



11227
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA 35
DE MEXICO 24

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DIRECCION GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
Curso Universitario de Especialidad en
Medicina Interna

INFECCION POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN
EL HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN

INVESTIGACION CLINICA

Presentado por:

JUAN LOPEZ GALLARDO

Para obtener el grado de Especialista en
MEDICINA INTERNA

Asesores de Tesis

Dr. Francisco Moreno Rodríguez
Dr. José Juan Lozano Nuevo
Dr. Alberto Fco. Rubio Guerra
Dr. Pedro Antonio Bendímez Osorio



1990

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

RESUMEN

Se estudiaron 18 pacientes con Infección por virus de inmunodeficiencia humana; 4 seropositivos asintomáticos; 2 con linfadenopatía generalizada; 11 con síndrome de inmunodeficiencia adquirida; con edades entre 17 y 51 años el 83% de los pacientes fueron menores de 35 años; predominó en el sexo masculino (88%); en 6 casos (33%), fueron heterosexuales promiscuos; 4 casos entre homosexuales y 3 casos en bisexuales; 2 por transfusiones; en 1 caso no había promiscuidad; 1 por drogadicción.

De los pacientes con SIDA, el 40% (4 casos) presentaron síndrome de insuficiencia respiratoria aguda; el 80% de estos pacientes tuvieron tuberculosis pulmonar o renal; 2 casos con síndrome de emaciación; en 2 pacientes se sospechó neumonía por Pneumocistis Carinni; otra infección frecuente fué candidiasis oral y esofágica; el 30% (3 casos), fallecieron durante su estancia en el hospital.

Un recién nacido presentó serología positiva por el paso de anticuerpos de la madre, negativizándose posteriormente y permaneciendo negativo.

Se concluye que en nuestra población hospitalaria el modo de transmisión principal es heterosexual, difiriendo de reportes publicados; y la serología positiva en un recién nacido no es diagnóstica de infección por VIH.

I N D I C E

I.-	INTRODUCCION	1
II.-	OBJETIVOS	8
III.-	HIPOTESIS	9
IV.-	JUSTIFICACION	10
V.-	CRITERIO DE INCLUSION	11
	NO INCLUSION Y EXCLUSION	
VI.-	MATERIAL, Y METODOS	12
VII.-	RESULTADOS	20
VIII.-	COMENTARIOS	21
IX.-	CONCLUSIONES	23
X.-	BIBLIOGRAFIA	24

I N T R O D U C C I O N

Se han publicado varias hipótesis desde que apareció en la población mundial el síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA), pero el origen del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tipo I permanece obscuro, las evidencias con que se cuenta en éstos tiempos indica que la pandemia actual de infección por virus de inmunodeficiencia humana se inició en forma silenciosa y sin haber notificaciones, a mediados de los años 70. El reconocimiento del síndrome de inmunodeficiencia humana tipo I se llevó a cabo en 1981; en 1983 fué descubierto el VIH como agente etiológico de este síndrome por Robert C. Gallo y Montagnier (13, 21); éste virus produce destrucción progresiva de los linfocitos T4 (2,34); y en 1985 una amplia variedad de pruebas diagnósticas (29), han llevado paulatinamente al aclaramiento del cuadro clínico de infección por VIH y su distribución mundial (1, 2, 3, 4).

La OMS cuenta con un programa de vigilancia de SIDA, e infección por VIH; hasta julio de 1989 se habían reportado a la OMS un total de 100,400 pacientes con SIDA: 45% en Africa; el resto en América, Europa, Asia y Oceanía; el menor número de casos ha sido reportado en Asia y Oceanía; según cálculos basados en la prevalencia de infección por VIH, se estimaba que ya había un total de 250,000 casos; la extrapolación de datos sobre prevalencia y frecuencia del SIDA sugieren que se han infectado aproximadamente 10 millones de personas, y se esperan en los siguientes 5 años aproximadamente 1 millón de casos nuevos.

Las vías de contagio son conocidas: por sangre o derivados de ésta; por contacto sexual, y transmisión de una madre infectada hacia el producto; en drogadictos es muy frecuente por uso de material contaminado, principalmente agujas e instrumentos cortantes.

Se han encontrado 3 formas o patrones de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana:

I.- En Norteamérica, Oeste de Europa, Australia, Nueva Zelanda y algunas áreas de Latinoamérica; en éstas regiones el modo de transmisión principal es por homosexuales y bisexuales; en éstos países según estimaciones, el 50% de homosexuales han sido infectados; la transmisión por sangre es principalmente entre drogadictos; pocas mujeres están infectadas, por lo que la infección pediátrica es menos común.

II.- En Africa, por abajo del desierto del Sahara, se incrementa en Latinoamérica, principalmente en el Caribe; en éstos lugares, la transmisión es predominantemente heterosexual; 25% de adultos con vida sexual activa y la mayoría de prostitutas de algunas ciudades están infectadas, (12, 20, 39); la transmisión sanguínea o en drogadictos no es común. La transmisión perinatal es uno de los principales problemas; en algunas ciudades de Africa, hasta el 15% de mujeres embarazadas están infectadas (5, 13, 17, 20, 26, 28, 29, 40).

III.- Incluye parte norte de Africa, Medio Oeste de Europa, Asia y el Pacífico, donde la infección por VIH se presentó a mediados de los 80; en éstas regiones sólo se ha reportado 1% de los casos de SIDA; los casos iniciales fueron por contacto con personas de las áreas I y II. En estos lugares, aunque se ha encontrado disminución en la incidencia de la infección entre homosexuales, existen lugares como Bangkok, donde la seroprevalencia entre drogadictos ha aumentado del 1% en 1987 hasta 16%

en el año de 1988 (13, 9).

Desde la aparición del SIDA, las personas que de algún modo tienen que ver con la atención a estos pacientes, se han encontrado con la probabilidad hipotética de infección por virus de la inmunodeficiencia humana por punción de agujas o material infectado de 0.0003 y 0.009 dependiendo de la prevalencia de la infección en determinada región, y surge el comentario de que el riesgo es real pero mínimo, y recomiendan precauciones acerca del manejo de líquidos corporales (10, 16); por otro lado, encontramos que se han reportado 11 casos de infección por VIH en trabajadores de la salud sin factores de riesgo identificables y se expusieron al VIH mientras prestaban atención médica; de estos, 4 casos se presentaron en un servicio de urgencias (16, 32). Entre los dentistas también se ha reportado un bajo riesgo ocupacional (37); según reportes, el riesgo por transfusión sanguínea en pacientes a los cuales se les efectuó cirugía cardíaca es de 0.003 (7); aunque existe otro reporte mencionando que 13 personas han sido infectadas después de recibir sangre sero negativa, y se sospecha que el número puede ser, más alto; según estimaciones, 70 a 90 personas son infectadas anualmente por transfusiones sanguíneas. Los donadores infectados recientemente no se identifican como seropositivos (7, 35, 36); se menciona que el servicio de urgencias es el más expuesto, y se hizo un estudio, donde de 2302 pacientes 119 fueron positivos y de éstos sólo 27 fueron detectados a su ingreso (32).

El porcentaje de falsas positivas en una población de bajo riesgo es de aproximadamente 1.48×1000 , y en estos pacientes las consecuencias potenciales son graves, van desde angustia, depresión, hasta suicidio o aborto si se trata de una mujer embarazada (14, 15).

Si bien por un lado las consecuencias de informarle, a una persona

que es portadora del VIH pueden ser desastrosas; por otro lado encontramos reportes donde demuestran la infección por VIH antes que los anticuerpos para este virus puedan ser detectados, existen pacientes en los que se ha demostrado el virus hasta 35 meses antes de que se detecten estos anticuerpos (29, 38, 39) y mencionan que se han detectado 3 patrones de infección (39).

I.- Replicación prolífica; 3-6 semanas después de la exposición se encuentran proteínas virales en sangre y líquido cefalorraquídeo, permanecen elevados durante la infección; después disminuyen y se detectan muy bajos niveles de virus circulantes; la concentración se eleva gradualmente mientras el paciente se vuelve sintomático y estos permanecen altos en la fase final de la enfermedad.

II.- Es muy raro; se caracteriza por un prolongado estado de seropositividad seguido por disminución de anticuerpos antivirales; el DNA viral está presente en linfocitos circulantes y es detectado por métodos de amplificación, en estos casos, la disminución de anticuerpos antivirales refleja la supresión o restricción severa de producción, o liberación del virus (29, 30).

III.- Se caracteriza por una infección prolongada, sin la formación de anticuerpos antivirales, esto implica que puede haber infección sin estimular el sistema inmune, ésta infección silenciosa difiere de la abortiva, porque el VIH intacto se encuentra retenido en la persona infectada. La reproducción del virus en una célula infectada es, controlado por varios factores reguladores específicos del virus; la iniciación de síntesis de RNA viral depende de factores de transcripción celular; la proteína nef retarda la replicación del virus, y la proteína rev sirve como interruptor (39).

Se ha reportado que en drogadictos infectados por VIH es mayor el riesgo de padecer tuberculosis por reactivación de infección latente y existe una asociación importante entre tuberculosis y SIDA; algunos reportes mencionan que el 10% o más de pacientes con SIDA pueden, tener tuberculosis y recomiendan tratamiento profiláctico contra tuberculosis y en algunos casos tratamiento completo (23).

En pacientes con enfermedades de transmisión sexual, el contacto frecuente con prostitutas se asocia con seropositividad, y los pacientes que no están circuncidados pueden ser más propensos a úlceras genitales, o úlceras, más severas, se ha planteado la hipótesis de que la balanitis, maceración del glande y el trauma del prepucio, son importantes para la infección por VIH, mencionando que el desarrollo bajo la piel puede permitir mayor sobrevivencia del virus en el epitelio y permite por más tiempo la penetración viral; sugiriendo que la entrada al tracto masculino es más frecuente por el glande que por la próstata (20)

El virus distribuido más ampliamente en la población mundial es el tipo I, ya que está presente en todos los continentes; el tipo II se encuentra principalmente en el Oeste de Africa, pocos casos en Europa y 1 en Norteamérica; en Brasil la transmisión es principalmente entre homosexuales, bisexuales y prostitutas; la prevalencia del virus tipo I es alta.

Una de las consecuencias de la infección por VIH es, la infección por agentes oportunistas; así tenemos infección por: *Pneumocistis carinii*, *criptosporidium*, *candida*, *toxoplasma*, bacilo de la tuberculosis, etc. Se ha reportado entre éstas infecciones, las producidas por *Isospora belli*, la cuál responde en forma satisfactoria a trimetoprim más sulfametaxazol, aunque la tasa de recurrencias, es alta; en un estudio lle-

vado a cabo, se dió tratamiento profiláctico con 160 mg. de trimetopím y 800 mg. de sulfametaxazol 3 veces por semana a 22 pacientes a los que se les había demostrado *Isospora belli*; posterior al tratamiento sólo a uno se le encontró *Isospora belli*, y durante el tratamiento, los 22 pacientes permanecieron asintomáticos. (8)

También se han reportado complicaciones endócrinas en pacientes con SIDA; entre éstas la más frecuente es insuficiencia suprarrenal, panhipopituitarismo en un paciente; deficiencia de corticotropina; ACTH; prolactina, tirotropina, luteinizante y folículo estimulante, síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética, alteraciones de tiroides, orofaringitis, y es más frecuente las hipoglucemias en éstos pacientes; si bien estas complicaciones pueden ser causadas por infecciones por oportunistas neoplasias o por tratamiento (11, 34).

Recientemente se ha asociado al VIH con miopatía progresiva (10)

La seroprevalencia en mujeres en edad reproductiva en lugares donde la prevalencia del SIDA es alta; aunque la tasa de transmisión transplacentaria se ha reportado, de 20 a 60% variando de acuerdo a las series estudiadas, se han reportado infecciones intrauterinas en fetos de diferentes edades gestacionales; se menciona que la cesárea puede reducir el riesgo de transmisión, sin embargo, ya se han reportado infecciones intrauterinas en fetos de diferentes edades gestacionales; se menciona que la cesárea puede reducir el riesgo de transmisión, sin embargo, ya se han reportado recién nacidos obtenidos por cesárea infectados; el riesgo por exposición se produce in útero durante el parto y posparto, y alimentación por seno materno; las madres infectadas por VIH producen anticuerpos IgG, y éstos fácilmente atraviesan la barrera placentaria; los primeros anticuerpos producidos por el niño infectado son IgM, y posteriormente IgG 3 e IgG 1; los métodos alternativos como cultivos, demostración del virus -

in situ son técnicamente difíciles; en un niño, la ausencia de anticuerpos IgM específicos para VIH al nacimiento, y aparición a las 4 semanas, con un pico máximo a las 8 semanas y desaparición posterior, seguida por aparición de anticuerpos específicos IgG 3 e IgG1 son datos sugestivos - de infección perinatal por VIH (42, 46).

En México el primer caso de infección por VIH fué reportado en 1985 según reportes, en el año de 1988 el 3.8% de enfermos con SIDA eran menores de 15 años; de los 43, niños reportados, sólo 7 contrajeron el SIDA - por transmisión perinatal.

Para catalogar e identificar a un niño que padece SIDA se toman en cuenta enfermedades indicativas de deficiencias de inmunidad celular, como candidiasis esofágica, neumonía por pneumocistis carinii; neumonitis intersticial linfoide; infección por micobacterias atípicas, criptococosis; criptosporidiosis, toxoplasmosis; infección por citomegalovirus; herpes simple, leucoencefalopatía progresiva; linfoma primario de sistema nervioso central y sarcoma de Kaposi.

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Ticomán, con una duración de 2 años; se reunieron un total de 18 pacientes con SIDA; dentro de éstos pacientes se encontró un recién nacido que presentó serología positiva al nacimiento y negativización 3 meses después, permaneciendo seronegativo.

O B J E T I V O S

- 1. Señalar las características de la población con SIDA que acude al Hospital General de Ticomán**
- 2. Comparar la frecuencia de pacientes heterosexuales con SIDA con las reportadas**
- 3. Analizar si la serología positiva al nacimiento es equivalente a la infección por VIH.**

H I P O T E S I S

ALTERNA:

En nuestra población la forma de transmisión heterosexual es más importante que la reportada

La serología positiva de un recién nacido no es dato concluyente de infección por VIH

DE NULIDAD:

En nuestra población la frecuencia de infección por transmisión heterosexual no es más alta que la reportada.

La serología positiva de un recién nacido si es dato concluyente de infección por VIH

J U S T I F I C A C I O N

- La cantidad de pacientes con SIDA que acuden a este hospital ha aumentado en forma importante en los últimos años.
- El manejo y atención de éstos pacientes y sus cuidados son muy costosos.
- Los reportes en la literatura extranjera mencionan que en ésta área la transmisión es principalmente entre homosexuales y en menor número en drogadictos.

C R I T E R I O S

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes que sean diagnosticados con infección por virus de inmunodeficiencia humana en este hospital.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

Pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana que hayan sido diagnosticados en otros hospitales.

Pacientes que presenten inmunodeficiencia por otras causas que no sea VIH

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes que fallezcan antes de completar su protocolo de estudio.

Pacientes que soliciten su alta voluntaria en las primeras 24 hrs.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Este es un estudio prospectivo, observacional, longitudinal, realizado en el Hospital General de Ticomán, en el servicio de Medicina Interna; en un período de 2 años; se inició en el mes de septiembre de 1987 y terminó en el mes de septiembre de 1989.

Se estudiaron 18 pacientes con diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana, con edades de 22 a 51 años y un recién nacido, diagnosticados con pruebas serológicas de ELISA para VIH y Western blot; y se clasificaron en 3 grupos: en el primer grupo se ubicaron, a pacientes que eran seropositivos asintomáticos; en este grupo había 4 pacientes; en el segundo grupo se incluyeron a pacientes con linfadenopatía generalizada, y constó de 2 pacientes; en el tercer grupo se incluyeron a 11 pacientes con diagnóstico de SIDA.

Se encontró entre éstos pacientes al recién nacido, que al nacimiento presentó serología positiva (ELISA).

TABLA No. 1

SEROPOSITIVOS ASINTOMATICOS

CASO	EDAD	SEXO	GPO.RIFSGO	RESIDENCIA	OBSERVACIONES
1	30 a.	M	HETEROSEXUAL.PROM	D.F.	
2	33 a.	M	HETEROSEXUAL.PROM.	D.F.	F.SPOSA FALLE- CIDA POR SIDA
3	31 a.	M	TRANSFUSION	L.A. E.U.A.	
4	22 a.	M	HOMOSEXUAL	VERACRUZ	

TABLA No. 2

LINFADENOPATIA GENERALIZADA
PERSISTENTE

CASO	EDAD	SEXO	GPO. RIESGO	RESIDENCIA	OBSERVACIONES
5	32 a.	M	DROGADICCION	GUERRERO	HERNIA DE DISCO
6	37 a.	M	HOMOSEXUAL	JALISCO	PROSTITUCION

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA

ADQUIRIDA

CASO	EDAD	SEXO	GP. RIESGO	RESIDENCIA	OBSERVACIONES
7	31 a.	M.	BISEXUAL	D.F.	
8	30 a.	M.	BISEXUAL	D.F.	
9	17 a.	M.	HOMOSEXUAL	EDO. MEX.	ESTUDIANTE
10	37 a.	M.	BISEXUAL	D.F.	ALBANIL
11	32 a.	F.	ESPOSO VIH POSITIVO	D.F.	MURIO 1 AÑO DESPUES
12	37 a.	F.	TRANSFUSION	D.F.	HOGAR

TABLA No. 4

SINDROME DE INMUNDEFICIENCIA

ADQUIRIDA

CASO	EDAD	SEXO	GPO. RIESGO	RESIDENCIA	OBSERVACIONES
13	27 a.	M	HETEROSEX. PROM.	D. F.	COMERCIANTE
14	27 a.	M.	HETEROSEX. PROM.	D. F.	
15	51 a.	M	HETEROSEX. PROM.	D. F.	
16	35 a.	M	HOMOSEXUAL	D. F.	
17	35 a.	M	HETEROSEX. PROM.	D. F.	

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA

ADQUIRIDA

CASO	DIAGNOSTICO	OBSERVACIONES
7	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	DEFUNCION
8	SINDROME DE EMACIACION	
9	SINDROME DE EMACIACION	
10	TUBERCULOSIS PULMONAR NEUMONIA POR P. CARINII CRIPTOCOCOSIS CUTANEA SIFILIS SECUNDARIA	
11	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TB PULMONAR (MICROBACTERIUM AVIUM)	
12	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TUBERCULOSIS PULMONAR	DEFUNCION

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA

ADQUIRIDA

CASO	DIAGNOSTICO	OBSERVACIONES
13	TUBERCULOSIS PULMONAR SIFILIS SECUNDARIA	
14	TUBERCULOSIS PULMONAR PROB. NEUMONIA POR P. CARINII	
15	TUBERCULOSIS PULMONAR CANDIDIASIS ORAL	DEFUNCION
16	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA: TUBERCULOSIS PULMONAR MENINGITIS BACTERIANA	DEFUNCION
17	TUBERCULOSIS PULMONAR TUBERCULOSIS RENAL CANDIDIASIS ORAL	

RECIEEN NACIDO MASCULINO

PADRE Y MADRE VIH POSITIVOS

PRODUCTO DE GESTA VI

EUTROFICO; APGAR 6-8-8

ELISA POSITIVO AL NACIMIENTO

DETERMINACION DE IqG 1:520

ELISA Y WESTERN EILOT NEGATIVOS A LOS 3 MESES

PERMANECE SERONEGATIVO (2 años).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS

Se estudiaron 18 pacientes que ingresaron al Hospital General de Ticomán con diagnóstico clínico y de laboratorio de infección por virus de inmunodeficiencia humana; encontrándose los siguientes resultados: este padecimiento predominó en el sexo masculino en el 88% (16 pacientes); la edad promedio fué de 30 años; en 15 pacientes 83% la edad fué menor de 35 años; la población heterosexual fué de 33% (6 casos); hubo 2 casos por transfusión sanguínea, 1 de ellos, transfundido en Estados Unidos de Norteamérica (Los Angeles); hubo un 5.5% (1 caso) en drogadictos; el 22% (4 casos) fueron seropositivos asintomáticos, 2 pacientes (11.5%) presentaron linfadenopatía generalizada.

En los pacientes con SIDA, el 40% (4 casos) presentaron síndrome de insuficiencia respiratoria aguda; el 80% (8 casos) tuvieron tuberculosis pulmonar; 20% (2 casos) con síndrome de emaciación; en 1 paciente se detectó *Microbacterium avium*; y en 2 pacientes se sospechó neumonía por *Pneumocystis carinii*; el 30% (3 casos) fallecieron durante su estancia en este hospital.

En el recién nacido no se detectó infección por gérmenes oportunistas, ni inmunodeficiencia celular.

No se pudieron efectuar pruebas de amplificación para detectar la posible presencia del virus en este niño; continúa con vigilancia periódica.

COMENTARIOS

En este estudio se encontró, que el porcentaje de transmisión del VIH por mecanismo heterosexual es relativamente alto (33%); cantidad mayor que el porcentaje de transmisión homosexual o bisexual; por transfusión sanguínea no es común; contrastando con otros reportes que señalan a esta región con transmisión predominantemente entre homosexuales o drogadictos (13); otro dato que se debe mencionar es la cantidad de pacientes que presentaron tuberculosis pulmonar 9 (47%); en oposición con reportes que mencionan, que el 10% de estos pacientes pueden estar infectados por microbacterium; aunque este estudio lo realizaron en drogadictos (23) en este país la tuberculosis es una enfermedad muy frecuente, de ahí que es explicable que estos pacientes presenten tuberculosis pulmonar como una de las enfermedades principales asociadas a SIDA; en nuestro medio recomendamos tratamiento con antifímicos a todo paciente que presente sintomatología sospechosa de tuberculosis y SIDA.

Este grupo de pacientes presentaron frecuentemente además de tuberculosis, candidiasis oral y esofágica; en este hospital no contamos con medios para la búsqueda de Cryptosporidium, toxoplasma, Isospora belli, por lo que no se buscaron éstos gérmenes, que pudieran explicar la presencia de evacuaciones diarreicas. Se logró con el apoyo del Instituto Politécnico Nacional la búsqueda de Micobacterium avium en 1 paciente, resultando positivo.

En el niño reportado en este estudio se consideró que la serología positiva se debió al paso de anticuerpos de la madre, más que a que el ni

no esté infectado por VIH; sin embargo se debe efectuar vigilancia seriada porque se han reportado casos en los que se positiviza un paciente hasta un año después de ser infectado (38); pudieran estar involucradas proteínas reguladoras a las que hace mención un reporte (39); y esto condiciona que el paciente se encuentre infectado pero con serología negativa; existen reportes que indican que hay personas infectadas que han permanecido seronegativas hasta por 33 meses (39).

CONCLUSIONES

La infección por virus de inmunodeficiencia humana en esta población predominó en hombres (88%); las edades fluctuaron entre 17 y 51 años, predominando en jóvenes; la transmisión encontrada en éstos pacientes fué principalmente por contacto sexual, transfusión e inyección de drogas; la transmisión en el 33% (6 casos) fué en heterosexuales promiscuos; la presentación del síndrome de inmunodeficiencia adquirida tuvo un amplio espectro clínico, aunque predominó el síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, fallecieron; entre esta población, la adquisición de SIDA por drogadicción intravenosa no es común; se encontró en un sólo caso; y en 2 casos se adquirió por transfusión.

En el caso del recién nacido se concluye que la seropositividad al nacimiento no siempre es diagnóstica de infección por VIH, ya que consideramos que los anticuerpos detectados al inicio, fueron por el paso de anticuerpos a través de la placenta y posteriormente desaparecieron.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Essex M: The Origins of the AIDS Virus
Sci. Am. Oct. 1988; 44-51
- 2.- Haseltine A.W.: The Molecular Biology of the AIDS
Virus. Sci. Am Oct. 88; 34-42
- 3.- Weber N.J.: HIV Infection; The Celullar Picture
Sci. Am. Oct. 88; 70-7
- 4.- Redfield R.R.; HIV Infection: The Clinical Picture
Sci. Am Oct. 88; 81-6
- 5.- Heyward L.W.: The Epidemiology of AIDS in the U.S.
Sci. Am Oct. 88; 52-69
- 6.- Fineberg V.H.: The Social Dimensions of AIDS
Sci. Am Oct. 88; 106-12
- 7.- Cohen N.D; Muñoz A.: Transmisión of Retroviruses by
Transfusión of Screened Blood in Patients Undergoin
Cardiac Surgery; N.Enql. J. Med. vol.320; 18; may 4;
1989; 1172-5
- 8.- Pape J. W; Verdier Rose-Irene: Treatment and Propy-
laxis of Isospora Belli Infection in Patients with
N. Enql. J. Med; 320; 16; apro 20; 1989; 1044-7
- 9.- Cortés E.: HIV-1, HIV-2 Infection in High-Risk Groups
in Brazil; N. Enql. J. Med.; 320; 15; apr. 13; 1989; 953-7
- 10.- Quinn C; Zacarias R.K; AIDS in the Americas; An Emer-
ging Public Healt Crisis; N. Enql. J. Med; 320; 15; apro.
13; 1989; 1005-7

- 11.- C.D. Aron; Endocrine Complications of the Acquired Immunodeficiency Syndrome; Arch. Int. Med; 149;2;feb. 1989; 330-3
- 12.- Simonsen J. Neil; William Cameron: Human Immunodeficiency Virus Infection among Men with Sexually Transmitted Disease; Experience from a Center in Africa; N. Engl. J. Med; 319;5;aug.4;1988; 274-7
- 13.- M. Mann Jonathan and Chin James: AIDS A Global Perspective; N. Engl. J. Med;319;5;aug.4;1988; 302-5
- 14.- S. Burke Donald; Brundaje John:Measurement of the False positive Rate in a Screening Program for Human Immunodeficiency Virus Infection N.Enql. J. Med;319;15;13; oct. 1988; 511-3
- 15.- Weiss Robin; O. Thier Samuel:HIV Testing Is the Answer Waths the -- Question; N. Engl. J. Med; 319;15;oct. 13;1988; 720-22
- 16.- Hagen M.D.;Mayer K.B.; Human Immunodeficiency Virus infection in -- fection in Healt Care Workers; Arch. Int. Med.;149;7; Jul. 1988; 890-1
- 17.- Nicholas S.W.;Human Immunodeficiency Virus in Childhood, Adolescence and Pregnancy.Pediatrics; 83;2 feb.89; 320-6
- 18.- Erlich K.S.;Mills J.: Acyclovir-Resistant Herpes Simple Virus in Patients with the Syndrome Acquired Immunodeficiency; N. Engl. J. Med; 320; 5;feb.2 1989; 204-7
- 19.- Chatis P.A.;Miller C.H.: Successful Treatment with Foscarnet of an - Acyclovir-Resistant Mucocutaneus Infection with Herpes Simplex Virus in Patient with Acquired Immunodeficiency Syndrome; N.Enql. J. Med; - 320;5 feb 2 1989; 532-6
- 20.- Thomas C. Quinn; Gleasser David:Human Immunodeficiency Virus Infection among Patiens Attending Clinics for Sexualli Transmitted Disease; N. Engl. J. Med; 318;4 Jan 28; 1988; 197-202

- 21.- A. Pizzo Philip: Effec. of Continuous Intravenous Infusion of. Zidovudine (AZT) in Children with Symptomatic HIV Infection; N. Engl. J. Med; 319 14; oct. 6; 1988; 1203-7
- 22.- Broder Samuel: Pathogenic Human Retroviruses; N Enql. J. Med; 318; 4; jan 28; 96-103
- 23.- A. Selwyn Peter; Hartel Diana: A Prospective Study of Tuberculosis - Among Intravenous Drug Users with Human Immunodeficiency Infection; N Engl. J. Med; 320; 9; march 2;1989; 545-9
- 24.- Justice A.C.;Feinstein A.R.: A New Prognostic Staging System for the Acquired Immunodeficiency Syndrome; N. Enql. J. Med 320;21; may 25; - 1989; 2504-8
- 25.- Redfield R.R.; Tramont E.C.: Toward a better Clasification System for HIV Infection; N. Enql. J. Med.; 320;21; may 25; 1989; 2514-7
- 26.- W Ryder Robert: Perinatal Transmission of the Human Immunodeficiency Virus type 1; to Infants of Seropositive Women in Zaire; N. Enql. J. Med; 320; 25; june 22; 1989
- 27.- Fallon et Al: Human Immunodeficiency Virus Infection The Jour. Pediatr. 114; 1; jan 1989
- 28.- Blanche Stephane: A Prospective Study of Infant Bron to Women Seropositive for Human Immunodeficiency Virus Type 1; N. Enql. J. Med 320; 25; june 1989
- 29.- F. Rogers Martha: Use of the Polymerase Chain Reaction for Early Detection of the Proviral Secuencias of Human Immunodeficiency Virus in Infant Born to Seropositive Mothers: N. Enql. J. Med 320;25; june 1989
- 30.- L. Katz Samuel; M. Wilfert Catherine: Human Immunodeficiency Virus Infection of Newborns. N. Enql. J. Med; 320; 25; june 22;1989
- 31.- Strauss Jose, Abitol Carolyn: Renal Disease in Children with the Ac-

- quired Immunodeficiency Syndrome N. Engl. J. Med; 321; 10; sept. 7; 1989
- 32.- C. Kelen Gabor: Unrecognized Human Immunodeficiency Virus Infection in Emergency DEpartment Patients; N. Engl. J. Med;318;25;june 23; 1988
- 33.- J. Emanuel E.:Do Physicians Have an Obligation to Threat Patients with AIDS N. Engl. J. Med.;318; 25;june 23;1988
- 34.- F. Glatt Aaron; Chirgwin K.: Treatment of Infection Associated with - Human Immunodeficiency Virus N. Engl. J. Med 318;22; june 2;1988
- 35.- W. Ward John; D. Holmberg D.: Transmisión of Human Immunodeficiency - Virus (HIV) by Blood Transfusions Screened as Negative for HIV Antibody N. Engl. J. Med.; 318;8;feb. 25; 1988
- 36.- F. Zuck Thomas: Transfusion-Transmitted AIDS Reasse
- 37.- S. Klein Roberth; A. Phelan Joan: Low Occupational Risk of Human Immunodeficiency Virus Infection among Dental Professionals, N. Engl. J. Med. 318;2;jan 14; 1988
- 38.- T. Imaqawa D.; Human Immunodeficiency Virus Type-1 Infection in Homosexual men who remain Seronegative for Prolonged Periods. N. Engl. J. Med. 320; 22 junel; 1989
- 39.- H. Haseltine William.: Silent HIV Infections: N. Engl. J. Med. 320; 22; June 1; 1989
- 40.- Rodney Hoff; P. Berardi Victor: Deroprevalence of Human Immunodeficiency Virus Among Childbearing Women: Estimation by Testing Samples of Blood from Newborns N. Engl. J. Med; 318;9; march. 3;1988
- 41.- D. Gamboa Jose; Jorge Tanaka-Kido: El diagnóstico de SIDA en la edad Pediátrica: Bol. Hosp. Inf. Méx.; 45; 9; sept. 1988
- 42.- Marco V. José; Ernesto Calderon Jaimes: Transmisión perinatal del SIDA. Bol. Hosp. Infan. Méx.; vol; 45; 1; enero 1988

- 43.- Eduardo Narsallah: El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida en la Población Pediátrica; Bol. Hosp. Infan. Méx. 45; 1; enero 1988
- 44.- Yarchoan R.; Mitsuya H.: One Drug-AZT-Is Already in Clinical Use. - Sci; Am. oct. 1988; 114-24.