

# Mujeres con VIH-SIDA en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú.

SOLARI ZERPA, Lely, VALDEZ, Luis Miguel\*, ECHEVARRIA Juan\*\*, GOTUZZO Eduardo\*\*\*

## SUMMARY

**Objective:** The aim of this study is to describe the epidemiological and clinical characteristics of the women infected with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) who were seen at the Hospital Nacional Cayetano Heredia from January 1989 to December 1996. **Material and Methods:** We did a retrospective chart review of their demographic and medical registers. We used the Centres for Disease Control (CDC) classification for the HIV infection. (Stages I-IV). **Results:** We included 236 women, from 17 to 60 years old, with a mean age of 30.4 years. The number of diagnosed cases per year of infected women increased from 5 in 1989 to 63 in 1996. The probable means of acquisition of infection was heterosexual intercourse in 212 patients (90.2%). Only had one sexual partner in her life 113 (47.8%) of the patients seen. There were 4 (1.6%) sexual workers and there were no intravenous drug users. A percentage of 23.4% have had other Sexually Transmitted Diseases (STD), and these were more prevalent in women who had risky sexual practices ( $p=0.005$ ). Out of the 236, 69 women had diagnosis of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) The most frequent AIDS-defining condition was the Wasting Syndrome in 23 women (33.3%). There were 19 deaths within the study period. The mean survival time after the AIDS diagnosis was 10.6 months and the most frequent death cause was Tuberculosis and *Pneumocystis carinii* Pneumonia. **Conclusion:** The fact of having a predominantly heterosexual transmission and that there is a high percentage of monogamous women and women with few sexual partners make us suppose that it is probably their partners risk sexual behavior what exposes women to HIV infection. We must underline the importance of an adequate information to women who start their sexual life and of the risks these bring, and the diffusion of the use of condoms to prevent this infection. ( *Rev Med Hered* 1999; 10:62-68 ).

**KEY WORDS:** HIV, women, AIDS, STD.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características epidemiológicas y clínicas del grupo de mujeres infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que fueron atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Enero de 1989 a Diciembre de 1996. **Material y Métodos:** Se hizo una revisión retrospectiva de sus fichas epidemiológicas e historias clínicas. Se utilizó la clasificación de los Centros de Control de Enfermedades (CDC) para infección por el VIH

---

\* Infectólogo, Profesor Asociado, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

\*\* Infectólogo, Jefe de Servicio de Hospitalización, Departamento de Enfermedades Transmisibles y Dermatológicas del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

\*\*\* Infectólogo, Director del Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt. Departamento de Enfermedades Transmisibles y Dermatológicas del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

(Estadíos I-IV). **Resultados:** Se incluyó 236 mujeres, de 17 a 60 años, con una edad media de 30.4 años. El número de mujeres diagnosticadas por año aumentó de 5 en 1989 a 63 en 1996. La vía probable de adquirir la infección fue por relaciones heterosexuales en 212 pacientes (90.2%). Refirieron haber tenido una sola pareja sexual en su vida 113 (47.8%). Hubo 4 (1.6%) de trabajadoras sexuales y no hubo drogadictas por vía endovenosa. Habían tenido otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETSs) el 23.4% y éstas fueron más prevalentes en mujeres que tenían prácticas sexuales riesgosas ( $p=0.005$ ). Tuvieron diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) 69 mujeres. La Condición Definitiva de SIDA más frecuente Síndrome Consuntivo en 23 mujeres (33.3%). Hubo 19 muertes en los años de estudio. La supervivencia media en estadio SIDA fue de 10.6 meses y la causa de muerte más frecuente fue Tuberculosis y Neumonía por *Pneumocystis carinii*. **Conclusiones:** El hecho de tener una transmisión predominantemente heterosexual y de que haya un alto porcentaje de mujeres con pocas parejas sexuales nos hace suponer que es probablemente la conducta sexual riesgosa de sus parejas lo que expone a las mujeres a la infección por el VIH. Debemos resaltar la importancia de una adecuada educación a las mujeres que comienzan a tener relaciones, de los riesgos que esto implica y la difusión del uso de condones para prevenir esta infección. (*Rev Med Hered* 1999; 10:62-68 ).

PALABRAS CLAVE: VIH, mujeres, SIDA, ETS.

## INTRODUCCION

La infección por el VIH se está diseminando rápidamente en los países en vías de desarrollo. Un porcentaje importante de los casos nuevos son mujeres, reflejando esto un aumento en la transmisión de tipo heterosexual (1,2).

En el Perú, las mujeres representan el 15.6% de los casos de personas infectadas por el VIH (con una variación en la proporción de hombres a mujeres de 23:1 en 1987 a 4:1 en 1997) (1).

Esto, tomando en cuenta que es mandatorio reportar los casos de SIDA pero muchas veces no se reportan los casos de infección asintomática por el VIH, por lo cual estas cifras pueden ser una subestimación del problema real.

En cuanto a la infección por VIH en este grupo, estudios hechos en Africa, Estados Unidos y Europa (3,4,5,6) describen las características epidemiológicas de las mujeres infectadas señalando como factores de riesgo fundamentales el ser drogadicta por vía endovenosa, pareja de drogadictos y trabajadora sexual, es decir, tienen un patrón "occidental" a diferencia de Africa y Latinoamérica (7,8), donde la transmisión, sobre todo en los últimos años, viene siendo en su gran mayoría por transmisión heterosexual, dando por ejemplo, en Africa, una proporción de hombres a mujeres de 1:1 y siendo la transmisión parenteral mínima.

Por otro lado, las características clínicas han sido sólo superficialmente descritas en las mujeres. En general, sólo hay datos específicos como el número menor de

casos de Sarcoma de Kaposi y mayor de Candidiasis mucocutáneas. Hay estudios que sugieren una progresión más rápida y tórpida de la enfermedad en comparación a los varones, aunque estos resultados no son concluyentes puesto que ellas tienen menos opción a una terapia antiretroviral adecuada debido a factores sociales (9,10,11).

El objetivo de este estudio es describir las características demográficas y factores de riesgo para la infección por VIH en un grupo de mujeres infectadas por el VIH y las características clínicas de aquellas que hicieron SIDA en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú.

## MATERIAL Y METODOS

Se revisó retrospectivamente las fichas de datos epidemiológicos e historias clínicas de las mujeres mayores de 15 años que acudieron al Programa de Control de SIDA del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) de Enero de 1989 a Diciembre de 1996 y resultaron positivas para el examen de Western Blot para VIH. Las 26 pacientes menores de 15 años (la mayor de las cuales tenía 6 años) se excluyeron al ser la transmisión en este grupo etáreo predominantemente vertical.

Los datos epidemiológicos fueron adquiridos mediante una entrevista directa realizada por enfermeras entrenadas para dirigir el Programa de Control de SIDA del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima, Perú. Los datos clínicos se extrajeron de historias clínicas que fueron hechas por médicos asistentes del Departamento de Enfermedades Transmisibles y

## Dermatológicas del HNCH.

Se utilizó para el estadiaje de la infección la clasificación clínica de 1986 del CDC, definiendo SIDA como equivalente al Estadío IV de dicha clasificación (12). También se incluyó a las pacientes que ya estaban en estadío SIDA en su primera consulta y se les hizo seguimiento clínico.

La información fue analizada con el Programa Estadístico Epi-Info (Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, ver 6.02) mediante tablas de frecuencia simple y pruebas de asociación de estadística no paramétrica como señalado.

Para el diagnóstico de infecciones oportunistas se utilizó criterios clínicos, microbiológicos y anatomopatológicos como por ejemplo: Síndrome Consuntivo: Pérdida de peso > del 10% del peso habitual, diarrea crónica (>30 días), debilidad y fiebre documentada más de 30 días en ausencia de enfermedad asociada. Neumonía por *Pneumocystis carinii*: Giemsa (+) en esputo o cuadro clínico y radiológico compatible con BK (-) y respuesta adecuada al tratamiento con Cotrimoxazol.

La información obtenida acerca de los títulos de CD4 fue insuficiente, por lo cual no se ha considerado en el presente estudio.

## RESULTADOS

Se diagnosticaron 236 pacientes durante los años de estudio. Estas constituyeron el 15.9% del total de pacientes infectados diagnosticados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia que fueron 1482 en los 7 años de estudio.

El motivo de hacerse la prueba de ELISA-VIH en 161 pacientes (68.4%) fue por tener pareja sexual positiva, en 69 (29.2%) por sospecha clínica de SIDA, en 2 (0.8%) por tener otras ETSs, en 2 como parte de su control prenatal y en 2 por otros motivos.

### *Datos epidemiológicos*

Las edades fueron de 17 a 60 años con un promedio de 30.5 y una mediana de 29.0 años. Las adolescentes ( $\leq 19$ ) fueron el 6% de la población estudiada, manteniéndose esta proporción casi constante a lo largo de los años de estudio. El número de casos nuevos diagnosticados ascendió de 5 en 1989 a 63 en 1996.

En cuanto a los datos demográficos, 119 (50.4%) de las pacientes fueron naturales de Lima y 117 (49.6%)

de provincias. Hubo 131 (55.6%) amas de casa, 67 (27.1%) trabajadoras independientes y empleadas. Sólo 4 (1.6%) fueron trabajadoras sexuales. En lo referente a educación. 193 (81.7%) tuvieron por lo menos estudios de secundaria incompleta. Tenían parejas sexuales estables (casadas, convivientes) o eran viudas 177 (75.0%).

Asimismo, la vía de adquisición de la infección fue el contacto heterosexual en 216 (91.5%), de las cuales 4 eran trabajadoras sexuales (1.6%), transfusión sanguínea en 12 (5.1%), y no se especificó en 8 (3.4%).

Cabe señalar que las pacientes contagiadas vía transfusión sanguínea lo fueron antes de 1992. No se vieron casos de contagio por transfusión después de ese año.

Siendo la vía de contagio predominantemente sexual, se vio que el 65.6% referían haber tenido una sola o dos parejas sexuales en toda su vida, como se aprecia en la tabla N°1.

En nuestro grupo no hubo drogadictas por vía endovenosa (sin embargo, 33 (13.9%) habían consumido drogas inhalatorias alguna vez en su vida).

En cuanto a historia sexual, 224 (94.9%) fueron heterosexuales, habiendo 12 (5.1%) tenido alguna vez relaciones homosexuales. Cabe señalar que las relaciones homosexuales en mujeres no son factor de riesgo para contraer la infección por VIH.

En lo referente a otras ETS, 67 pacientes (el 23.4%) habían tenido algún episodio de ETS previo al diagnóstico. De estos, 38 fueron debidamente documentados en las historias y los más frecuentes

**Tabla N°1. Distribución según número de parejas sexuales referidas**

N° parejas sexuales	n (%)
1	113 (47.8%)
2	42 (17.8%)
3	24 (10.2%)
4 - 5	12 (5.1%)
6 o más	45 (19.1%)
<b>TOTAL</b>	<b>236 (100%)</b>

**Tabla N°2. Historia de enfermedad de transmisión sexual y relaciones sexuales.**

	RS cm/anal	No RS cm/anal	TOTAL
ETS previa	45	22	67
No ETS previa	82	87	169
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>109</b>	<b>236</b>

**Tabla N°3. Condición definitoria de SIDA en mujeres del Hospital Nacional Cayetano Heredia.**

Condición	n
Síndrome consuntivo	23
TBC Pulmonar y/o extrapulmonar	13
Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>	11
CD4 < 200/uclt Criptococo	9
Diarrea por coccidias	9
Esofagitis por <i>Cándida</i>	3
Otros	3
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>

**Tabla N°4. Causas de muerte en mujeres con SIDA en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.**

Causas de Muerte	n
Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>	4
TBC Pulmonar	4
Shock séptico	3
Meningitis por Criptococo	3
Otros	5
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>

fueron: Condiloma en 10, Enfermedad Inflamatoria Pélvica en 8, Herpes Genital en 7 y Sífilis en 6.

Al tratar de determinar factores de riesgo para ETS, se vio que tanto las solteras como las casadas tenían prevalencias similares de ETS así como las monógamas en relación al resto. Lo que sí aumentó la probabilidad de tener ETS fueron las prácticas sexuales de relaciones durante la menstruación y coito anal ( $p=0.005$ ) (Tabla N°2). En cuanto a protección, 166 (70.3%) nunca habían utilizado condones y ninguna reportó su uso en todos los contactos sexuales.

De las 62 pacientes en que se tiene el dato de conducta sexual luego del diagnóstico de infección por VIH, se vio que 38 (61.3%) de ellas continuaron sexualmente activas. Aumentó el porcentaje que usaban condón de 0 (0%) a 7 (11.3%), disminuyó el uso de DIU de 17 (27.4%) a 4 (6.4%), pero el porcentaje de mujeres que no utilizaron ningún método anticonceptivo creció de 26 (41.9%) a 35 (56.5%).

#### *Datos Clínicos*

Sólo 69 pacientes de las 236 estudiadas (29.2%) tuvieron criterios diagnósticos de Estadio IV (SIDA) al momento del diagnóstico de infección por el VIH. Es decir, menos de la tercera parte estaban sintomáticas. Este grupo tuvo en promedio una edad mayor a la de las mujeres asintomáticas (mediana 33 vs. 28,  $p=0.01$  por Mann-Whitney). La edad de debut de SIDA fue en promedio de 32.8 años.

De las 167 pacientes que no cumplieron con criterios de estadio SIDA al diagnóstico, sólo 38 cuentan con seguimiento a lo largo del período de estudio. De ellas, 8 pacientes entraron a estadio SIDA en un período de 3.4 años en promedio luego del diagnóstico.

La tabla N°3, muestra las condiciones definitorias de SIDA más frecuentes, siendo la más importante el Síndrome consuntivo en 23 (33.3%), seguido de Tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar en 13 (19%).

De las 69 pacientes que tuvieron SIDA, se evaluó los episodios de infecciones oportunistas desarrollados durante la enfermedad, la neumonía por *Pneumocystis carinii* fue la más frecuente, con 28 episodios (40.5%), seguidos de síndrome consuntivo en 25 (32.3%) y esofagitis candidiásica en 24 (34.8%). Hubo además 41 hospitalizaciones, cuyas causas fueron neumonía por *Pneumocystis carinii* (11) y en segundo lugar TBC pulmonar, esofagitis candidiásica y herpes diseminado con 3 casos cada uno.

En lo referente a condiciones ginecológicas relacionadas al SIDA, sólo se reportó 11 episodios de vulvovaginitis candidiásica. De las 5 pacientes que se hicieron Papanicolau, 2 tenían displasia de moderado grado y 1 cáncer de cuello uterino. Además, hubo 14 casos de amenorrea secundaria sin gestación.

Los medicamentos que produjeron más reacciones adversas fueron cotrimoxazol en 5 pacientes e isoniazida en 4. No hubo accidentes fatales.

La causa del fallecimiento se documentó en las 19 pacientes fallecidas durante el estudio. Estas están consignadas en la tabla N°4 y las más frecuentes fueron neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC) y tuberculosis pulmonar. La sobrevivida promedio en estadio IV fue de 10.64 meses. La edad de muerte promedio fue de 33.45 años. No hubo asociación entre la Condición Definitiva de SIDA y el tiempo de sobrevivida en estadio SIDA. Se debe tener en cuenta que durante el período de estudio, 25 recibieron por lo menos 1 mes de terapia antiretroviral pero ninguna recibió terapia doble o triple por razones económicas y además esto no estaba bien establecido en la fecha de estudio. De cualquier manera, ninguna pudo financiar el tratamiento antiretroviral indicado por el médico.

## DISCUSION

El aumento de casos de infección por VIH en mujeres es, probablemente reflejo del patrón que ha tomado la epidemia en los últimos años en los cuales la transmisión ha venido siendo a predominio heterosexual. Son mujeres jóvenes, en concordancia con otros estudios (10, 11), al ser la población sexualmente activa la expuesta al virus.

La mayoría de las mujeres tenían parejas estables, eran casadas o convivientes, lo cual refleja el impacto de la epidemia que afecta primariamente al varón, luego a la esposa y a los hijos.

En el Perú, al aumentar el número de casos de mujeres infectadas, está también aumentando la incidencia en niños (13).

Otro elemento importante es que, menos de la tercera parte de mujeres estaban sintomáticas al diagnóstico, a comparación de los varones, en los cuales la mayoría acude al hospital por síntomas relacionados al SIDA. Las mujeres generalmente se realizan la prueba por tener su pareja infectada con el VIH, como se demostró en un 68% de los casos.

El factor de riesgo fue la transmisión heterosexual en

su gran mayoría, habiendo sido por transfusiones sanguíneas sólo en los primeros años y a diferencia de lugares como Europa (3,5,6), en Perú no hubo drogadicción por vía endovenosa, lo cual nos orienta a distintos tipos de intervenciones para controlar la propagación de la enfermedad (14).

En lo referente al control de la epidemia, es importante notar el hecho de que incluso luego del diagnóstico, un alto porcentaje de mujeres continuaron siendo sexualmente activas, muchas de ellas sin protección, lo cual nos habla de la importancia de una adecuada consejería post-diagnóstico.

El bajo porcentaje de trabajadoras sexuales concuerda con estudios previos, donde se ve que las trabajadoras sexuales registradas hacen uso adecuado de los condones, disminuyendo el riesgo de contraer esta infección, a diferencia de las mujeres que tenían parejas estables, las cuales no utilizan condones (15). Otro elemento relacionado a la historia sexual es que en este estudio se encontró una alta prevalencia de prácticas sexuales de coito anal y relaciones con la menstruación, en todos los grupos (solteras, casadas, monógamas, etc.) y una fuerte asociación de estas prácticas con la presencia de otras ETS. Cabe recordar que no hubo diferencias en cuanto a la frecuencia de estas prácticas ni en cuanto a la frecuencia de ETS entre mujeres monógamas o casadas y mujeres con varias parejas sexuales, lo cual pone al primer grupo en un riesgo similar al que si tuvieran una "conducta sexual riesgosa".

El cáncer de cuello uterino es nuestro medio una patología común y representa la primera causa de muerte por neoplasias. La inmunosupresión le confiere un mal pronóstico a la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) (16) y esto se ha visto en otras series de mujeres con SIDA, sin embargo, en nuestro grupo vimos pocos casos, probablemente por una escasa documentación de los mismos, por lo cual debemos recordar hacer en esas mujeres exámenes repetidos de Papanicolau (cada 6 meses). El cáncer invasivo de cuello uterino es un criterio de estadio IV en mujeres infectadas.

En cuanto a la fase SIDA, las condiciones definitivas de SIDA (CDS) e infecciones oportunistas más frecuentes varían de acuerdo a los grupos reportados. Por ejemplo en Filipinas (17), las CDS más frecuentes son tuberculosis pulmonar y neumonía por *Pneumocystis carinii* (PNC), en Suecia y EUU (5,18,19), la esofagitis candidiásica y NPC y en Francia (6) la NPC y toxoplasmosis cerebral. En nuestro grupo, las condiciones definitivas de SIDA más frecuentes fueron Síndrome Consuntivo, NPC y tuberculosis pulmonar y las causas más importantes de muerte NPC,

tuberculosis y meningitis criptocócica, similarmente a cohortes de otros países. Es común ver en países en vías de desarrollo una elevada incidencia de síndrome consuntivo y diarrea por coccidias (12), aparte, se debe tomar en cuenta la posibilidad de falla en diagnosticar ciertas infecciones debido a la falta de recursos en nuestro medio. Pero lo más notorio es que, en la mayoría de estudios, así como en el nuestro, siempre son causa importante de morbilidad y mortalidad la TBC y NPC, por lo cual debemos optimizar el manejo de estas condiciones.

En concordancia con la progresión natural de la enfermedad que se veía en los EEUU en los 80s, (18), la sobrevida en estadio SIDA para nuestro grupo fue de casi un año debido a la falta de terapia antiretroviral adecuada. Es un problema adicional en este grupo el aspecto económico; la terapia antiretroviral es casi imposible de pagar para la mayor parte de peruanos, siendo más acentuado en las mujeres, pues por el hecho de no trabajar y ser en su mayoría amas de casa, están “marginadas” al no tener acceso a medios económicos para acceder a estos tratamientos.

Luego de revisar las características de esta población, este estudio sugiere una realidad importante: las mujeres infectadas no tienen en su mayoría conducta sexual riesgosa. El porcentaje elevado de mujeres con una sola o pocas parejas sexuales en toda su vida nos lleva a pensar que es la conducta de riesgo de sus parejas y no la de ellas mismas la que en muchos casos las lleva a contraer la infección.

Por lo mismo, es importante recomendar a toda gestante la realización del ELISA-VIH, pues es una población en riesgo sin saberlo. Además son bien conocidas las ventajas de tomar profilaxis con antiretrovirales durante el embarazo así como el uso de cesárea electiva.

Nunca será enfatizada de manera suficiente la necesidad de una adecuada educación sexual (14,21) y uso correcto de condones en países como el nuestro, donde hay falta de información y rechazo a los mismos en los grupos jóvenes. Es en ellos, en los adolescentes en los cuales hay que trabajar, educándolos y haciendo que tomen conciencia de que no son los grupos de riesgo tradicionales los únicos expuestos a esta mortal enfermedad (8) sino que cualquier contacto sexual implica un riesgo que todos tienen derecho a conocer.

#### Correspondencia:

Eduardo Gotuzzo Herencia  
Instituto de Medicina Tropical “Alexander von

Humboldt”. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Av. Honorio Delgado s/n Urb. Ingeniería, San Martín de Porres, Lima 31-Perú.

#### BIBLIOGRAFIA

1. CONTRASIDA. Boletín de Estadísticas 1983-1997. Noviembre 1997, MINSA-PROCETSS.
2. SIDA: Epidemiología, diagnóstico, tratamiento y control de la infección VIH/SIDA. J. Sánchez, G. Mazzoti, L. Cuéllar, y otros. OPS/OMS-MINSA. Asociación VIA LIBRE-HIVOS, Fondo Editorial, 1994.
3. Conti S., Lepri A., Farchi G., et al. AIDS: A mayor health problem among Italian women. AIDS, 1996; 10 (4): 407-11.
4. Wortley P, Fleming P. AIDS in Women in the United States. JAMA, 1997; 278 (11): 911-16.
5. Smith E., Viggo H., Bottiger M., et al. The AIDS epidemic among Scandinavian women: 1980-1990. AIDS 1994; 8 (5): 689-92.
6. Morlat P., Parneix P., Douard D., et al. Women and HIV infection: a cohort study of 483 HIV-infected women in Bordeaux, France, 1986-1991. AIDS, 1992, 6 (10): 1187-93.
7. Batter V., Baangi M., Nsuami M., et al. High incidence in young women masked by stable seroprevalence among childbearing women in Kinshasa, Zaire: estimating incidence from serial seroprevalence data. AIDS, 1994; 8 (6) 811-17.
8. Mc Carthy M, Wingall F., Sanchez J., et al. The epidemiology of HIV-1 Infection in Peru, 1986-1990. AIDS 1996; (10): 1141-5.
9. Feming PL., Ciesielski CA., Byers RH, et al: Gender differences in reported AIDS-indicative diagnosis. JID, 1993; 168: 61-7.
10. Bardeguéz A., Johnson M. Women and HIV Infection. AIDS, 1994, B (supp) - S273.
11. Clark R., Blakley S. Rice J., et al. Predictors of HIV Disease Progression in Women. JAIDS, 1995; 9 (1): 43-50.
12. Gatell J., Clotet BB., Potzamczar D., Miró J. Guía práctica del SIDA. Masson- SALVAT. 1994, 3era edición.
13. Gotuzzo, E. El SIDA en el Peru, una década después, la importancia de la transmisión heterosexual. Bol Soc Per Med Int, 1994; 7 (2): 51-3.
14. A New Deal in HIV Prevention: Lessons from the Global Approach. Ann. Int. Med, 1994; 120 (4): 340-1 (Editorial).
15. Sanchez J., Gotuzzo E., Escamilla J., et al. Gender Differences in Sexual Practices and Sexually Transmitted Infections among Adults in Lima, Peru. AJPH, 1996; 86 (8): 1098-1107.
16. Korn A., Landers D. Gynecologic Disease in Women infected with Human Immunodeficiency Virus Type 1. JAIDS, 1995; 9 (4): 361-70.
17. Manaloto C., Perrault J., Caringal L., et al. Natural History of HIV Infection in Filipino Female Commercial Sex Workers, JAIDS, 1994; 7 (11): 1157-68.
18. Sha B., Benson C., Potagge J., et al. HIV infection

- in Women: An observational Study of Clinical characteristics, disease progression and survival from a cohort of women in Chicago. *JAIDS*, 1995; 8 (5); 486-95.
19. Clark R., Brandon W., Dumestre J., et al. Clinical Manifestations of infection with the Human Immunodeficiency Virus in Women in Louisiana. *CID*, 1993, 17: 165-72.
20. Carpenter C, Fisci M, Hammer S., et al. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1996. *JAMA*, 1996; 276 (2): 146-154.
21. Royce R., Seña A., Cates W., et al. Sexual Transmission of HIV. *NEJM*, 1997; 336(15): 1072-78.