

IMPLICACIONES

Con este tipo de investigación se podría elaborar una conexión entre instituciones de servicio de salud; tanto para un mayor control del tipo de estructura de las cocinas de tortillerías y cocinas de hogares rurales como para el control inicial de las infecciones respiratorias agudas hasta su diagnóstico y tratamiento adecuado. Esto implica específicamente una mayor relación entre el Instituto de Investigación de la Facultad, Salud Pública, INCAP y organizaciones vinculadas con este tipo de desarrollo de la comunidad.

REFERENCIAS

1. Peters AJ. POM emissions from residential woodburning: an environmental assessment. Res. Sol. Fuels Environ. Impacts Solut., 1981: 267-288.
2. Smith KR, Ramakrishna J. Biomass Fuels and Health. East West Center Honolulu, Hawaii, USA, 1986 VI-7p (I-1-VI-7).
3. Estrada CE. Bosques Energéticos. 2nd Curso Taller sobre sistemas bioenergéticos para líderes indígenas de Mesoamérica CEMAT, Guatemala, 1985.

TABLA No. 1
NIVELES DE CO Y TEMPERATURA MÁXIMA Y MÍNIMA DE
TORTILLERÍAS ENCUESTADAS DE LA ZONA 12

| Tortillería No. | Grupo | CO (ppm) | * Temperatura Interna °C | * Temperatura Externa °C |
|-----------------|-------|----------|--------------------------|--------------------------|
| 157-1 | A | 10 | 20-50 | 20-30 |
| 146-3 | A | 60 | 21-50 | 21-31 |
| 152-4 | B | 00 | 21-47 | 21-32 |
| A - 5 | A | 10 | 17.5-38 | 17-34 |
| BI - 6 | A | 50 | 18-48 | 18-48 |
| BII-7 | A | 50 | 18-48 | 18-48 |
| 141-8 | A | 05 | 20-50 | 18-32 |
| 44-9 | A | 110 | 18-50 | 18-30 |
| 122-10 | A | 05 | 20-47 | 20-31 |
| 92-13 | A | 05 | 20-44 | 18-30 |
| 97-21 | A | 30 | 17-36.5 | 18-27 |
| 95-22 | A | 10 | 18-43 | 20-28 |
| 59A-25 | A | 50 | 18-50 | 18-30 |
| 59B-26 | A | 50 | 18-50 | 18-30 |

Grupo A = Tortillería sin chimenea.

Grupo B = Tortillería con chimenea.

* Temperatura interna: mínima-máxima

* Temperatura externa: mínima-máxima.

ESTABLECIMIENTO DE PARAMETROS EPIDEMIOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) EN GUATEMALA

■ Federico Nave, Rafael Elgueta
Martha Eunice Ramos, Jaime Coyoy, y
Mario González.

OBJETIVOS:

1. Determinar la prevalencia e incidencia del virus HIV en prostitutas de la ciudad capital y Coatepeque, que acuden periódicamente a los centros de profilaxia sexual, así como de un grupo de prostitutas de la capital que no acuden a estos servicios.
2. Demostrar la importancia del diagnóstico de esta entidad en poblaciones de alto riesgo para evitar su diseminación.

ANTECEDENTES:

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad contagiosa causada por un retrovirus aislado por primera vez en 1983 por los doctores L. Montagnier y R. Gallo, en forma independiente. Este retrovirus fue denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), en 1986 por el Comité Internacional de Taxonomía de Virus.

El HIV infecta selectivamente a las células T-ayudadoras (T_4), al igual que otros tipos de células del sistema inmunológico (linfocitos B y macrófagos) y células nerviosas. Al reproducirse el virus, se destruye la célula infectada por lo cual los enfermos de SIDA tienden a presentar un bajo recuento de linfocitos e inversión en la relación T_4/T_8 . El resultado de la infección, es por lo tanto, la disminución de la respuesta inmunológica del individuo ante cualquier reto antigénico a que se encuentre expuesto, haciéndolo vulnerable a una serie de infecciones que son responsables finalmente de la muerte de la persona infectada. Además, también se han asociado a la infección por el HIV, ciertos

trastornos de autoinmunidad y diversos tipos de malignidad, especialmente el sarcoma de Kaposi.

La principal forma de transmisión del HIV es por contacto sexual, ya sea homosexual, heterosexual o bisexual. Existen otras vías no sexuales de transmisión del virus: por transfusiones sanguíneas o productos sanguíneos contaminados, uso de agujas contaminadas y de la madre al hijo durante el embarazo. De todas estas vías, el coito anal es el modo más frecuente y de mayor riesgo, ya que el epitelio del recto puede ser ulcerado fácilmente durante la relación sexual, lo que permite que el virus presente en el semen entre en contacto con el torrente sanguíneo. En la actualidad se ha demostrado que la transmisión del HIV del hombre a la mujer es una de las más frecuentes en países del Tercer Mundo, siendo posible el contagio del hombre a través de relaciones con mujeres portadoras del HIV habiéndose comprobado que en algunos países de África, la prevalencia del HIV en prostitutas es alta y que los varones heterosexuales que tienen contacto sexual con prostitutas poseen mayores posibilidades de tener serología positiva para el HIV que los que niegan estos contactos.

Una vez adquirido el virus, la persona desarrolla anticuerpos circulantes contra el mismo entre dos y ocho semanas después del contagio; posteriormente, puede permanecer como portador asintomático por un período de tiempo indefinido, llegar a desarrollar linfadenopatía generalizada persistente o un complejo de síntomas y signos relacionados con el virus (Complejo Relacionado con el SIDA), llegando al final a desarrollarse el verdadero síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que se caracteriza por infecciones oportunistas y malignidades que ponen en peligro la vida del paciente.

En la actualidad se cuenta con métodos de laboratorio para la detección temprana de anticuerpos contra el HIV, antes de que se manifieste cualquier signo o síntoma. El diagnóstico serológico de tamizaje puede realizarse por medio del ensayo inmunoenzimático (ELISA), inmunoperoxidasa o aglutinación de partículas de gelatina.