

11217 167
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NE SEGURIDAD Y SERVICOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL 'DR. GONZALO CASTANEDA'

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESP ECIALISTA EN :

GINECOLOGIA

Y

OBSTETRICIA

PRESENTA : DRA. LUGALDE PARRA J. ELENA

ASESOR DE TESIS : DR. JUAN FRANCISCO RAMIREZ ROLDAN

" FRECUENCIA DE PROMISCUIDAD Y PATRONES SEXUALES ANORMALES RELACIONADOS COMO FACTORES DE RIESGO EN LA TRANSMISION DEL SIDA, CONTRADOS EN DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GONZALO CASTANEDA "

NOVIEMBRE 1994

MEXICO, D.F.

1 60
06

15-XI-93

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998
279198



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. LUIS BAYADI ORTIZ PETRICIOLI _____
COORDINADOR DEL SERVICIO DE
GINECOOBSTETRICIA Y PROFESOR TITULAR
DE LA ESPECIALIDAD.

DR. JUAN FRANCISCO RAMIREZ ROLDAN _____
ASESOR DE TESIS

DR. EFRAIN PALACIOS QUINTERO _____
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DEL HOSPITAL GENERAL DR. GONZALO CASTANEDA

DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ _____
COORDINADOR DE TESIS

INDICE :

1. RESUMEN

2. JUSTIFICACION

3. MARCO TEORICO :

- GENERALIDADES

- TENDENCIA ACTUAL

4. HIPOTESIS

5. OBJETIVO GENERAL

6. OBJETIVOS ESPECIFICOS

7. MATERIAL Y METODOS

8. RESULTADOS

9. CONCLUSIONES

10. DISCUSION

11. BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

DE MARZO DE 1993 A OCTUBRE DE 1993, SE REALIZO EN 138 PACIENTES DEL HOSPITAL DR. GONZALO CASTANEDA (50 HOMBRES, 78 MUJERES) UN CUESTIONARIO DONDE SE OBTUVO LA FRECUENCIA EN LOS HABITOS SEXUALES QUE INTERVIENEN EN LA TRANSMISION SEXUAL DEL VIRUS DEL HIV, ENCONTRANDO UN PORCENTAJE DE 36 A 42% EN HOMBRES QUE TIENEN MAS DE UNA O DOS PAREJAS, LLEVANDO SOLO METODO ANTICONCEPTIVO UN 12%. FINALMENTE LLEGAMOS A QUE SE NECESITA EDUCACION PUBLICA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y SU MANERA DE PREVENCION.

SUMMARY

FROM MARCH 1993 TO OCTOBER 1993, IN 138 PATIENTS FROM HOSPITAL DR. GONZALO CASTANEDA (50 MEN AND 78 WOMEN) INVESTIGATION WHERE TO OBTAIN THE FREQUENCY SEXUAL HABITS, TO ACT IN THE TRANSMISSION SEXUAL OF VIRUS HTLV-III/LAV, TO FIND OUT A PERCENTAGE 36 TO 42% IN MEN TO HAVE ONE OR MORE TO PARTNER, THEY USING ANTI-CONCEPTION METHOD A 12%. FINALLY, WE NEED PUBLIC EDUCATION ABOUT RISK FACTOR AND YOUR PREVENTION.

JUSTIFICACION :

EN MEXICO EL INTERES DE LA OPINION PUBLICA HA VENIDO AUMENTANDO EN FORMA PARALELA A LA DESMEDIDA ATENCION QUE LOS SERVICIOS INFORMATIVOS HAN PRESTADO AL PROBLEMA SOBRE EL SIDA, EN OCASIONES CON INFORMACIONES ERRONEAS OCASIONANDO ALARMA Y CONFUSION EN LA POBLACION EN GENERAL. (13,31).

PARA PODER CONOCER EL RIESGO REAL EN LA POBLACION Y DETERMINAR DESDE AHORA EL TIPO DE MEDIDAS A TOMAR, DEBE CONOCERSE CARACTERISTICAS DEL VIRUS, FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS. (13,14).

RESULTA DE ESPECIAL INTERES, EL HECHO DE QUE PUBLICACIONES RECIENTES MENCIONEN COMO UNA DE LAS PRINCIPALES FORMAS DE TRANSMISION SEA POR HETEROSEXUALES Y POR LO TANTO SE VEA AUMENTANDO LA APARICION EN NIÑOS POR VERSE INVOLUCRADA LA VIA PERINATAL. (15).

AUNQUE HASTA EL MOMENTO EL NUMERO DE CASOS ES BAJO COMPARATIVAMENTE CON LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA, ESTA TENDENCIA ASI COMO LA VECINDAD CON ESTE PAIS, YA QUE ES CON EL QUE MANTIENE INTERCAMBIO DE POBLACIONES DE TODOS TIPOS INCLUYENDO LOS DE RIESGO, SUGIEREN QUE EN LOS PROXIMOS AÑOS EL SIDA PODRIA CONVERTIRSE EN UN PROBLEMA DE GRANDES PROPORCIONES PARA LA SALUD EN MEXICO. (14).

SE SABE QUE LOS HABITOS SEXUALES SON CONSIDERADOS COMO FACTORES DE RIESGO IMPORTANTE, EXISTIENDO LOS PORTADORES SINTOMATICOS Y ASINTOMATICOS, SIENDO UNA FUENTE DE CONTAMINACION QUE DEBE INVITARNOS A MEDITAR SERIA Y JUICIOSAMENTE ACERCA DE LOS METODOS DE DETECCION Y PREVENCION.

LA PRIMERA DESCRIPCION CLINICA DE SIDA, FUE REPORTADO EN 1981 CUANDO GRUPOS DE NUEVA YORK Y SAN FRANCISCO DESCRIBIERON LA OCURRENCIA DE PNEUMOCYSTIS CARINNI, PNEUMONIA O SARCOMA DE KAPOSI EN HOMOSEXUALES PREVIAMENTE SANOS. (3).

ESTA ENFERMEDAD APARECIO POR PRIMERA VEZ EN EL CENTRO DE AFRICA, ENTRE 1977 Y 1978. FUE HASTA 1983 EN QUE SE IDENTIFICO AL VIRUS POR LUC MONTAGNIER DE FRANCIA Y POSTERIORMENTE ROBERT C. GALLO EN ESTADOS UNIDOS. (28).

DESDE EL INFORME ORIGINAL DE LOS PRIMEROS CASOS EN 1981 A JUNIO 1987 SE HABIAN REGISTRADO 50 000 CASOS APROXIMADAMENTE EN 153 PAISES DISTINTOS, DE ESTOS CASOS APROXIMADAMENTE LA MITAD APARECIERON EN LOS ULTIMOS 18 MESES DANDOLE CARACTERISTICAS ALARMANTES. (31).

HASTA ABRIL DE 1987 SEGUN INFORMACION PROPORCIONADA POR LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA DE LA SECRETARIA DE SALUD, SE HAN REPORTADO 407 CASOS DE SIDA EN EL PAIS, LA MAYOR PARTE (48%) EN LA CIUDAD DE MEXICO. (13).

EN CIUDADES COMO NUEVA YORK, LOS ANGELES Y EN ESPECIAL SAN FRANCISCO, LA CAUSA NUMERO UNO DE MUERTE EN LA GENTE JOVEN ES POR SIDA Y 5 DE CADA 100 SON SEROPOSITIVOS AL HIV. (24).

SE HA ESTIMADO QUE EL NUMERO DE CASOS REPORTADOS DE SIDA HA SIDO EL DOBLE Y VA CRECIENDO A PARTIR DE ENERO DE 1986 Y ENERO 1987 ; 65% OCURRIO EN HOMOSEXUALES Y BISEXUALES QUIENES NO SE SABIAN DROGADICTOS, 17% EN HETEROSEXUALES DROGADICTOS, 8% EN HOMOSEXUALES Y BISEXUALES DROGADICTOS, 2% EN PERSONAS TRANSFUNDIDAS, 1% EN PACIENTES HEMOFILICOS O CON OTROS DESORDENES DE COAGULACION, 1% EN AQUELLAS PERSONAS QUE TENIAN RELACIONES CON HETEROSEXUALES RELACIONADAS CON PERSONAS CON SIDA O CON PERSONAS CON FACTORES DE RIESGO. (3).

8 ANOS FUE EL TIEMPO NECESARIO PARA LA APARICION DE LOS PRIMEROS 100 000 CASOS, EN ESTADOS UNIDOS Y SOLO 26 MESES MAS PARA INCREMENTAR OTROS 100 000 CASOS :

PRIMEROS 100 000 CASOS

SIGUIENTES 100 000 CASOS

- 5% TRANSMISION HETERO

7% TRANSMISION HETERO-

SEXUAL

SEXUAL

- 9% CASOS DE MUJERES

12% CASOS DE MUJERES

- 15% PAC. HISPANOS

17% PAC. HISPANOS

- 27% NEGROS	31% NEGROS
- 20% DROGADICTOS HETEROSEXUALES	24% DROGADICTOS HETEROSEXUALES
- 61% HOMOSEXUALES Y BISEXUALES DROG.	55% HOMOSEXUALES Y BISEXUALES DROG.

(45).
 PARA OCTUBRE DE 1991 SE HABIAN REPORTADO 7170 CASOS DE SIDA EN MEXICO(45), PARA DICIEMBRE DE 1991 EL NUMERO DE CASOS DE SIDA EN MEXICO ERA DE 9073 (59), PARA EL 31 DE MAYO DE 1992 ERAN 9994 (60), AGOSTO 1992 10 610.
 EN CUANTO A LA CATEGORIA DE TRANSMISION DE SIDA EN ADULTOS DE 1992 :

EN HOMBRES :

	CASOS	PORCENTAJE
HOMOSEXUALES	2991	41.2%
BISEXUALES	2010	27.7
HETEROSEXUALES	1336	18.4
TRANSMISION SEXUAL	6337	87.2

EN MUJERES :

HOMOSEXUALES	0	0.0%
BISEXUALES	0	0.0
HETEROSEXUALES	444	36.3
TRANSMISION SEXUAL	444	36.3

(61).

SE HAN LLEVADO ESTUDIOS EN EL PERIODO DE 1985 - 1991, EN HOMBRES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES; LAS PREVALENCIAS HAN SIDO VARIABLES EN

LOS PERIODOS ESTUDIADOS.

DE ESTA MANERA PARA EL DISTRITO FEDERAL QUE TIENE LAS PREVALENCIA MAS ALTAS HAN PASADO DE 6.0% EN 1987 A 33.3% EN 1988 DESCENDIENDO A 16.5% EN 1990. EN OTRAS CIUDADES INVESTIGADAS, LA TENDENCIA HA SIDO TAMBIEN VARIABLE AUNQUE LA PREVALENCIA DE INFECCION ES MENOR QUE LA DESCRITA EN EL DISTRITO FEDERAL Y HA HABIDO ASCENSO, EN JALISCO ESTANDO EL RANGO ENTRE 0.4% A 30.2%, EN BAJA CALIFORNIA DE 0.1% A 5.1%, GUERRERO 4.4% A 8.3%. (44).

EN 1991 LA MAYOR PROPORCION DE CASOS DE SIDA ASOCIADOS A HOMOSEXUALIDAD SE HAN PRESENTADO EN YUCATAN, QUINTANA ROO, QUERETARO, COLIMA COAHUILA Y NUEVO LEON.

CASOS DE SIDA POR REGION GEOGRAFICA EN MEXICO

1991 :

REGION NORTE :

	CASOS	PORCENTAJE
NUEVO LEON	335	3.7%
COAHUILA	145	2.3
BAJA CALIFORNIA	159	2.5%
CHIAHUAHUA	75	1.2
TAMAULIPAS	97	1.5
SONORA	52	0.8
BCS	18	0.3
SUBTOTAL	781	12.3%

REGION CENTRO :

D.F	2127	33.6%
SUBTOTAL	2127	33.6%

REGION CENTROOCCIDENTE :

JALISCO	814	12.8%
MICHOACAN	165	2.6
GUERRERO	162	2.6
SINALOA	78	1.2
NAYARIT	68	1.0
DURANGO	48	0.7
SLP	68	1.0
COLIMA	21	0.3
AGUASCALIENTES	25	0.4
ZACATECAS	30	0.5
SUBTOTAL	1479	23.4%

REGION CENTROORIENTE :

	CASOS	PORCENTAJE
MEXICO	795	12.6%
PUEBLA	303	4.8
VERACRUZ	207	3.3
MORELOS	155	2.4
GUANAJUATO	62	0.9
HIDALGO	22	0.3
TLAXCALA	22	0.3
QUERETARO	19	0.3
SUBTOTAL	1587	25.0%

REGION SUR :

YUCATAN	129	2.0%
OAXACA	70	1.1
CHIAPAS	41	0.6
TABASCO	30	0.5
CAMPECHE	17	0.3
QUINTANA ROO	15	0.2
SUBTOTAL	302	4.8%

LA RELACION DE CASOS DE SIDA ACUMULADOS EN 1990 POR SEXO ES DE 6:1 CASOS EN HOMBRES POR CADA CASO EN MUJERES Y EL 65.5% SE PRESENTA EN LA POBLACION DE 25 - 44 ANOS 13.4% EN JOVENES, 13.7% DE 45 - 64 ANOS.

CASOS DE SIDA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN MEXICO :
1991

EDAD	MASC No.	%	FEM No.	%	TOTAL No.
- 15	143	2.6	75	8.2	218
15 - 24	722	13.4	129	14.0	851
25 - 44	3659	67.7	543	59.1	4202
45 - 64	754	13.9	138	15.0	892
65 o +	56	1.0	22	2.4	78
TOTAL	5406	100.0	919	100.0	6325

EN FORMA ACUMULADA LA MAYOR INCIDENCIA DE CASOS DE SIDA SE HA PRESENTADO EN EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS, TRABAJADORES DE SERVICIOS PUBLICOS Y PRIVADOS, PROFESIONALES, TECNICOS, MAESTROS, FUNCIONARIOS PUBLICOS, PRIVADOS Y COMERCIANTES.
SE HA OBSERVADO UN DESCENSO EN LA PROPOSICION DE CASOS DE SIDA EN

HOMOSEXUALES, MIENTRAS QUE EN BISEXUALES LA PROPORCION SE HA MANTENIDO EN HOMOSEXUALES, MIENTRAS QUE EN BISEXUALES LA PROPORCION SE HA MANTENIDO ESTABLE Y EN LOS CASOS ASOCIADOS A TRANSMISION HETEROSEXUAL LA TENDENCIA EN ASCENDENTE. (43).

EL AGENTE ETIOLOGICO DEL SIDA FUE AISLADO POR PRIMERA VEZ EN 1983 INDEPENDIEMENTE POR INVESTIGADORES FRANCESES O AMERICANOS Y FUE NOMBRADO VIRUS ASOCIADO A LINFADENOPATIA (LAV) O VIRUS TIPO III LINFOTROPICO DE LA CELULA T HUMANA (HTLV - III LOS VIRUS ASIGNADOS AL PRINCIPIO LAV/HTLV - III, SE LLAMAN EN LA ACTUALIDAD HIV - 1, LOS VIRUS HTLV - 4 Y LAV - 2 SE LLAMAN EN LA ACTUALIDAD HIV - 2 RELACIONADOS CON UN TRASTORNO DEL TIPO DE SIDA QUE OCURRE EN AFRICA OCCIDENTAL Y EUROPA. (32).

EL HIV ES UN VIRUS CUBIERTO DE UNA SOLA CADENA DE RNA, PARA DUPLICARSE SE FIJA AL RECEPTOR CD4 DE LA CELULA BLANCO QUE SE HA VISTO QUE ES UNA PARTE ESENCIAL DEL RECEPTOR USADO POR EL VIRUS PARA ENTRAR A LA CELULA INFECTADA. A CONTINUACION RECORRE A UNA ENZIMA REVERSO TRANSCRIPTASA QUE SE EMPLEA PARA ELABORAR DNA DE DOBLE BANDA, ESTE DNA SE VUELVE CIRCULAR ENTRA EN EL NUCLEO Y PUEDE INTEGRARSE CON EL DNA CELULAR; CUANDO SE ESTIMULA LA CELULA, EL DNA PROVIRA CODIFICA LA PRODUCCION DE RNA VIRAL RNA MENSAJERO QUE INICIA LA SINTESIS DE PROTEINAS VIRALES. (4,31). AL FORMAR PROTEINAS VIRALES ESTAS ABANDONAN POSTERIORMENTE LA CELULA, A MENUDO MATANDOLA, CONSECUENTEMENTE LA MEMORIA INMUNOLOGICA SE REDUCE A UNA CANTIDAD MUY PEQUENA. ESTO EXPLICARIA LA PERDIDA DE LA INMUNIDAD GOBERNADA POR CELULAS T QUE PADECEN LOS INDIVIDUOS INFECTADOS POR EL HIV. EL DETERIORO PORCENTUAL Y FUNCIONAL DE LOS LINFOCITOS T4 EN ESTOS PACIENTES PROPICIA INFECCIONES OPORTUNISTA ASI COMO NEOPLASIAS POCO COMUNES QUE AL FINAL MATAN AL INDIVIDUO. (24,25).

EL HIV TIENE FORMA ESFERICA QUE TRANSVERSALMENTE MIDE 1000 ANGSTROMS, LA PARTICULA ESTA CUBIERTA POR UNA MEMBRANA FORMADA POR DOS CAPAS DE MATERIAL LIPIDICO QUE PROCEDE DE LA LAMINA EXTERNA DE LA CELULA HUESPED. DE LA MEMBRANA DEL VIRUS SOBRESALEN GLICOPROTEINAS CADA UNA DE LAS CUALES POSEE DOS COMPONENTES Gp41 QUE ATRAVIESA LA MEMBRANA DE LADO A LADO Y LA Gp120 QUE SOBRESALE DE ELLA. LA CUBIERTA FORMADA POR MEMBRANA Y PROTEINAS P24 Y P18 EN ESTAS SE ENCUENTRA EL RNA DEL VIRUS Y LA ENZIMA RETROTRANSCRIPTASA QUE CATALIZA LA SINTESIS DE DNA VIRICO. (24,39).

EL HIV TAMBIEN CRECE EN MONOCITOS Y MACROFAGOS Y SE ENCUENTRA EN ESTAS CELULAS Y QUIZA TAMBIEN EN ALGUNAS CELULAS GLIALES; EL VIRUS NO PRODUCE LISIS DE MONOCITOS Y MACROFAGOS QUE EN ESTAS CONDICIONES CONSERVAN Y PROPAGAN LA INFECCION. ES PROBABLE QUE EL VIRUS CREZCA TAMBIEN EN ALGUNOS TIPOS DE CELULAS COMO LAS ENDOTELIALES CON LO QUE PODRIA PRODUCIR LESION DE VASOS SANGUINEOS. (3,31,40 EN 1985 SE OTORGO AUTORIZACION POR PRIMERA VEZ EN ESTADOS UNIDOS PARA EFECTUAR PRUEBAS DE IDENTIFICACION DE AC CONTRA EL HIV INICIALMENTE SE AUTORIZABA BUSQUEDA EN DONACIONES DE SANGRE Y PLASMA, EN LA ACTUALIDAD SE EMPLEAN ESTAS PRUEBAS, LO MISMO QUE PARA EL CONSEJO E INVESTIGACION DE LAS PERSONAS CON RIESGO. (31,37

LOS DOS METODOS AUTORIZADOS SON :

- ELISA (ENZIME-LINKED IMMUNOSORBENCY ASSAY) PARA LA INVESTIGACION INICIAL.
- LA PRUEBA DE LA MANCHA DE WESTERN BLOT PARA SU CONFIRMACION (3,4,31).

EN TODAS ESTAS PRUEBAS SE EMPLEAN ANTIGENOS DERIVADOS DE HIV COMPLETO DISGREGADO, DE MANERA GLOBAL LA SENSIBILIDAD Y LA ESPECIFICIDAD DE LAS PRUEBAS COMBINADAS SE ACERCA A 99%; LA MUESTRA DE SUERO SE INVESTIGA PRIMERO MEDIANTE ELISA ESTA ES UNA PRUEBA EN LA QUE SE FIJA EL AG VIRAL A MATERIAL PLASTICO Y SI SE ENCUENTRA AC OCURRE CAMBIO DE COLOR. LA PRUEBA SE REPITE SI EL RESULTADO ES POSITIVA, SI VUELVE A HACERLO SE EFECTUA UNA PRUEBA DE MANCHA DE WESTERN BLOT CONFIRMATORIA. PARA QUE SE CONSIDEREN POSITIVOS LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE WESTERN BLOT, EL ANTICUERPO DEBE SER REACTIVO CON MULTIPLES BANDAS ESPECIFICAS DEL VIRUS p24 Y p31 Y gp160, SI SE ENCUENTRAN POCAS BANDAS, LA PRUEBA SE CONSIDERA INDETERMINADA, SE CALIFICARA COMO NEGATIVA SOLO SI NO HAY BANDAS EN LA MANCHA.

CUANDO SE APLICAN ESTOS CRITERIOS, SERA MUY POCA LA PROBABILIDAD DE QUE OCURRA UN RESULTADO POSITIVO O NEGATIVO FALSO; SIN EMBARGO HASTA UN 15 A 20% DE LAS PRUEBAS CON SUEROS DE PACIENTES DE BAJO RESULTAN INDETERMINADAS. (31).

EN EL 68 A 100% DE LOS PACIENTES CON SIDA E INDIVIDUOS CON PROBLEMAS AFINES A DICHO CUADRO, SE HA IDENTIFICADO AC CONTRA LAV/HTLV - III/VIH Y EN 22 A 87% DE LOS MIEMBROS DE GRUPOS DE ALTO RIESGO. (18,37).

A DIFERENCIA DE DICHS DATOS SE HAN DETECTADO AC EN MENOS DE 1% DE LAS PERSONAS SIN RIESGO CONOCIDO DE SIDA. EN UN ESTUDIO LONGITUDINAL, TODOS LOS INDIVIDUOS QUE PRESENTARON SIDA TUVIERON AC CONTRA EL VIRUS, DETECTADOS ANTES DE QUE HUBIERA MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA ENFERMEDAD. (19,41).

LAS PRUEBAS SEROLOGICAS HAN REVELADO AC ANTIHTLV/III-LAV EN 90% A 100% DE PACIENTES CON SIDA, 70 A 90% DE PACIENTES CON SINDROME DE LINFADENOPATIA, 50 A 70% HOMOSEXUALES ERAN DE ALTO RIESGO, 10 A 50% HOMOSEXUALES DE AREAS DE BAJO O INTERMEDIO RIESGO, 50 A 70% DROGADICTOS DE AREAS DE ALTO RIESGO, 1 A 30% DROGADICTOS DE AREAS DE BAJO O INTERMEDIO RIESGO, 70 A 90% HEMOFILICOS, Y MENOS DE 10 A 25% DE DONADORES DE SANGRE NO SELECCIONADOS. (3).

SE PRODUCEN RESULTADOS POSITIVOS FALSOS POR ELISA EN PACIENTES CON CIRROSIS ALCOHOLICA, USUARIOS DE DROGAS POR VIA INTRAVENOSA Y QUIENES SE ENCUENTRAN BAJO HEMODIALISIS, ADEMAS LAS MUJERES QUIZAS TENGAN AC CONTRA LOS AG LEUCOCITARIOS HUMANOS (HLA) SOBRE LAS CELULAS PROCEDENTES DE ELLAS EN LAS QUE SE CULTIVA EL AG DEL HIV, POR ESTE MOTIVO LA LECTURA PODRIA CONSIDERARSE POSITIVA SIN SERLO. (31).

EL DIAGNOSTICO SERA INCOMPLETO SI NO SE DETERMINA LA ETAPA REDSFIELD Y BURKE DEL WALTER REED INSTITUTE OF RESEARCH DE WASHINGTON D.C HAN PROPUESTO UN ESQUEMA PARA CLASIFICAR LA ETAPA DE LA ENFERMEDAD.

LOS CRITERIOS CONSISTEN EN :

-
- PRESENCIA O AUSENCIA DE LINFADENOPATIA GENERALIZADA
 - CUENTA ABSOLUTA DE LINFOCITOS CD4 (T4)
 - INTEGRIDAD O PERDIDA PARCIAL O COMPLETA DE LA REACCION DE LA PIEL A LAS PRUEBAS CUTANEAS
 - APARICION DE INFECCIONES POR MICROORGANISMOS OPORTUNISTAS

EL SISTEMA DE CLASIFICACION DE WALTER REED RECONOCE :

- UNA ETAPA 0 QUE SE INICIA CON LA EXPOSICION A LA INFECCION POR HIV
(DURANTE ESTA ETAPA LA PERSONA SE CONSERVA BIEN Y NO TIENE NI DE LABORATORIO NI DE INFECCION).
- ETAPA 1 : ESTA ETAPA PUEDE PROSEGUIR POR MUCHOS MESES, MANTENIEN DOSE LOS PACIENTES ASINTOMATICOS.
- ETAPA 2 : LA LINFADENOPATIA GENERALIZADA DURANTE 3 MESES POR LO MENOS Y SIN OTRA CAUSA, LO CUAL PUEDE PERSISTIR POR MESES O QUIZAS POR 5 ANOS.
- ETAPA 3 : SE ESTABLECE CUANDO SOBREVIENE DISFUNCION INMUNITARIA SUBCLINICA QUE SE CARACTERIZA POR CUENTA DE LINFOCITOS T4 SOSTENIDOS POR DEBAJO DE 400/mm³
- ETAPA 4 : SE INICIA CON LA APARICION DE ANERGIA CUTANEA PARCIAL
- ETAPA 5 : PERDIDA TOTAL DE LA CAPACIDAD DE REACCION.
- ETAPA 6 : APARICION DE INFECCIONES CAUSADAS POR MICROORGANISMOS OPORTUNISTAS.

DE LOS PACIENTES CLASIFICADOS COMO CASOS DE ETAPA 1 O 2 CERCA DE 1% HAN EVOLUCIONADO HASTA LA ETAPA 6 O HAN MUERTO EN PLAZO DE 14 MESES, 10% HABRA LLEGADO A ETAPA 6, 36 MESES DESPUES; EN PLAZO MAS CORTO CASI LA MITAD HABRA PROGRESADO HACIA UNA U OTRA ETAPA.
(31).

TENDENCIA ACTUAL :

EVIDENCIAS EPIDEMIOLOGICAS HAN DEMOSTRADO CLARAMENTE QUE PORTRES MEDIOS, SE DA LA TRANSMISION DEL RETROVIRUS :

- 1.- CONTACTO SEXUAL
- 2.- POR TRANSFUSION SANGUINEA
- 3.- PERINATAL

EN LOS ESTADOS UNIDOS Y EUROPA LA INFECCION ES ALTAMENTE PREVALENTE ENTRE HOMOSEXUALES, CORRESPONDIENDO A UN GRUPO DE ALTO RIESGO 73% EN ESTADOS UNIDOS Y CERCA DE 90% EN EUROPA.

LA TRANSMISION HETEROSEXUAL DE HTLV-III/LAV Y DESARROLLO SUBSECUE-TE DE SIDA HA IDO INCREMENTANDO GRANDEMENTE ES IMPORTANTE RECONO-CER QUE POR ARRIBA DE 10 A 15% DE HOMOSEXUALES HAN TENIDO CONTAC-TO SEXUAL CON HETEROSEXUALES. (3,24).

DE ACUERDO CON LAS PREFERENCIAS EN LA ACTIVIDAD SEXUAL (PREFEREN-TEMENTE HETEROSEXUALE U HOMOSEXUALES) Y EL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES, LOS FACTORES DE RIESGO FUERON LOS SIGUIENTES :

- COITO ANAL RECEPTIVO
- ENEMAS RECTALES
- ANTECEDENTES DE ENF. DE TRANSMISION SEXUAL
- MAS DE 10 PAREJAS MASCULINAS

(44).

EL FACTOR DE RIESGO PREDIMINANTE ENTRE LOS HOMOSEXUALES ES LA PRACTICA SEXUAL ANAL, YA QUE SE SABE QUE LAS LESIONES OCASIONADAS CON EXPOSICION SANGUINEA ES ESENCIAL PARA SU TRANSMISION AUNQUE EL SIDA EPIDEMIOLOGICAMENTE, SE HA ASOCIADO CON MULTIPLES CONTAC--TOS SEXUALES, TAMBIEN EVIDENCIAS EPIDEMIOLOGICAS SUGIEREN QUE EL SEXO ORAL ES DE BAJO RIESGO EN COMPARACION CON EL ANAL ENTRE HOMOSEXUALES. (3,24,44,45).

EL COITO ANAL SE HA VISTO ES UNA RUTA MAS EFICIENTE PARA TRANSMI-SION, QUE EL COITO VAGINAL; FACTORES LOCALES JUEGAN UN PAPEL INFLU-YENTE EN LA INFECCION VAGINAL CON HIV EN HETEROSEXUALES, PRIMERO LESIONES QUE INTERRUMPEN LA INTEGRIDAD DE EL EPITELIO GENITAL, TA-LES COMO AQUELLAS QUE RESULTAN DE ENF. TRANSMISIBLES COMO SIFILIS LINFOGRANULOMA VENEREO Y EN MENOR PROPORCION GONORREA, QUIZAS FA--CILITAN LA TRANSMISION DE HIV DURANTE EL COITO VAGINAL. (50,51).

ALGUNOS DATOS SUGIEREN QUE LA INTEGRIDAD DE LA MUCOSA VAGINAL O RECTAL USUALMENTE INTERRUMPIDA POR ENF. ULCERATIVA GENITAL, FACILI

TA LA INFECCION POR HIV EN PERSONAS SUSCEPTIBLES. (46,47).
UN ESTUDIO EN PROSTITUTAS AFRICANAS HAN SUGERIDO PERO NO DEMOS---
TRADO QUE LAS ULCERAS GENITALES FACILITAN LA TRANSMISION DEL HIV.
(48,49).

EN EL COITO VAGINAL EXISTEN MENOS RIESGOS DE CONTAGIO DEBIDO A
LAS CARACTERISTICAS ANATOMOFISIOLOGICAS DE LA MUCOSA VAGINAL.ES
PROBABLE QUE EL RIESGO DE INFECCION AUMENTE DURANTE EL PERIODO
MENSTRUAL YA QUE LA COMPOSICION DE LAS SECRECIONES VAGINALES,QUE
DURANTE LOS DIAS QUE NO HAY SANGRADO, PUEDE IMPEDIR EL PASO AL HIV
CAMBIA DURANTE LOS DIAS DE SANGRADO. EN CONSECUENCIA A CONDICION
QUE LA MUJER NO ESTE MENSTRUANDO, PARECERIA SER MAS PROBABLE QUE
EN EL COITO VAGINAL LA TRANSMISION DE VIH OCURRA DE UN HOMBRE
INFECTADO A UNA MUJER NO INFECTADA. ESTO PODRIA DEBERSE A QUE SE
HA ENCONTRADO EN LAS MUCOSAS DE MUJERES INFECTADAS POR VIH ANTI--
CUERPOS CONTRA EL VIRUS, QUE DIFICULTAN SU TRANSMISION DE MUJER A
HOMBRE. (53).

EL SEMEN ES UN VECTOR DE TRANSMISION SEXUAL, YA QUE RECIENTEMENTE
SE HA EVIDENCIADO LA TRANSMISION DE HTLV-III/LAV; ADEMÁS SE HA
SUGERIDO QUE EL RECTO NO ES NECESARIAMENTE MAS VULNERABLE A EL
VIRUS QUE LA VAGINA O CERVIX, COMO SE SABIA ANTERIORMENTE. (3,24
).

EL RIESGO DE UNA MUJER INFECTADA VARIA DE 13 A 65% (5) SI
CONSIDERAMOS EL RIESGO DE TRANSMISION VERTICAL PARECE DER DE 20 A
50% SIN EMBARGO AUN NO ENTENDEMOS PORQUE MUJERES SEPOSITIVAS
ALGUNAS INFECTAN A SU BEBE Y OTRAS NO. (1,2,4,5,22).

LA TRANSMISION DE HIV DE MADRE A HIJO QUIZAS OCURRA POR 3 VIAS :

1. TRANSPLACENTARIA
2. EXPOSICION INTRAPARTO A SANGRE MATERNA INFECTADA
3. LACTANCIA

EL RIESGO DE TRANSMISION ES AUN INCIERTO. (3).

EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA HA SIDO AISLADO DE SECRE--
CIONES VAGINALES Y CERVICALES SUGIRIENDO QUE EL HIV PUEDE SER
TRANSMITIDO AL INFANTE DURANTE EL PARTO SEA VAGINAL O CESAREA, YA
QUE HAY EVIDENCIAS INADECUADAS QUE SOSTIENEN QUE LA VIA CESAREA
ACARREA PELIGROS MATERNOS Y QUE REDUCE EL RIESGO DE TRANSMISION
DEL VIRUS AL RECIEN NACIDO.
(3,5,32).

LA POSIBILIDAD DE INFECCION INTRAUTERINA TIENE SERIAS IMPLICACIO--
CIONES COMO UN INCREMENTO EN LA INCIDENCIA DE MALFORMACIONES
CONGENITAS, SIN EMBARGO TIENEN LAS MADRES OTROS FACTORES ASOCIADOS
COMO DROGADICTAS O PROSTITUTAS. (4).

EL VIRUS DE HIV HA SIDO AISLADO DE LIQUIDO AMNIOTICO Y PLACENTA
OBTENIDOS EN TIEMPO DEL PARTO. (5,21,22,32,33,39).

LA INFECCION POSTNATAL HA SIDO DOCUMENTADA EN UNAS POCAS INSTAN--
CIAS Y HA SIDO RELACIONADA A LA LACTANCIA. (6,34,35,36,40,42).

UN LIMITADO NUMERO DE FACTORES SON CONOCIDOS POR SER CORRELACIONADOS PARA TRANSMISION DE HIV MADRE - FETO. (5,7

FACTORES DE RIESGO :

1. PROMISCUIDAD SEXUAL
2. COMPANERO BISEXUAL
3. COMPANERO HETEROSEXUAL
4. USO DE DROGAS INTRAVENOSAS
5. TRANSFUSION SANGUINEA

ES IMPORTANTE IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL SIDA EN LAS MUJERES DEBIDO A :

- LA RUTA DE TRANSMISION HETEROSEXUAL ES LA MAS COMUN Y RAPIDA PARA TRANSMISION DE SIDA.
- MUJERES CON INFECCION POR HIV SON LOS PRIMEROS CAUSANTES DE INFECCION A LOS RECIEN NACIDOS.

(2,7).

ADEMAS ES IMPORTANTE QUE TANTO EL HOMBRE COMO LA MUJER CON VIDA SEXUAL ACTIVA TENGAN PRESENTE, EL PROTEGERSE DURANTE LA RELACION SESEXUAL CON PERSONAS CON RIESGO ALTO O BAJO, YA QUE VARIOS ARTICULOS REFIEREN QUE EL USO DE CONDON ES LA UNICA BARRERA MECANICAMECANICA QUE IMPIDE SU TRANSMISION. (53,54,55).

HIPOTESIS :

" SI ANALIZAMOS LA FRECUENCIA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL SIDA, PRINCIPALMENTE TRANSMISION SEXUAL, EN NUESTRA POBLACION DE DERECHOHABIENTES, ENTONCES PODREMOS SUPONERLAS MEDIDAS DE PROTECCION PARA EL PERSONAL DE LA SALUD, ASI COMO LIMITAR LA CADENA DE TRANSMISION YA QUE PRESENTAN RIESGOS DE TRANSMISION MUY IMPORTANTES".

OBJETIVO GENERAL :

CONOCER LA FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN LA TRANSMISION SEXUAL EN HOMBRES Y MUJERES DERECHOHABIENTES PARA DAR MEDIDAS ESPECIFICAS DE PROTECCION DISMINUYENDO SU RIESGO DE INFECCION Y PROPAGACION.

OBJETIVOS ESPECIFICOS :

1. CONOCER LA EDAD PROMEDIO DE ESTA POBLACION.
2. CUANTIFICAR LOS FACTORES DE TRANSMISION SEXUAL EN NUESTRA POBLACION.
3. CONOCER CUAL ES EL FACTOR DE RIESGO PRINCIPAL EXISTENTE EN NUESTRA POBLACION.
4. CONOCER QUE MEDIDA ESPECIFICA DE PROTECCION UTILIZAN EN LA RELACION SEXUAL.
5. CONOCER EL RIESGO DE CONTAMINACION AL CUAL ESTA EXPUESTO EL PERSONAL DE SALUD.

MATERIAL Y METODOS

- 1.- DE MARZO DE 1992 A OCTUBRE DE 1993 SE INVESTIGO A 150 DERECHO HABIENTES DEL HOSPITAL DR. GONZALO CASTA;EDA, SIENDO 75 HOM---BRES Y 75 MUJERES, ENTRE LAS EDADES DE 13 A 39 ANOS.

- 2.- SE ESCOGIERON AL AZAR, LAS PERSONAS REALIZANDOSE CUESTIONARIOS CON PREGUNTAS ESPECIFICAS, RELACIONADAS A FACTORES DE RIESGO EN CUANTO A TRANSMISION SEXUAL.

- 3.- LAS VARIABLES ANALIZADAS FUERON :
 - 1) EDAD
 - 2) OCUPACION
 - 3) ESTADO CIVIL
 - 4) RESIDENCIA
 - 5) VIAJES
 - 6) NUMERO DE PAREJAS
 - 7) PATRONES SEXUALES
 - 8) USO DE PRESERVATIVOS EN LA RELACION SEXUAL
 - 9) EXISTENCIA DE RELACIONES EXTRAMARITALES

RESULTADOS

1. DEL MES DE MARZO DE 1993 AL MES DE OCTUBRE DE 1993 SE SELECCIONARON AL AZAR 150 DERECHOHABIENTES, DE LOS CUALES SOLO SE REALIZARON EN 50 HOMBRES Y 78 MUJERES.
2. A CONTINUACION SE MUESTRAN POR MEDIO DE TABLAS LA DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES A ESTUDIAR :

TABLA I

DISTRIBUCION POR EDADES EN MUJERES

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
- 15	2	2.5%
16 A 20	6	7.66
21 A 25	32	41.02
26 A 30	22	28.02
31 A 35	8	10.20
36 A 39	6	7.66

TABLA II

DISTRIBUCION POR EDO. CIVIL EN MUJERES

CASADAS	39	50.0%
SEPARADAS	10	12.8
UNION LIBRE	10	12.8
SOLTERAS	19	24.32

TABLA III :

DISTRIBUCION POR OCUPACION EN MUJERES		
OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
- HOGAR	15	19.2%
- MESERAS	3	3.8
- COMERCIO	9	11.5
- ADMINISTRATIVOS	20	25.6
- MAESTRAS	18	23
- MEDICOS	2	2.50
- ODONTOLOGOS	5	6.4
- LABORATORISTAS	6	7.6

TABLA IV :

DISTRIBUCION POR PATRON SEXUAL		
PATRON SEXUAL	NUMERO	PORCENTAJE
- HETEROSEXUAL	78	100.0%
- HOMOSEXUAL	0	0.0
- BISEXUAL	0	0.0

TABLA V :

DISTRIBUCION POR RELACIONES EXTRAMARITALES

PAREJAS	NUMERO	PORCENTAJE
- UNO	75	96.1%
- DOS	2	2.50
- MAS DE 2	1	12.8%

TABLA VI :

USO DE PRESERVATIVO POR SU PAREJA

- CASADAS	10	11.5%
- DIVORCIADAS	5	6.4%
- SEPARADAS O UNION LIBRE	4	5.1
- SOLTERAS	12	15.3

TABLA VII :

DISTRIBUCION POR EDAD EN HOMBRES

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
- MENOS DE 15	0	0.0%
- 16 A 20	0	0.0
- 21 A 25	15	30.0
- 26 A 30	10	20.0
- 31 A 35	15	30.0
- 36 A 39	8	16.0

TABLA VIII :

DISTRIBUCION POR EDO. CIVIL EN HOMBRES

CASADOS	31	62.0%
SOLTEROS	12	24.0
DIVORCIADOS	4	8.0
UNION LIBRE	3	6.0

TABLA IX :

DISTRIBUCION POR No. DE PAREJAS SEXUALES

	NUMERO	PORCENTAJE
- UNA PAREJA SEXUAL	11	22.0%
- DOS PAREJAS	18	36.0
- MAS DE DOS	21	42.0

TABLA x :

DISTRIBUCION POR FRECUENCIA DE REL. SEXUALES

- OCASIONAL	15	3.0%
- FIJA	8	16.0
- CON PROSTITUTAS	6	12.0
- NO PROSTITUTAS	17	34.0

TABLA XI :

DISTRIBUCION POR PATRONES SEXUALES

- HETEROSEXUALES	48	96%
- HOMOSEXUALES	1	2.0
- BISEXUALES	1	2.0

TABLA XII :

DISTRIBUCION POR CASOS DE SEXO ANAL

COITO ANAL	NUMERO	PORCENTAJE
- RECEPTIVO	2	4.0%
- INCERTIVO	1	2.0

TABLA XIII :

DISTRIBUCION POR USO DE PRESERVATIVO

- CASADOS	6	12.0%
- SOLTEROS	1	2.0
- DIVORCIADOS	0	0.0
- UNION LIBRE	1	2.0

TABLA XIV :

DISTRIBUCION POR FRECUENCIA DE ENF. VENEREAS

ENF. VENEREAS	NUMERO	PORCENTAJE
- PAPILOMA VIRUS	6	12%
- HERPES GENITAL	1	2.0
CHLAMIDYA T.	1	2.0

CONCLUSIONES

- 1.- EDUCACION PUBLICA PARA HACER DEL CONOCIMIENTO DEL PUBLICO LOS FACTORES DE RIESGO Y LAS CONSECUENCIAS DE LA INFECCION POR HIV.
- 2.- HACER DEL CONOCIMIENTO QUE LA TRANSMISION DE LA INFECCION ES MUY IMPORTANTE EN LA FORMA HETEROSEXUAL, YA QUE PROBABLE-- MENTE SE DESCONOCE QUE PORCENTAJE DE HETEROSEXUALES SON BISEXUALES O SE RELACIONAN CON PERSONAS DE RIESGO.
- 3.- PROPAGAR EL USO DE CONDON EN LA RELACION SEXUAL CON DESCONO-- CIDOS Y EVITAR LA PROMISCUIDAD SEXUAL.
- 4.- RECOMENDAR HACER PRUEBAS DE AC PARA HTLV-III/LAV EN :
 - a. EVIDENCIA DE INFECCION
 - b. PERSONAS QUE USAN DROGAS INTRAVENOSAS
 - c. QUE HALLAN NACIDO EN AREAS DONDE LA TRANSMISION HETEROSEXU AL JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE
 - d. AQUELLAS QUIENES EJERCEN LA PROSTITUCION

DISCUSION

EL PRIMER PROPOSITO PARA ENFATIZAR UN PROGRAMA DE DETECCION ES NO PROVEER ADVERTENCIA A LOS TRABAJADORES DE LA SALUD, UN PROGRAMA ESTRUCTURADO QUIZAS CREA UNA FALSA SENSACION DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y EL TRABAJADOR.

EL PRINCIPAL OBJETIVO ES PROVEER INFORMACION DETALLADA AL PACIENTE HACIENDOLO RESPONSABLE Y QUE TOMA DECISIONES CONSIDERANDO EN CUANTO A SUS RELACIONES SEXUALES, METODOS DE CONTRACEPCION. QUE DA EN EL TERRENO DEL DEBATE EL REALIZAR DTERMINACION DE AC ANTI-HIV EN POBLACION DE RIESGOS BAJOS.

LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA ES QUE DEBE SER EN FORMA VOLUNTARIA CONSIDERANDO LAS PERDIDAS DE SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD Y AUTONOMIA.

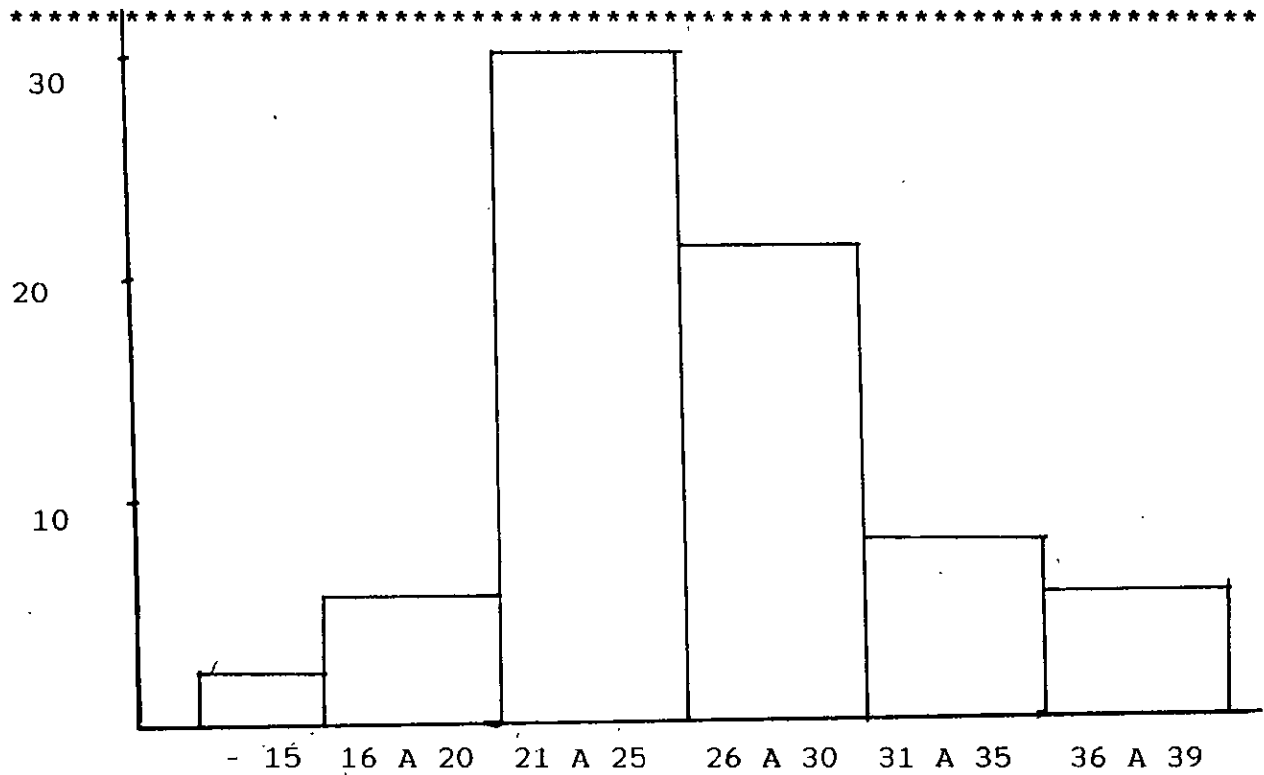
MEDIDAS CON TENDENCIA CENTRAL

POR EDAD EN HOMBRES :

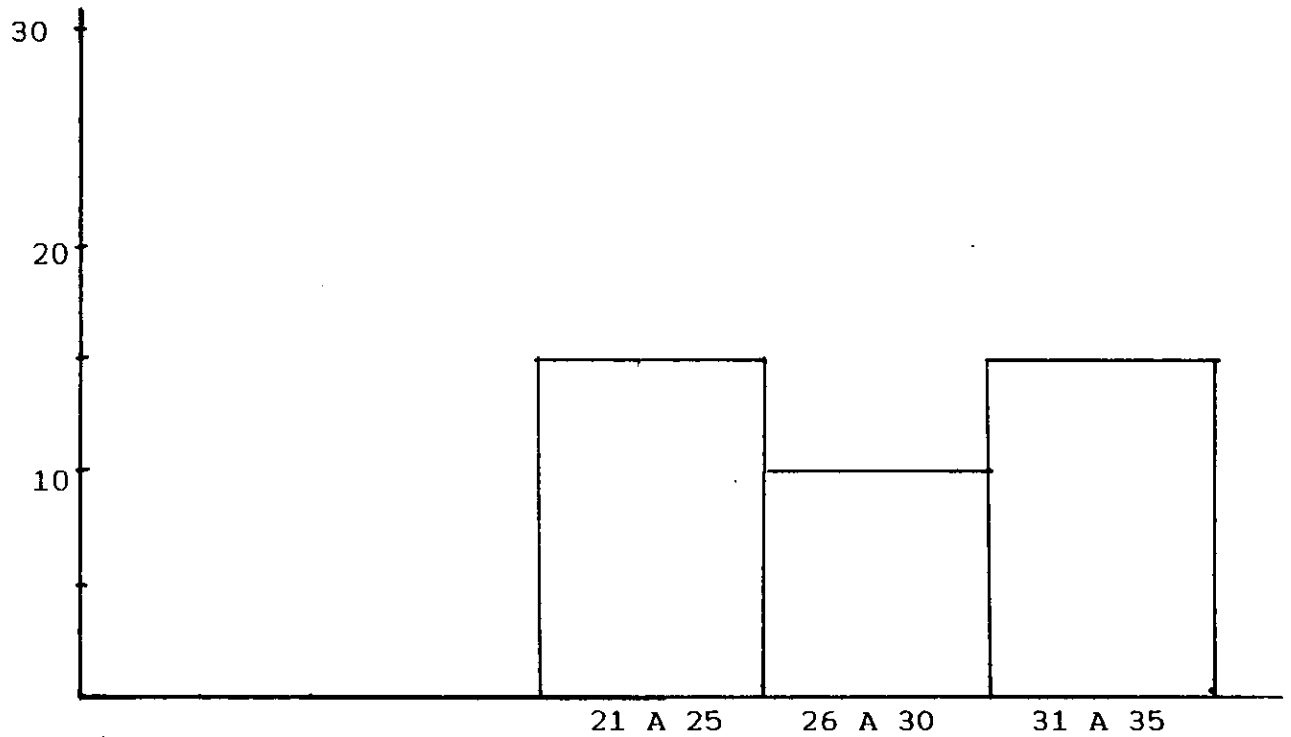
X	f	FA	fx	
- 36 A 39	8	48	312	
- 31 A 35	15	40	525	Mo BIMODAL : 15 Y 0
- 26 A 30	10	25	300	Md : 12.5
- 21 A 25	15	15	375	-
- 16 A 20	0	0	20	X : Ex/N : 32.22
- - DE 15	0	0	15	

POR EDAD EN MUJERES :

X	f	fa	fx	
- 36 A 39	6	76	234	
- 31 A 35	8	68	280	Mo : 6
- 26 A 30	22	62	660	Md : 27
- 21 A 25	32	40	800	-
- 16 A 20	6	8	120	X : Ex/N : 27.94
- - DE 15	2	2	30	

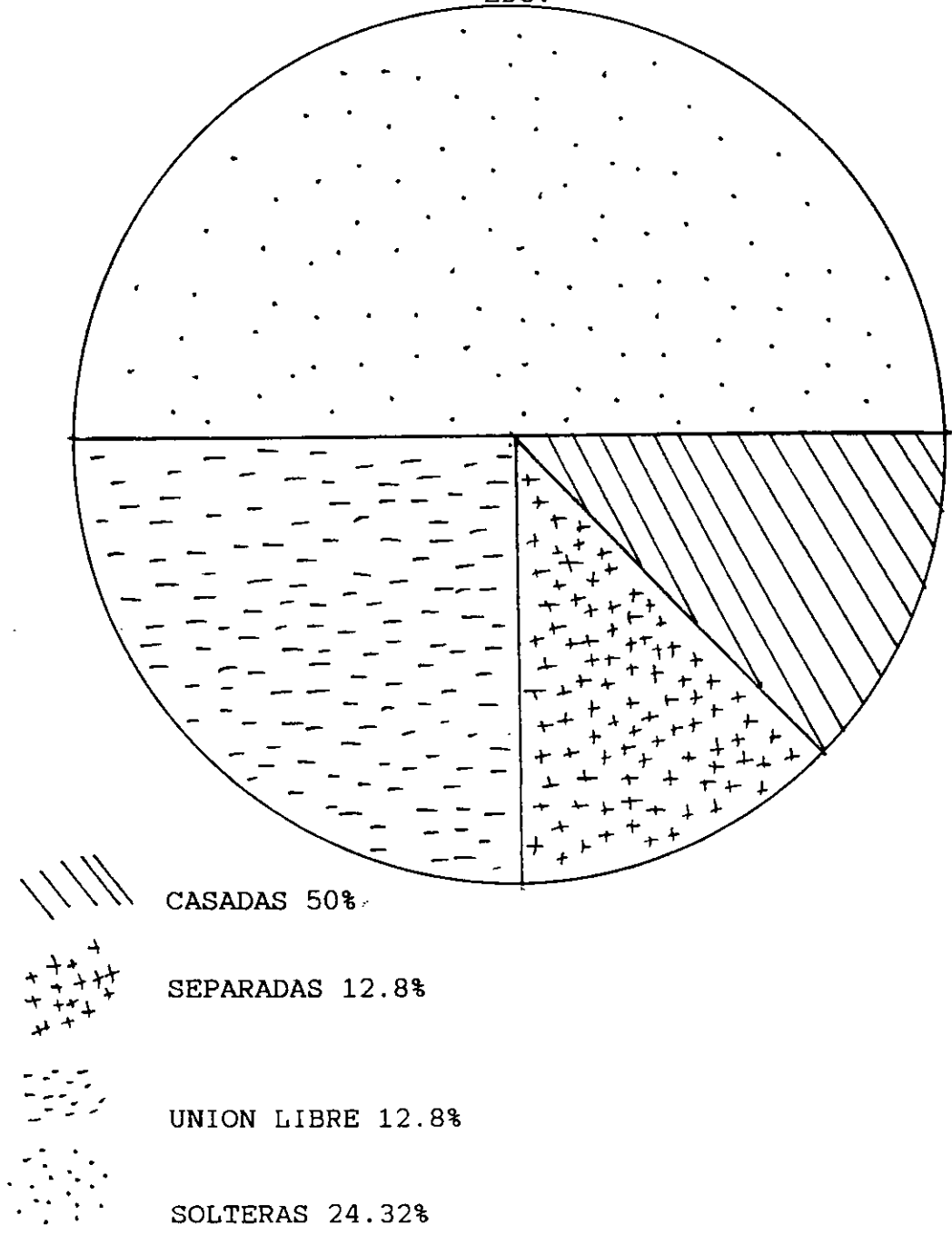


FRECUENCIA POR EDADES EN MUJERES

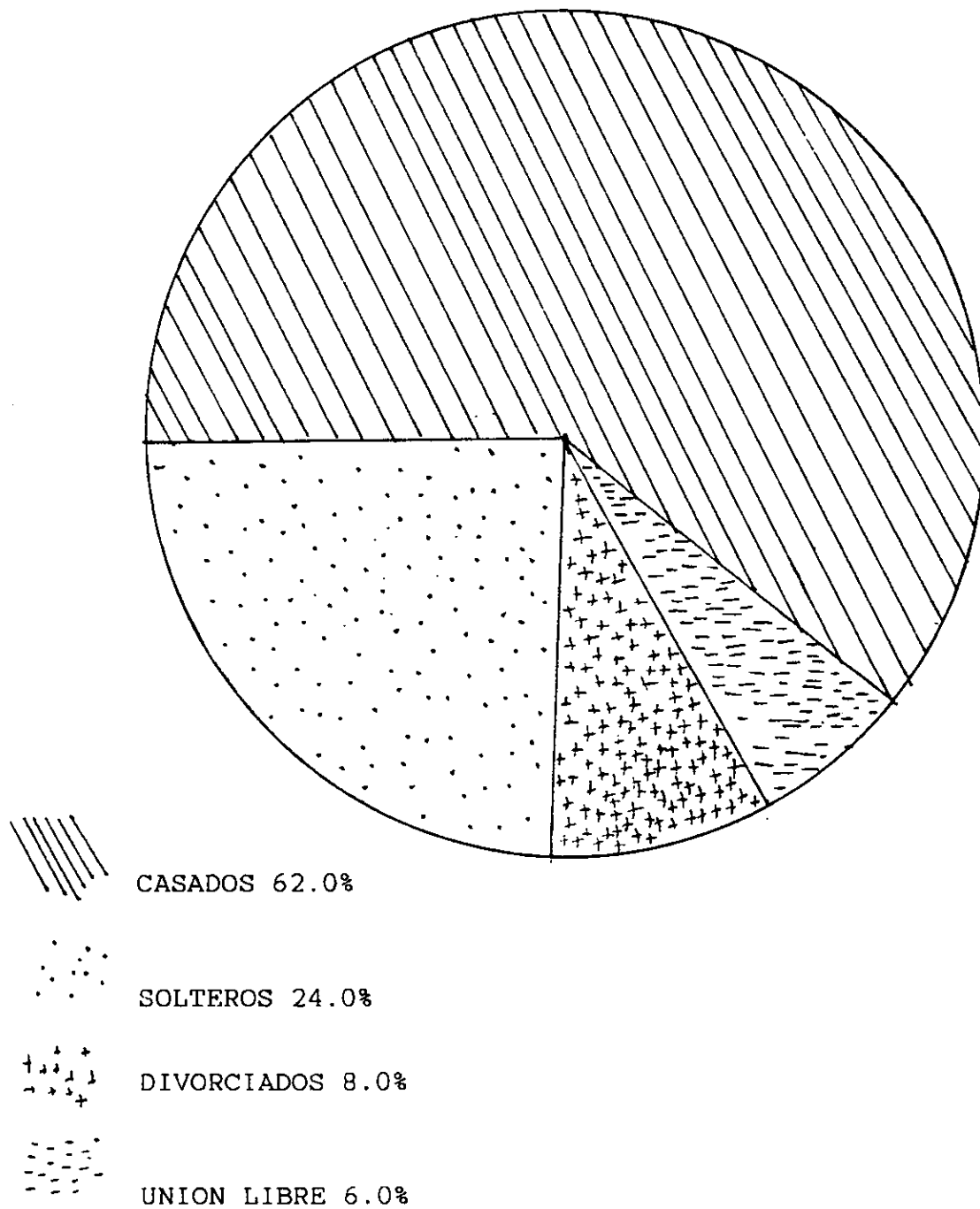


FRECUENCIA POR EDAD EN HOMBRES

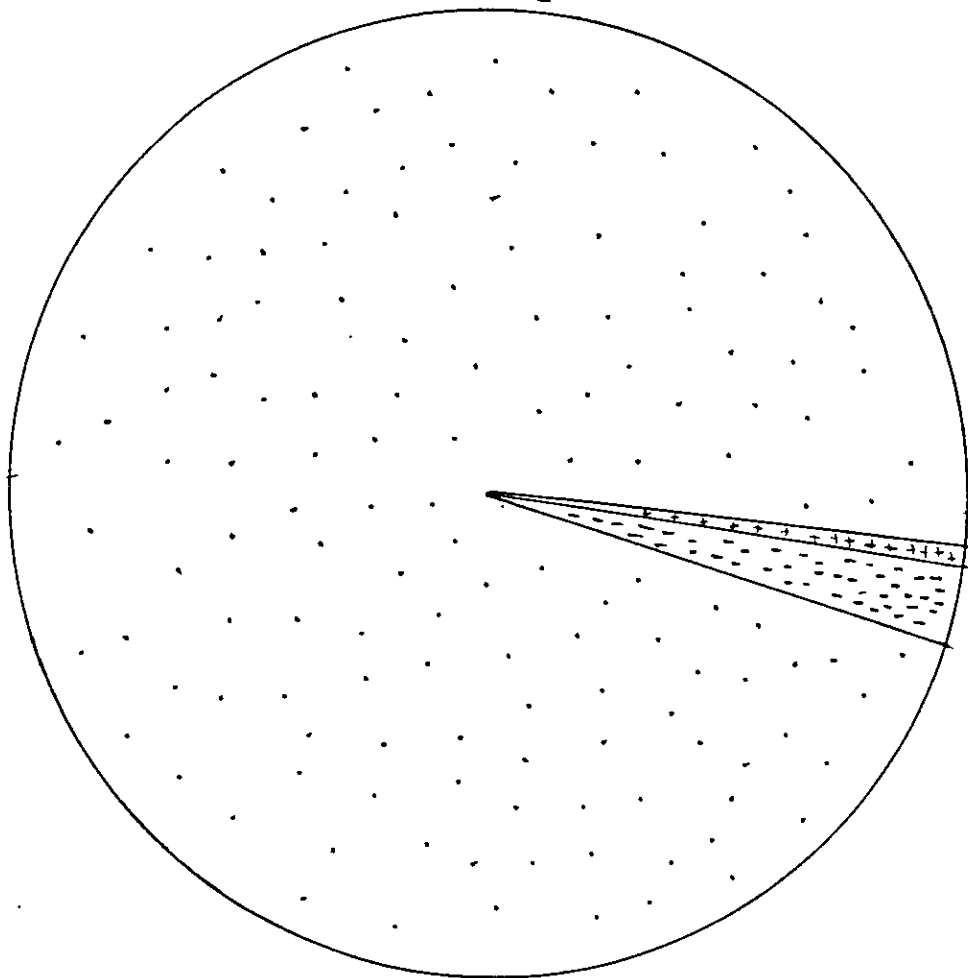
FRECUENCIA POR EDO: CIVIL EN MUJERES



FRECUENCIA POR EDO. CIVIL EN HOMBRES



FRECUENCIA POR PAREJAS SEXUALES EN MUJERES

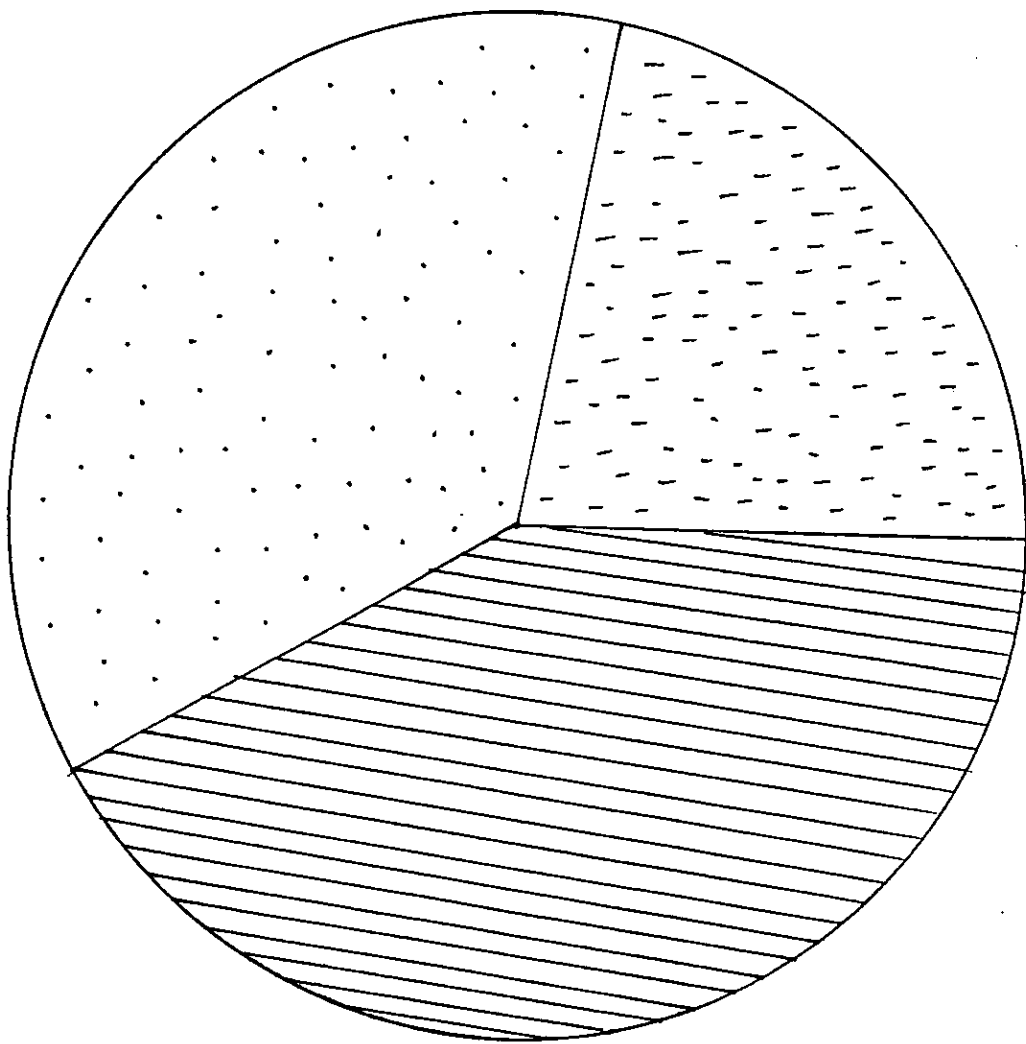


UNA PAREJA 96.1%


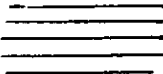

DOS PAREJAS 2.50%

MAS DE DOS PAREJAS 1.28%

FRECUENCIA POR NUMERO DE PAREJAS SEX. EN HOMBRES



ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

-  DOS PAREJAS 36.9%
-  MAS DE DOS PAREJAS 42.0%
-  UNA PAREJA 22%

BIBLIOGRAFIA

- 1.- PATRICK DUFF MD
PRENATAL SCREENING FOR HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION
PURPOSE, PRIORITIES, PITFALLS.
OBSTET AND GYNECOL 1989, VOL. No. 3 PART. 1 PAG. 403 - 4
- 2.- HOWARD L MD. ET AL
AIDS : TIME FOR OBSTETRICIANS AN TO GET INVOLVED
OBSTET AND GYNECOL 1986 VOL. 68 No. 2 AUGUST PAG. 267 - 68
- 3.- DAVID J WEBER MD, ET AL
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME : EPIDEMIOLOGY AND SIGNI--
FICANCE FOR THE OBSTETRICIAN AND GYNECOLOGIST.
AM J. OBSTET AND GYNECOL AUGUST 1986, VOL. 155 No. 2 PAG. 235-
- 4.- ANTHONY J. PINCHING AND DONALD J. JEFFRIES
AIDS AND HTLV-III/LAV INFECTION : CONSEQUENCES FOR OBSTETRICS
AND PERINATAL MEDICINE.
B.J. OBSTET AND GYNECOL, DECEMBER 1985, VOL. 92, PAG. 1211-17
- 5.- HENRIETTA N. UKWV MD, ET AL
PERINATAL TRANSMISSION OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS - 1
INFECTION AND MATERNAL IMMUNIZATION STRATEGIES FOR PREVENTION
OBSTET AND GYNECOL SEPT. 1992 VOL. 80 No. 3 PART. 1 PAG 458
- 6.- C.S. PECKHAM, Y D. SENTURIA A.E. ADES
OBSTETRIC AND PERINATAL CONSEQUENCE OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY
INFECTION : A REVIEW.
B.J. OBSTET AND GYNECOL, MAY 1987, VOL. 94. PAG. 403-7
- 7.- JOHN J. BARTON, MD. THERESE O'CONNOR MD, ET AL
PREVALENCE OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS IN A GENERAL
POPULATION.
AM J. OBSTET AND GYNECOL JUNE 1989, VOL. 160, No. 6, PAG. 1316
- 8.- MICHAEL K. LINDSAY, MD. MPH, NATHANIEL JOHNSON MD, ET AL
HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION INNER CITY ADOLESCENT
PARTURIENTS UNDERGOING ROUTINE VOLUNTARY SCREENING.
AM J. OBSTET AND GYNECOL OCT. 1992, VOL. 167, No. 4 PART. 1
- 9.- JULIO FERNANDEZ ALBA, MD
SINDROME DE IMMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA Y EMBARAZO
PERINATOLOGIA Y REPRODUCCION HUMANA ENERO-MARZO 1990, VOL. 4
NO. 1 PAG 1-4
- 10.- SALDIVAR MARTINEZ JOSE LUIS, MD
SEROEPIDEMIOLOGIA DEL VIRUS DE LA IMMUNODEFICIENCIA ADQUIRI--
DA EN UNA MUESTRA DE POBLACION FEMENINA DE ALTO RIESGO EN
REPRODUCTIVA.
TESIS UNIVERSIDAD DE AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES. 1990

- 11.- SEPULVEDA AMOR J.
CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y COGNOCITIVAS DE LA TRANS--
MISION DE HIV EN MEXICO.
SALUD PUBLICA EN MEXICO 1988,PAG. 513-27
- 12.- BARRIGA ANGULO G. Y COLBS.
DIAGNOSTICO SEROLOGICO DE LA INFECCION CON HIV.
REV. MED. IMSS (MEX) 1989,27,PAG. 113-7
- 13.- CONASIDA : SIDA 1 : 2 ; 15,ABRIL 1987
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA DE LA SS MEXICO
- 14.- PONCE DE LEON : SIERRA MADERO
EL SIDA EN MEXICO,BASES PARA SU PREVENCION Y CONTROL.
SALUD PUBLICA DE MEXICO 28,380,1986,PAG. VARIAS
- 15.- ZIEGLER J.B. JOHNSON R. MD. ET AL
POSTNATAL TRANSMISION OF AIDS ASSOCIATES RETROVIRUS FROM
MOTHER AND INFANT.
LANCET,APRIL 1985,20,896,PAG. 875-82
- 16.- GOTTLIEB MS,SCHORTT,R. MD. ET AL
PNEUMOCYSTIS CARINNI PNEUMONIA AND MUCOSAS CANDIDIASIS IN
PREVIOUSLY HEALTHY HOMOSEXUAL MEN EVIDENCE OF A NEW ACQUIRED
CELULAR IMMUNODEFICIENCY.
N. ENGLAND MED. 1981,305,PAG. 1425-31
- 17.- BLATTNER A. W,BIGGAR R.MD
EPIDEMIOLOGY OF HTLV-III AND THE RISK OF AIDS.
ANN INTERN MED. 1985 No. 103,PAG. 665-70
- 18.- CURRAN J.W MD.ET AL
THE EPIDEMIOLOGY AND PREVENTION OF AIDS
ANN INTERN MED. 1985,No. 103 PAG. 719-22
- 19.- FRANCIS D.P.,JAFFE H.W. MD. ET AL
THE NATURAL HISTORY OF INFECTION WITH THE EVIDENCE HTLV III.
ANN INTERN MED. 1985 no. 103 PAG. 657-63
20. LARS P. JENSEN MD,MARY JO. O'SULLIVAN MD. ET AL
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY (AIDS) IN PREGNANCY.
AM J. OBSTET AND GYNECOL 1987 VO. 157,No. 1,PAG. 10-1
- 21.- WASHINTONG C.HILL MD. ET AL
ISOLATION OF ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME VIRUS FROM
THE PLACENTA.
AM.J. OBSTET AND GYNECOL 1985 APRIL 5,VOL. 148,No.8,PAG.
- 22.- HOWARD MINKOFF MD,ET AL.
PREGNANCIES RESULTING IN INFANTS WITH AIDS OR AIDS RELATED
COMPLEX.

- 23.- HOWARD MINKOFF MD ET AL
PREGNANCIES RESULTING IN INFANTS WITH ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME OR AIDS-RELATED COMPLEX.FOLLOW UP OF MOTHERS CHILDREN AND SUBSEQUENTLY BORN SIBLING.
OBSTET AND GYNECOL MARCH 1987,VOL. 69,No. 3 PART. 1 PAG. 288
- 24.- ARNOLDO GUZMAN SANCHEZ,MD.ET AL
REFLEXIONES SOBRE EL SIDA EN LA CONSULTA GINECOOBSTETRICA
GIAARIA.
GINECOL Y OBSTET DE MEX.,AGOSTO 1988,VOL. 56,PAG. 232-35
- 25.- KALISH R,S.MD,ET AL
THE T4 LIMPHOCYTE IN AIDS.
N ENGL. J. MED. 1985,313 (2) PAG. 112-3
- 26.- JAFFE H.W.,MD.ET AL
PERSISTENT INFECTION WITH HUMAN T-LIMPHOTROPIC VIRUS TYPE III,LINPHADENOPATY-ASSOCIATED VIRUS IN APPARENTLY HEALTHY HOMOSEXUAL MEN.
ANN INTERN MED. 1985;102 (5).PAG. 627-8
- 27.- MANN J.M. FRANCIS H. QUINN,ET AL
HIV SEROPREVALENCE AMONG HOSPITAL WORKERS IN KINSHASA ZAIRE.LACK OF ASSOCIATES WITH OCCUPATIONAL EXPOSURE.
JAMA 1986;256 (22).PAG. 3099-12
- 28.- BARRE SINOUSSE,F.NUGEYRE M.T. ET AL
RESISTANCE OF AIDS VIRUS AT ROOM TEMPERATURA.
LANCET 1985;2 (8457) PAG. 721-2
- 29.- RESNICK L. VEREN K. ET AL
STABILITY AND INACTIVATION OF HTLV-III/LAV CLINICAL AND LABORATORY ENVIOREMENTS.
JAMA 1986;255 (14) PAG. 1887-91
- 30.- CURRAN JU. W. LAWRENCE D.N.
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY (AIDS) ASSOCIATED WITH TRANSFUSION.
N. ENGL. J. MED. 1984;310 (2) PAG. 69-75
- 31.- CLINICAS DE NORTEAMERICA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
SIDA EN EL EMBARAZO.
VOL. 4 1990 PAG. VARIAS
- 32.- MUNDY D.C. SCHINAZI R.F.ET AL
HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS ISOLATED FROM AMNIOTIC FLUID.
LANCET 1987,3 (2356) PAG. 459-60
- 33.- LAPOINTE N. MICHAUD J. ET AL
TRANSPLACENTAL TRANSMISSION OF HTLV-III VIRUS.
N. ENGL. J. MED 1985;312,PAG. 1325-26

- 34.- LEPAGE P. VAN DE PERRE P. ET AL
POSTNATAL TRANSMISSION OF HIV FROM MOTHER TO CHILD.
LANCET 1987 3 (3456) PAG. 400-2
- 35.- WEINBRECK P. ET AL
POSTNATAL TRANSMISSION OF HIV INFECTION.
LANCET 1988 2 (4356) PAG. 482-83
- 36.- INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS : 14 - 17 APRIL 1985
ATLANTA GEORGIA.
ANN INTERN MED 1985 : 103 PAG. 653-781
- 37.- ST. LOUIS M. CONWAY ET AL
HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION IN DISADVANTAGED ADO-
LESCENT.
JAMA 1991;266.PAG. 2387-91
- 38.- BIGGAR R.J. ET AL
IMMUNOSUPPRESSION IN PREGNANT WOMEN INFECTED WITH HUMAN
IMMUNODEFICIENCY VIRUS.
AM. J. OBSTET AND GYNECOL 1989 JUNE 161,PAG. 1239-44
- 39.- AMSTEY M.S. INSEL R. MUNOZJ.
FETAL NEONATAL PASSIVE IMMUNIZATION AGAINST HAEMOPHILUS
INFLUENZAE,TYPE B.
AM.J. OBSTET AND GYNECOL 1985,MAY 153,PAG. 607-11
- 40.- PINCHING A.J. AND JEFFRIES D.J.
AIDS AND HTLV-III/LAV INFECTION : CONSEQUENCES FOR OBSTETRIC
AND PERINATAL MEDICINE.
B.J.OBSTET AND GYNECOL No. 92 PAG. 1211-17
- 41.- DOLIN R. GRAHAM B.S. ET AL
THE SAFETY AND IMMUNOGENICITY OF A HUMAN IMMUNODEFICIENCY
VIRUS TYPE 1 RECOMBINANT Gp160 CANDIDATE VACCINE IN HUMANS.
ANN INTERN MED 1991 no. 114,PAG. 119-27
- 42.- GALLO R.C.
VIRUS DEL SIDA
INVESTIGACION Y CIENCIA 1986,PAG. 31-41
- 43.- BOLETIN MENSUAL SIDA ANO 4 No. 5 MAY 1990,PAG 868-69
- 44.- BOLETIN MENSUAL SIDA/ETS ANO 5 No. 3 MAR 1991,PAG. 1080
- 45.- MICHAEL C. SAMUEL ET AL
AIDS AND HOMOSEXUAL.
J. ACQ. INM. DEF. SIND. VOL. 6 No. 3 1993,PAG. 510-16
- 46.- GOEDERT J.J. ET AL
DETERMINANTS OF RETROVIRUS (HTLV-III) ANTIBODY AND IMMUNO
DEFICIENCY CONDITIONS IN HOMOSEXUAL MEN.
LANCET 1984;2,PAG: 711-15

- 47.- SCOTT D. HOLMBERG ET AL
BILOGIC FACTORS IN THE SEXUAL TRANSMISSION OF HIV.
J. INF. DIS VOL. 160, No. 1 JULY 1989 PAG. 116-20
- 48.- MONICA GALVAN IZQ. GABRIELA GAY MAYORAL
ACTITUD HACIA EL SIDA EN HOMOSEXUALES Y HETEROSEXUALES
TESIS, MEXICO 1992, PAG. VARIAS
- 49.- KREISS J.K. ET AL
AIDS VIRUS INFECTION IN NAIROBI PROSTITUTES, SPREAD OF EPI---
DEMIC OF EAST AFRICA.
N. ENGL. J. MED. 86, 314, PAG. 414-18
- 50.- CAMERON D.W. ET AL
INCIDENCE AND RISK FACTORS FOR FEMALE TO MALE TRANSMISSION
OF HIV.
PROGRAM AND ABSTRACTS OF THE 4° INTERNATIONAL CONFERENCE
ON AIDS, 1988, PAG. 10-20
- 51.- LAURENT BELEC, ET AL
ANTIBODIES TO HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS IN THE SEMEN OF
HETEROSEXUAL MEN.
J. INFC. D. VOL. 159, No. 2 FEB 1989
- 52.- SEPULVEDA AMOR J.
SIDA, CIENCIA Y SOCIEDAD EN MEXICO 1989, PAG. 31
- 53.- CHARLES HENDERSON
THE SECOND 100 000 AIDS CASES : A LOST FASTER WITH MORE
HETEROSEXUALES.
AIDS WEEKLY, JAN 1992, 27; PAG. 37-41
- 54.- DIAZ LÓVING R. MARTINEZ Y. ET AL
CREENCIAS SOBRE EL ORIGEN DEL SIDA.
REVISTA DE SALUD MENTAL VOL. 15, No. 3, MEXICO IMP
- 55.- RICHARDSON, D.
LA MUJER Y EL SIDA
MEXICO, MANUAL MODERNO 1990, PAG. VARIAS
- 56.- WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD
OCT. 4, 1991, PAG. 100-106
- 57.- BOLETIN MENSUAL SIDA/ETS ENERO 1992, PAG. VARIAS
- 58.- BOLETIN MENSUAL SIDA/ETS JUNIO 1992, PAG. VARIAS