación con su sexualidad para prevenir el riesgo de infección de enfermedades de transmisión sexual y en especial la causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): Conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario de un individuo como consecuencia de la infección por el HIV.

Transmisibilidad: Proceso por el cual el agente etiológico de una enfermedad puede pasar de un individuo infectado a otro susceptible, a través de un vehículo.

CAPITULO II

DEL DIAGNOSTICO Y LA ATENCION INTEGRAL

Artículo 30. *El diagnóstico de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un acto propio del ejercicio de la medicina.*

Artículo 40. *Es procedimiento practicar pruebas de apoyo para el diagnóstico de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), en los siguientes casos:*

- a) En presencia de antecedentes epidemiológicos al respecto, sin perjuicio del cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Capítulo V de este Decreto.*
- b) Cuando exista sospecha clínica de infección por HIV.*
- c) Para los fines preventivos que el Comité Ejecutivo Nacional de Lucha contra el SIDA señale.*
- d) Por petición del interesado.*

Artículo 50. *Las pruebas presuntiva y confirmatoria de infección por el HIV, se realizarán en laboratorios oficiales y privados que cumplan los requisitos y las normas de calidad establecidos por la*

Red Nacional de Laboratorios.

Artículo 60. *El resultado de la prueba para diagnóstico de infección por HIV deberá ser entregado al paciente por el médico tratante o, por delegación de éste, a través de un profesional de la salud debidamente entrenado en consejería.*

Artículo 70. *Para todos los fines legales considerase que una persona infectada por el HIV, mientras permanezca asintomática, no tiene la condición de enfermo. Cuando sea el caso, esta situación deberá ser probada mediante dictamen médico especializado.*

Artículo 80. *Ningún trabajador de la salud o institución de salud se podrá negar a prestar la atención que requiera un infectado por el HIV o un enfermo del SIDA, según asignación de responsabilidades por niveles de atención so pena de incurrir en una conducta sancionable de conformidad con las disposiciones legales que regulen el ejercicio de las profesiones y las prescripciones del presente Decreto.*

Artículo 90. *Las instituciones de salud deben promover y ejecutar acciones de información, capacitación y adecuación continua al equipo de salud que forme parte de su planta de personal y al nivel subsiguiente inmediatamente inferior, con el fin de mantener conocimientos acordes con los avances científicos y tecnológicos, y*

poder garantizar una motivación suficiente para el manejo adecuado de la patología a que se refiere el presente Decreto.

Artículo 10. *La atención a los afectados por el HIV y los enfermos del SIDA, de acuerdo con el criterio médico y con sujeción a las normas técnico-administrativas expedidas por el Ministerio de Salud, será de carácter ambulatorio, hospitalario, domiciliario o comunitario.*

Parágrafo: *La familia y la comunidad participarán activamente en el mantenimiento de la salud de las personas infectadas por HIV asintomáticas y cuando sea posible en la recuperación de personas enfermas de SIDA, así como en el proceso de bien morir de personas en estado terminal.*

CAPITULO III

DE LA PREVENCION Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO

Artículo 11. *La prevención en su más amplia acepción constituye la medida más importante para el contro de la infección por el HIV; por tanto, las acciones que en relación al SIDA se tomen deben propender prioritariamente a ella.*

Artículo 12. La prevención en la lucha contra el SIDA deberá ser impulsada por todas las instancias, organizaciones, instituciones y sectores de la Nación, de carácter público y privado.

Artículo 13. El Ministerio de Comunicaciones adoptará los mecanismos necesarios para que a través del Instituto Nacional de Radio y Televisión, la Radiodifusora Nacional y demás medios masivos de comunicación se emitan mensajes de orientación a la comunidad para prevenir la infección por el HIV y el SIDA.

Artículo 14. Los miembros de la comunidad tienen el deber de velar, mediante el autocuidado, por la conservación de su salud al fin de evitar la infección por el HIV; a su vez, el de concurrir a la protección de las demás personas poniendo en práctica las medidas de prevención.

Artículo 15. El Ministerio de Salud, teniendo en cuenta los principios científicos universalmente aceptados expedirá las normas para la prevención primaria, secundaria y terciaria, de la infección por el HIV y el SIDA.

Artículo 16. El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud, a través de los planteles educativos, impartirá educación sexual, acorde con el respectivo nivel y con énfasis en actitudes responsables, a niños de preescolar y

estudiantes de primaria, secundaria y enseñanza superior, para lo cual establecerá los mecanismos tendientes a la capacitación de los docentes de las diferentes áreas.

Artículo 17. Para los fines del presente Decreto, el Ministerio de Educación en coordinación con el Ministerio de Salud, a través de los establecimientos educativos, impartirá información sobre las enfermedades de transmisión sexual y su prevención, a estudiantes de primaria, secundaria y enseñanza superior, para lo cual establecerá los mecanismos tendientes a la capacitación de docentes.

Artículo 18. El Ministerio de Salud en coordinación con organizaciones no gubernamentales (ONGs) desarrollará acciones tendientes a la formación de multiplicadores de información y educación sobre los diferentes aspectos de la prevención, en la comunidad, especialmente en los grupos específicos con comportamientos de riesgo.

Artículo 19. De conformidad con la Ley 09 de 1979 y el Decreto 1562 de 1984, todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas del sector, están obligadas a notificar los casos de enfermos de SIDA y los de infectados por el HIV, so pena de ser sancionados de conformidad con las normas pertinentes y sin perjuicio de que pueden llegar a incurrir en el delito de violación de medidas sanitarias consagradas en el Código Penal. El

procedimiento de notificación deberá garantizar la confidencialidad.

Artículo 20. *La notificación de los infectados por el HIV y de los casos de SIDA, deberán hacerse con sujeción a las disposiciones contempladas en el presente Decreto y a las normas sobre vigilancia y control epidemiológico que para tal efecto expide el Ministerio de Salud.*

Artículo 21. *La información epidemiológica en relación con la infección por el HIV es de carácter confidencial. El secreto profesional no podrá invocarse como impedimento para suministrar dicha información en los casos previstos en las disposiciones legales y reglamentarias.*

Artículo 22. *La exigencia de pruebas serológicas para determinar la infección por el HIV, queda prohibida como requisito obligatorio en las siguientes circunstancias: a) Admisión o permanencia en centros educativos, deportivos o sociales. b) Acceso a cualquier actividad laboral o permanencia en la misma.*

La contravención a esta norma acarrea las sanciones previstas en el presente decreto.

Artículo 23. *Los bancos de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos deberán realizar a sus donantes la prueba para*

detectar infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), so pena de las sanciones previstas en las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia y sin perjuicio de la aplicación de las normas de carácter penal a que haya lugar.

Artículo 24. *Las instituciones de salud asistenciales, laboratorios, bancos de sangre, consultorios y otras que se relacionen con el diagnóstico, investigación y atención de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), deberán acatar las recomendaciones que en materia de medidas universales de bioseguridad sean adoptadas por el Ministerio de Salud.*

Artículo 25. *Las instituciones de salud y demás que manipulen material biológico de origen humano, facilitarán a sus trabajadores los medios y elementos oficialmente recomendados para asegurar las medidas de bioseguridad.*

Artículo 26. *Los bancos de sangre y hemoderivados deberán realizar a las unidades de sangre donadas, las pruebas serológicas específicas para detección de la infección por el HIV, so pena de las sanciones previstas en las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia y sin perjuicio de la aplicación de las normas de carácter penal a que haya lugar.*

Artículo 27. *Considérase el uso del condón como una medida de*

carácter preventivo de la infección el HIV. En consecuencia, las droguerías y supermercados o similares, así como los establecimientos que ofrezcan facilidades para la realización de prácticas sexuales, deberán garantizar a sus usuarios la disponibilidad de condones.

Artículo 28. *Sin perjuicio de las medidas sanitarias de carácter individual a que haya lugar y del derecho que toda persona tiene a obtener certificado sobre su estado de salud cuando lo considere conveniente, considérase la carnetización o certificación obligatoria al respecto, como una medida ineficaz y discriminatoria. En consecuencia, prohíbese la exigencia de carnets o certificados con referencia a enfermedades de transmisión sexual incluida la infección por HIV.*

CAPITULO IV

DE LA INVESTIGACION

Artículo 29. *En desarrollo del artículo 54 de la Ley 23 de 1981, la investigación terapéutica en humanos y en especial la aplicada en casos de SIDA, mientras no existan disposiciones legales específicas sobre la materia, se sujetará a la declaración de Helsinki dictada por la Asociación Médica Mundial.*

Artículo 30. *El Ministerio de Salud a través de sus organismos o*

comisiones especializadas estimulará y apoyará la realización de investigaciones relacionadas directa o indirectamente con la infección por el HIV y el SIDA.

CAPITULO V

DEL EJERCICIO DE LOS DERECHOS Y

CUMPLIMIENTO DE LOS DEBERES

Artículo 31. *Las personas y entidades de carácter público y privado que presten servicios de salud, están obligadas a dar atención integral a las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) y los enfermos de SIDA, o con posibilidades de estarlo, de acuerdo con el nivel de complejidad que les corresponda, en condiciones de respeto por su dignidad, sin discriminarlas y con sujeción al presente Decreto y a las normas técnico-administrativas y de vigilancia epidemiológica expedidas por el Ministerio de Salud.*

Artículo 32. *Los integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), asintomática o sintomática, están en la obligación de guardar la confidencialidad de la consulta, diagnóstico y evolución de la enfermedad.*

De igual manera, se observará tal disposición con personas con conducta sexual de riesgo cuyo estado no sea seropositivo.

Artículo 33. *Por razones de carácter sanitario, cuando la persona tenga la condición de infectado asintomático, el médico tratante, en los casos en que considere la existencia de peligro inminente de contagio, podrá informar de su estado de salud al conyuge, compañero permanente o pareja sexual permanente, para su respectivo estudio diagnóstico, previo consentimiento informado de estos. Así mismo, cuando el médico lo considere pertinente le informará a las personas que estén expuestas al riesgo, para que asuman las medidas de protección correspondientes.*

Artículo 34. *En cumplimiento del Artículo 18 de la Ley 23 de 1981, cuando la condición del paciente infectado por el HIV sea grave por cualquier causa, el médico tiene la obligación de comunicar tal situación a sus familiares o allegados.*

Artículo 35. *Los trabajadores no están obligados a informar a sus empleadores su condición de infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o su relación de riesgo con respecto al mismo.*

Artículo 36. *Las personas infectadas por el HIV o que hayan desarrollado el SIDA y conozcan tal situación, con el objeto de contribuir a evitar la propagación de la epidemia, deberán informar dicha situación a su médico tratante o al equipo de salud ante el cual solicite algún servicio asistencial.*

Artículo 37. *La práctica de pruebas serológicas para detectar infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) en encuestas a grupos con comportamientos de riesgo o población en general, solo podrá efectuarse previo consentimiento del encuestado o cuando la autoridad sanitaria competente lo determine y nunca con fines discriminatorios.*

Artículo 38. *Las personas privadas de libertad no podrán ser sometidas a pruebas obligatorias para detectar infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), salvo para fines probatorios en un proceso judicial o por orden de autoridad sanitaria competente.*

Artículo 39. *A las personas infectadas y a los hijos de padres o madres infectados, estén infectados o no por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), no podrá negárseles, por tal causa, su ingreso y permanencia a los centros educativos, públicos o privados, ni ser discriminados por ningún motivo.*

CAPITULO VI

DE LOS MECANISMOS DE ORGANIZACION Y COORDINACION

Artículo 40. *Para efectos de darle una estructura organizativa al Programa de Prevención y Control de la infección por el Virus de*

Inmunodeficiencia Humana (HIV) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se establecen instancias y mecanismos de coordinación, los cuales se enuncian en los artículos siguientes.

Artículo 41. *Créase con carácter permanente el Consejo Nacional de SIDA.*

Parágrafo: *El Consejo a que se refiere este artículo estará adscrito al Despacho del Ministerio de Salud.*

Artículo 42. *El Consejo Nacional de SIDA tendrá por objeto promover y respaldar las acciones que se lleva a cabo en el país para la prevención y control de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y asesorar al Ministerio de Salud en la toma de decisiones sobre la materia.*

Artículo 43. *El Consejo Nacional de SIDA estará integrado de la siguiente manera:*

- *El Ministro de Salud o su delegado, quien lo presidirá.*
- *El Ministro de Educación o su delegado.*
- *El Ministro de Trabajo o su delegado.*
- *El Director del Instituto de Bienestar Familiar (ICBF) o su delegado.*
- *El Director del Instituto Nacional de Salud;*

- El representante de la OPS/OMS para Colombia;
- Dos representantes de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de lucha contra el SIDA, constituidas legalmente, seleccionados por el Ministerio de Salud.
- El Coordinador del Programa Nacional de Prevención y Control de la infección por el HIV y del SIDA, quien será el Secretario Ejecutivo.

Parágrafo. El Consejo podrá invitar a sus reuniones, cuando así lo estime necesario, a representantes de otras entidades de los sectores público y privado, o a consultores especiales.

Artículo 44. Son funciones del Consejo Nacional de SIDA las siguientes:

- Proponer la política general para el desarrollo del Programa de Prevención y Control de la infección por el HIV y del SIDA, en aspectos éticos, jurídicos, laborales, internacionales, financieros y de movilización social, y con información masiva y educación sexual.
- Recomendar el establecimiento de mecanismos para asegurar la participación intersectorial en las actividades del Programa.
- Evaluar el desarrollo del Programa Nacional de Prevención y Control de la infección por el HIV y del SIDA y sugerir ajustes necesarios.
- Apoyar la consecución de fuentes de financiación nacional e

internacional.

- *Prestar la asesoría que se le solicite para la preparación de acuerdos o convenios internacionales.*
- *Aprobar los mecanismos de coordinación necesaria con los programas nacionales de los países de la subregión Andina.*
- *Dictar su propio reglamento interno.*
- *Las demás que los sectores participantes consideren pertinentes en desarrollo de este Decreto.*

Artículo 45. *El Consejo Nacional de SIDA se reunirá ordinariamente cada dos (2) meses y extraordinariamente a solicitud de su presidente.*

Artículo 46. *Créase con carácter permanente el Comité Ejecutivo Nacional de Prevención y Control de la infección por el HIV y del SIDA.*

Artículo 47. *El Comité a que hace referencia el artículo anterior, estará integrado así:*

- *El Director General Técnico, o de la dependencia que haga sus veces, del Ministerio de Salud, o su delegado;*
- *El Subdirector de Control de Patología, o de la dependencia que haga sus veces, del Ministerio de Salud, o su delegado;*
- *El Subdirector de Recursos Humanos del Sector, o de la dependencia*

que haga sus veces, del Ministerio de Salud, o su delegado;

- El Jefe de la Oficina de Participación e Integración Social, o de la Dependencia que haga sus veces, del Ministerio de Salud, o su delegado;

- El Jefe de la Oficina Jurídica del Ministerio de Salud, o su delegado.

- El Coordinador de la Red Nacional de Bancos de Sangre del Instituto Nacional de Salud.

- Un representante de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) de lucha contra el SIDA, constituidas legalmente, escogido por el Ministerio de Salud.

- Un representante de los Comités Seccionales, que para tal efecto se crearán, escogido por el Ministro de Salud.

- Un coordinador general.

Parágrafo. Actuará como coordinador general del Comité a que hace referencia este artículo, el funcionario que determine el Ministro de Salud, previa consideración de una lista de profesionales sugeridas por dicho Comité.

Artículo 48. Son funciones del Comité Ejecutivo Nacional de Prevención y Control de la infección por el HIV y del SIDA, las siguientes:

- Dirigir el desarrollo de las estrategias para la prevención y

control de la infección por el HIV y el SIDA, las siguientes:

- *Promover la participación de Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y de la empresa privada en las actividades del Programa.*
- *Adoptar con las modificaciones a que haya lugar, las directrices y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud OPS/OMS emanadas del Programa Global sobre el SIDA.*
- *Elaborar y dirigir la ejecución del Plan Nacional de Prevención y Control de la infección por el HIV y del SIDA.*
- *Dictar su propio reglamento interno.*
- *Emitir concepto previo para que el Ministro de Salud señale la estructura y funciones de los comités departamentales, intendenciales, comisariales, distritales y municipales.*
- *Realizar control de gestión de planes y programas.*
- *Presentar informes periódicos sobre su gestión al Consejo Nacional y al Ministro de Salud.*
- *Conceptuar sobre proyectos de investigación que se sometan a su consideración.*
- *Las demás que los miembros consideren pertinentes.*

Artículo 49. *Para el desempeño de las funciones del coordinador general del Comité Ejecutivo Nacional de Prevención y Control de la infección por el HIV y del SIDA, se requiere:*

- *Ser médico con especialización en cualquiera de las siguientes áreas: Salud Pública, Administración en Salud, Epidemiología, infectología, inmunología, Hematología, Medicina interna, o*

Psiquiatría, y tener experiencia en el manejo de la problemática del SIDA.

Artículo 50. *Son funciones del Coordinador del Comité Ejecutivo Nacional de Prevención y Control de la infección por el HIV y del SIDA, las siguientes:*

- *Desempeñar la secretaría ejecutiva del Consejo Nacional de SIDA.*
- *Convocar y presidir el Comité Ejecutivo Nacional de Prevención y Control de la infección por HIV y del SIDA.*
- *Servir de enlace entre el Consejo Nacional de SIDA y el Comité Ejecutivo Nacional de Prevención y Control de la infección por el HIV y del SIDA.*
- *Orientar todas las acciones del Comité Ejecutivo.*
- *Tramitar ante los estamentos superiores los documentos pertinentes.*
- *Cumplir y hacer cumplir el reglamento interno.*

Artículo 51. *Créanse con carácter permanente los comités departamentales, intendentales, comisariales, distritales y municipales, de lucha contra el SIDA.*

Artículo 52. *El Ministerio de Salud, oído el concepto del Comité Ejecutivo Nacional de Lucha contra el SIDA, señalará la estructura y funciones de los comités a que se refiere el artículo anterior.*

CAPITULO VII

DE LOS PROCEDIMIENTOS Y SANCIONES

Artículo 53. *Las personas que después de haber sido informadas de estar infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), realicen deliberadamente prácticas mediante las cuales puedan contaminar a otras personas, o donen sangre, semen, órganos o en general componentes anatómicos, podrán ser denunciadas para que se investigue la existencia de los delitos de propagación de epidemia o violación de medidas sanitarias señalados en el Código Penal. Su reclusión, si fueren condenadas, deberá hacerse en lugares adecuados para su asistencia sanitaria, psicológica y psiquiátrica.*

Artículo 54. *El incumplimiento de las disposiciones del presente Decreto dará lugar a la aplicación de las siguientes sanciones previstas en la Ley 10 de 1990, las cuales serán impuestas por las autoridades competentes en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia:*

- a) Multas en cuantías hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales;*
- b) Intervención de la gestión administrativa o técnica de las entidades que presten servicio de salud, por un término de hasta seis meses;*

c) Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las entidades privadas que presten servicios de salud;

d) Suspensión o pérdida de la autorización para prestar servicios de salud;

Parágrafo. Las sanciones previstas en este artículo se aplicarán sin perjuicio de las que contemple el régimen de inspección y vigilancia que corresponde a las instituciones de seguridad, previsión social y subsidio familiar.

Artículo 55. El proceso sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud o información de funcionario público, por denuncia o queja debidamente fundamentada presentada por cualquier persona o como consecuencia de haberse tomado con antelación una medida de seguridad o preventiva de conformidad con los artículos 576 y 591 de la Ley 09 de 1979, en cuanto fuere pertinente.

Parágrafo. Las medidas de seguridad y preventivas a que se refiere el presente artículo se aplicarán observando las disposiciones sobre la materia previstas en el Capítulo V del Decreto 1562 de 1984 en cuanto a Vigilancia, Control Epidemiológico y Medidas de Seguridad.

Artículo 56. El denunciante deberá intervenir en el curso del procedimiento a solicitud de autoridad competente, para dar los informes que le requieran. En todo caso, al instaurarse una denuncia

deberá presentarse, por lo menos, una prueba sumaria que le sirva de apoyo.

Artículo 57. Si los hechos materia del proceso sancionatorio fueren constitutivos de delito, se ordenará ponerlos en conocimiento de la autoridad competente, acompañándole copia de los documentos que corresponda.

Artículo 58. La existencia de un proceso penal o de otra índole no dará lugar a suspensión del proceso sancionatorio.

Artículo 59. Conocido el hecho o recibida la denuncia o el aviso, la autoridad competente ordenará la correspondiente investigación, para verificar los hechos o las omisiones que puedan constituir infracción a las disposiciones aquí señaladas.

Artículo 60. Para la verificación de los hechos u omisiones, podrán realizarse diligencias tales como visitas, toma de muestras, exámenes de laboratorio, mediciones, pruebas químicas o de otra índole, inspección ocular y, en general, las que se consideren conducentes.

Artículo 61. Cuando la autoridad competente encuentre que aparece plenamente comprobado que el hecho investigado no ha existido, que el presunto infractor no lo cometió, que la ley sanitaria no lo

considera como violación, o que el procedimiento sancionatorio no podía iniciarse o proseguirse, procederá a declararlo así y ordenará cesar todo procedimiento contra el presunto infractor.

Esta providencia deberá notificarse personalmente al presunto infractor.

Artículo 62. Realizadas las anteriores diligencias se pondrán en conocimiento del presunto infractor los cargos que se formulan, mediante notificación personal. El presunto infractor podrá conocer y examinar el expediente de la investigación.

Artículo 63. Si no fuere posible hacer la notificación por no encontrarse el representante legal o la persona jurídicamente capaz, se dejará una citación escrita con un empleado o dependiente que se encuentre en el establecimiento, o institución prestadora de servicios de salud, para que la persona indicada concurra a notificarse dentro de los cinco (5) días calendario siguientes. Si no lo hace se fijará un edicto en la Secretaría de la entidad sanitaria competente durante diez (10) días calendario, al vencimiento de los cuales se entenderá surtida la notificación.

Artículo 64. Dentro de los diez (10) días siguientes al de la notificación, el presunto infractor directamente o por medio de apoderado, podrá presentar sus descargos por escrito y aportar las pruebas o solicitar la práctica de las pruebas de aquellas que

considere pertinente.

Artículo 65. *La autoridad competente decretará, a costa del interesado, la práctica de las pruebas que considere conducentes, las que se llevarán a efecto dentro de un término máximo de treinta (30) días, el cual podrá prorrogarse hasta por un término igual al inicialmente fijado si en el plazo inicial no se hubieren podido practicar las decretadas.*

Artículo 66. *Vencido el término de que trata el artículo anterior y dentro de diez (10) días posteriores al mismo, la autoridad competente procederá a calificar la falta y a imponer la sanción correspondiente de acuerdo con dicha calificación.*

Artículo 67. *Se consideran circunstancias agravantes de una infracción, las siguientes:*

- a) Reincidir en la comisión de la misma falta;*
- b) Realizar el hecho con pleno conocimiento de sus efectos dañosos, con la complicidad de subalternos o su participación bajo indebida coacción;*
- c) Cometer la falta para ocultar otra;*
- d) Rehuir la responsabilidad o atribuírsela a otro u otros;*
- e) Infrigir varias obligaciones con la misma conducta;;*
- f) Preparar premeditadamente la infracción y sus modalidades.*

Artículo 68. Se consideran circunstancias atenuantes de una infracción, las siguientes:

- a) Los buenos antecedentes o conducta anterior;
- b) La ignorancia invencible;
- c) El confesar la falta voluntariamente antes de que se produzca daño a la salud individual o colectiva;
- d) Procurar, por iniciativa propia, resarcir el daño o compensar el perjuicio causado antes de la imposición de la sanción.

Artículo 69. Si se encuentra que no se ha incurrido en violación de las medidas sanitarias, se expedirá una resolución por la cual se declare el presunto infractor exonerado de responsabilidad y se ordenará archivar el expediente.

Parágrafo. El funcionario competente que no defina la situación bajo su estudio, dentro de los términos previstos en el mismo, incurrirá en causal de mala conducta.

Artículo 70. Las sanciones deberán imponerse mediante resolución motivada, expedida por la autoridad sanitaria, y deberá notificarse personalmente al afectado, dentro de los cinco (5) días posteriores a su expedición.

En el término de la notificación se indicarán los recursos que legalmente proceden contra las decisiones, las autoridades ante

quienes deben interponerse y el procedimiento para hacerlo.

Si no pudiere hacerse la notificación personal, se hará por edicto de conformidad con lo dispuesto por el Código Contencioso Administrativo.

Artículo 71. *Contra la providencia que imponga una sanción pueden interponerse los recursos de reposición y de apelación dentro de los cinco (5) días siguientes al de la notificación, de conformidad con lo previsto en el Código Contencioso Administrativo.*

Parágrafo. *De conformidad con el artículo 40, de la Ley 45 de 1946, el recurso de apelación se concederá sólo en el efecto devolutivo.*

Artículo 72. *Los recursos de reposición y de apelación se presentarán ante la misma autoridad que expidió la providencia.*

Contra las providencias expedidas por el Ministerio de Salud, sólo procede el recurso de reposición.

Artículo 73. *Cuando como resultado de una investigación adelantada por una autoridad sanitaria, se encuentre que la sanción a imponer es de competencia de otra autoridad sanitaria, deberán remitirse a ésta las diligencias adelantadas, para lo pertinente*

Artículo 74. *Cuando se del caso iniciar o adelantar un procedimiento sancionatorio, una práctica de pruebas o una investigación de*

competencia del Ministerio de Salud, éste podrá comisionar a las Direcciones Seccionales y Locales del Sistema de Salud para que adelanten la investigación o el procedimiento, pero la sanción o exoneración será decidida por el Ministerio de Salud. Igualmente cuando se deban practicar pruebas fuera del territorio de una Dirección Seccional o Local de Salud, el Jefe de la misma podrá comisionar al de otra Dirección para su práctica, caso en el cual señalará los términos para las diligencias.

Artículo 75. Cuando una entidad oficial distinta a las que integran el Sistema de Salud tenga pruebas en relación con conducta, hechos y omisiones que esté investigando una autoridad sanitaria, tales pruebas deberán ser puestas a disposición de la misma, de oficio, o por requerimiento de ésta, para que formen parte de la investigación.

Artículo 76. La autoridad sanitaria podrá comisionar a entidades oficiales que no formen parte del Sistema de Salud, para que practiquen u obtengan pruebas ordenadas o de interés para una investigación o procedimiento adelantado por la autoridad sanitaria.

Artículo 77. Cuando una sanción se imponga por un período de tiempo, éste empezará a contarse a partir de la ejecutoria de la providencia y se computará, para efectos de la misma, el tiempo transcurrido bajo una medida de seguridad o preventivo.

Artículo 78. El presente Decreto rige a partir de su publicación.

Publiquese y cumplase.

Dado en Bogotá, a 22 de febrero de 1991.

CESAR GAVIRIA TRUJILLO

Presidente de la República

FRANCISCO POSADA DE LA PEÑA

Ministro del Trabajo

JAIME GIRALDO ANGEL

Ministro de Justicia

CAMILO GONZALEZ POSSO

Ministro de Salud

ALFONSO VALDIVIESO SARMIENTO

Ministro de Educación

ALBERTO CASAS SANTAMARIA

Ministro de Comunicaciones

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO 1.

1992, *Revista Nuovodent, Cómo se propaga el virus? Vol. 1 nº 1*
pag.90-96.

FREEMAN, H, Aros, In Africa, Interferons Today and tomorrow vol. 5
pag 13-14.

GREEN SPAN D, PINDBORG, Y, GREENSPAN y Sida y el Problema bucal.
Edición 1987. Pag. 9-12.

VELEZ H, ROJAS William; BORRERO, Jaime; RESTREPO, Jorge. Sida,
Enfoque integral Edición 1993. pag. 1-2.

CAPITULO 2

1992 Revista Nuovodent, *Cómo se propaga el virus?* Vol.1 Nº 1. Pag.
1-2.

JEFRIES, D, *Aids - Virology, Interferons Today and tomorrow.* Vol 3.
pag. 11-12-13.

VELEZ H; ROJAS, William; BORRERO, Jaime; RESTREPO, Jorge; *Sida,*
Enfoque integral Edición 1993, pag. 2-6

Capítulo 3.

*MINISTERIO DE SALUD, Programa Nacional de Salud Pública, año 2
número 1, 1989.*

*PINOBOG. Actualización de la clasificación y el criterio y
diagnóstico de lesiones orales en infección por HIV, Revista
Oral día Marzo 1993, pag. 5-10.*

Capítulo 4.

ESTRADA, J. H. Orales asociados a infección por VIH estudio descriptivo. Revista Oral - día Septiembre - Octubre de 1994. Vol.18 Pag. 10-17.

FREEMAN, H. - Aids, -HIV and blood transfusión, Revista Interferon today and tomorrow 1988. Vol. 6, pag. 6-7.

GREENSPEND D; PINDBORD Y, RESTREPO Y, Sida y el problema bucal, 1987. Pag. 20-28.

MINISTERIO DE SALUD. Programa Nacional de Revisión y Control. Boletín Epidemiológico Nacional. Año 1. Nº2. Enero - Marzo 1994.

PATEL, F. Sida, Epidemiología y detección precoz. Vol.1, 1986. pag.15-17.

VELEZ H; ROJAS, William; BORRERO, Jaime; RESTREPO, Jorge; Sida, Enfoque integral Edición 1993, pag. 14-20

Capítulo 5.

ESTRADA, J. H. Orales asociados a infección por VIH estudio descriptivo. Revista Oral - día Septiembre - Octubre de 1994. Vol.18 Pag. 10-17.

FREEMAN, H; Cutáneos disease in Aids and Aids - Related complex, Retinoids. Abril de 1988. Vol.11. pag 29-30.

GREENSPAN D, Sida y el Problema bucal. 1987. Pag. 44-88

HATIMANN, W; THERAPY of Non - hodgkin's lymphomas, the controversy of today pag 32-35.

MAURA I; FLORES S. Patología bucal, 1992. pag 32-28-46-48.

PATEL, F. Aids - Clinical aspects. Interforon Today and tomorrow. Vol.2. Pag. 11-12.

PATEL, F. KAPOSI'S SARCOMA, interferion today and tomorrow 1988. Vol.4. Pag. 36-37.

PINO Borg. Actualización de la clasificación y el criterio y diagnóstico de lesiones orales en infección por HIV, Revista Oral día Marzo 1993, pag. 5-10.

SHAFER, G. et al. *Tratado de patología bucal*, 3ª edición. 1983. pag.
718-748-757.

VELEZ, I. *Carcinoma Escamocelular Oral, diagnóstico en el consultorio odontológico. Revista Tribuna Odontológica. Vol.1 Nº9. 1992. Pag.44-46.*

VELEZ H; ROJAS, William; BORRERO, Jaime; RESTREPO, Jorge; Sida, *Enfoque integral Edición 1993, pag. 70-88.*

Capítulo 6.

*MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Protocolo para manejo Odontológico de
pacientes, relativo al espectro de la infección HIV - SIDA
1991.*

ANEXO

*VELEZ, H. SIDA, enfoque integral, decreto Reglamentario sobre SIDA,
Decreto Nº 559 del 22 de febrero de 1991. Pag. 160-170.*