

Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso



DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i3.1309>

Ciencias de la Salud
Artículo de investigación

Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso

Management and treatment of young pregnant women with HIV positive. Report of a case

Gestão e tratamento de jovens grávidas com HIV positivo. Relato de um caso

Viviana Elizabeth Rodriguez-Cruz ^I
angelitapazmirod@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-8042-3000>

Diego Armando Auqui-Carangui ^{II}
armac710@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4098-6834>

Estefania Jiscela Chabarro-Barroso ^I
estefygisela@yahoo.es
<https://orcid.org/0000-0002-9677-7492>

Isaura Carolina Vallejo-Amán ^I
karitovallejo66@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-8133-6427>

***Recibido:** 16 de mayo de 2020 ***Aceptado:** 23 de junio de 2020 *** Publicado:** 18 de julio de 2020

- I. Médico Residente, Hospital General Docente Ambato, Ambato, Ecuador.
- II. Médico Residente, Hospital General Docente Ambato, Ambato, Ecuador.
- III. Obstetrix, Investigador Independiente, Ecuador.
- IV. Obstetrix, Centro de Salud Sangay, Investigador independiente, Ecuador.

Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso

Resumen

Se trata de una paciente joven primera gesta con embarazo no planificado, sin método anticonceptivo, con inicio de su vida sexual activa a los 16 años, diagnosticada de HIV desde las 14 semanas de gestación, en tratamiento con triple terapia antiretroviral, mantiene en el último trimestre del embarazo una carga viral de 792 y CD4 277. Acude a casa de salud a las 38.3 semanas de gestación por Fum refiriendo dolor abdominal tipo contracción uterina más eliminación de tapón mucoso por cuadro clínico se cataloga como una labor de parto fase activa motivo por el que se decide administrar dosis profiláctica de zidovudina para terminación de embarazo por vía alta, en el quirúrgico se realizó clampeo inmediato de cordón umbilical y se obtiene producto único vivo de sexo masculino que es ingresado en neonatología y tratado con 2 antiretrovirales por 1 mes obteniéndose posteriormente carga viral indetectable, alimentación exclusiva a base de fórmula. Finalmente son dados de alta en buenas condiciones con valoración por consulta externa. Conclusión. Las pacientes gestantes VIH positivo deben tener un diagnóstico precoz e instaurar el tratamiento antirretroviral de gran actividad TARGA para reducir la transmisión vertical en el momento del parto.

Palabras claves: VIH/SIDA; embarazo; transmisión vertical.

Abstract

This is a young patient in the first pregnancy with an unplanned pregnancy, without contraception, with the beginning of her active sexual life at 16 years, diagnosed with HIV from 14 weeks of gestation, on triple antiretroviral therapy, maintained in the last trimester of pregnancy a viral load of 792 and CD4 277. Go to the health home at 38.3 weeks of gestation due to Fum, referring to abdominal pain such as uterine contraction plus removal of mucous plug due to clinical symptoms. It is classified as an active phase labor due to the that it was decided to administer a prophylactic dose of zidovudine for termination of pregnancy by the high route, in the surgery, immediate clamping of the umbilical cord was performed and a single live male product was obtained, which was admitted to neonatology and treated with 2 antiretrovirals for 1 month, subsequently obtaining undetectable viral load, exclusive diet based on formula. Finally they are discharged in good condition with evaluation by external consultation. Conclusion. Pregnant HIV-positive patients

Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso

should be diagnosed early and institute highly active HAART antiretroviral therapy to reduce vertical transmission at delivery.

Keywords: HIV/AIDS; pregnancy; vertical transmission.

Resumo

É uma paciente jovem na primeira gravidez com uma gravidez não planejada, sem contracepção, com início de sua vida sexual ativa aos 16 anos, diagnosticada com HIV a partir das 14 semanas de gestação, em terapia antirretroviral tripla, mantida no último trimestre na gravidez, uma carga viral de 792 e CD4 277. Vá para a casa de saúde com 38,3 semanas de gestação devido ao Fum, referindo-se a dor abdominal, como contração uterina, mais remoção do tampão mucoso devido a sintomas clínicos, sendo classificada como parto em fase ativa devido à que foi decidido administrar uma dose profilática de zidovudina para interromper a gravidez pela via alta, na cirurgia, foi realizado pinçamento imediato do cordão umbilical e foi obtido um único produto masculino vivo, que foi admitido na neonatologia e tratado com 2 anti-retrovirais por 1 mês, obtendo posteriormente carga viral indetectável, dieta exclusiva baseada em fórmula. Finalmente, eles recebem alta em boas condições com avaliação por consulta externa. Conclusão. Pacientes grávidas HIV positivas devem ser diagnosticadas precocemente e instituir terapia anti-retroviral HAART altamente ativa para reduzir a transmissão vertical no momento do parto.

Palavras-chave: HIV/AIDS; gravidez; transmissão vertical.

Introducción

La trasmisión perinatal o trasmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sida, es según (UnAIDS., 2006) el proceso infeccioso que implica el paso del virus de una mujer embarazada infectada a su hijo durante la gestación, trabajo de parto o lactancia. Se estima que alrededor de 38,6 millones de personas están infectadas con VIH en todo el mundo y que 25 millones han fallecido a causa de la infección.

Los datos señalados por (OMS, 2013) evidencian que la tasa de transmisión vertical es de una por cada 1.000 en el caso de mujeres que reciben terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) y presentan una carga viral indetectable (inferior a 50 copias/mL), tanto si se someten a un parto planificado por vía vaginal o a través de cesárea.

Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso

Su prevalencia en madres de recién nacidos vivos, en Europa se sitúa en el 1,44% (Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona, 2015) La lactancia materna según (UnAIDS, 2004) aumenta el riesgo en un 16% en casos de infección establecida y en un 29% en casos de primo-infección. Sin embargo, la transmisión madre-hijo del virus, es responsable del 70% de los casos de niños infectados cada año en el mundo y es más probable que ocurra durante el trabajo de parto (Chiriboga, Endara, Flor, & Eta, 2017), pues el recién nacido está expuesto a microtransfusiones sanguíneas que suceden durante las contracciones uterinas, por el ascenso del virus a través de la vagina-cérvix y en caso de ruptura de membranas a través del tracto digestivo del niño.

La rotura prematura de membranas se ha asociado con el incremento del riesgo de transmisión, siendo significativo a partir de las 4 horas y con un aumento de un 2% por cada hora que pasa. Se ha demostrado que con carga viral (CV) menor de 1 000 copias se logra una reducción considerable en las tasas de Transmisión Materno Infantil (TMI). Cuando se programa una cesárea, esta deberá realizarse antes del inicio de la labor de parto y con membranas amnióticas íntegras (Valdés, 2002). En ausencia de complicaciones, tales como drogadicción o enfermedad médica crónica, la incidencia de patología obstétrica no aumenta permaneciendo el aborto espontáneo, restricción del crecimiento intrauterino, parto de pretérmino y muerte fetal dentro de prevalencias esperables (UnAIDS, 2004). Sin embargo, en gestantes con un compromiso significativo del sistema inmunitario ($CD4 < 300/dl$) el riesgo de las complicaciones infecciosas se incrementa.

El virus del VIH es un lentivirus de la familia retrovirus, del cual se han identificado dos tipos: VIH-1 el más frecuente que conduce al síndrome de inmunodeficiencia adquirida y a la muerte; VIH-2 principalmente en habitantes o visitantes del África Occidental transmitido con menor eficacia más indolente, pero que también termina en SIDA y muerte.

Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso

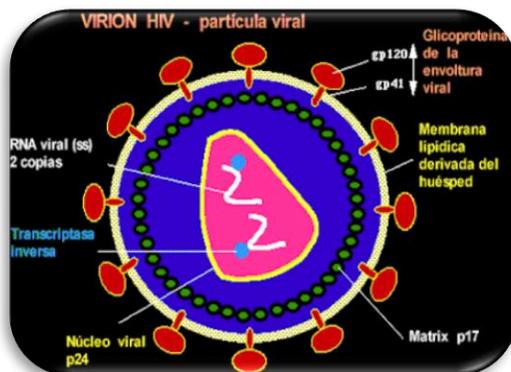


Ilustración 1. Estructura Molecular virus VIH:
(Fuente Introducción a la virología, 2007)

Ambos tipos son de estructura viral y genómica muy similar. El virión de VIH consta de cuatro capas básicas: (ilustración1) un núcleo cilíndrico con dos bandas idénticas de RNA unidas por la proteína p9, una capa de proteínas de la cápside constituido por el antígeno p24, una capa de la matriz compuesta por el antígeno p17 que es el revestimiento interno de la envoltura viral externa y una doble capa de lípidos de la envoltura derivada de la membrana plasmática de la célula huésped. En ella se encuentra la proteína trans-membrana gp 41 donde se ancla la glicoproteína de superficie Gp120 que sirve como sitio de inserción primaria de las partículas de VIH a las moléculas de superficie en las células huéspedes.

El estado gravídico no parece alterar la evolución o la historia natural de la infección por VIH, ya que si bien es cierto se ha descrito un descenso del recuento de células CD4 durante el embarazo, estas vuelven a su línea basal después del parto (Huamán, , Gushiken, , & Benites, 2017).

Presentación del Caso

Paciente de 17 años residente en Ambato con antecedentes Patológicos Personales: VIH positivo diagnosticada y tratada desde las 14 semanas de gestación con TDF/FTC/EFV mg: 300/200/600, inicio su vida sexual activa a los 16 años, tuvo 2 parejas sexuales, antecedentes obstétricos Gestas: 0, Partos: 0, Abortos: 0; controles prenatales: 5, Ecos: 3; hierro, vitaminas: Si; Embarazo no planificado. Acude por presentar dolor abdominal tipo contracción uterina de 12 horas de evolución acompañado de eliminación de tapón mucoso. Al momento con Embarazo de 38.3 semanas por FUM + Labor de Parto Fase Activa + VIH + Adolescente. Se Indica Terminar el Embarazo por

Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso

Vía Alta (Cesárea) previa administración profiláctica 4 horas antes de la intervención quirúrgica prescriben Zidovudina 110 mg intravenoso durante 1 hora diluido en 100ml de Solución Salina 0.9%. Al examen físico Tensión arterial 105/62, frecuencia cardíaca: 70 latidos por minuto; frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto; temperatura 36,5°C, Saturación de oxígeno 95%, tirilla negativa; score Mama de 0; Abdomen; Útero gestante, altura de fondo uterino acorde a edad gestacional, movimientos fetales presentes, feto único vivo cefálico longitudinal dorso derecho, frecuencia cardíaca fetal 140 latidos por minuto, actividad uterina 3 contracciones en 10 minutos de 45 segundos. Región genital: tacto vaginal cérvix central blando dilatado 8cm, borrado 80%, polo cefálico II plano, membranas integra abombadas, pelvis útil. Monitoreo Fetal Electrónico Categoría I.

En paraclinica se evidencia una Ecografía del 20 de noviembre del 2018 que reporta Embarazo de 20.6 semanas, placenta de implantación fúndica posterior, grado de madurez 0; Líquido amniótico cantidad normal; Feto único vivo en situación indiferente, dorso móvil, actividad cardíaca positiva de 148 latidos por minuto; Peso estimado de 361 gramos.

Exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales excepto reporte de Carga Viral de CD4 tomado desde que la paciente fue diagnosticada e inicio el tratamiento desde el 11 de enero del 2019 con TDF/FTC/EFV mg: 300/200/600; (tabla 1)

Tabla 1. Carga viral y recuento de Linfocitos T CD4

| FECHA | CARGA VIRAL | CD4 |
|------------|-------------|-----|
| 13/12/2018 | 164000 | 230 |
| 21/02/2019 | 1150 | 287 |
| 14/03/2019 | 792 | 277 |

Nota. Fuente: Elaboración propia (2020)

En el trans-operatorio se realizó clampeo inmediato de cordón umbilical obteniéndose recién nacido de sexo masculino vivo con antropométrica fetal: Peso 2620 gramos, Talla 47cm, Perímetro cefálico 33.5cm. Apgar 8,9. Por antecedente materno es ingresado a neonatología permaneciendo estable con buena succión, tolerancia oral a fórmulas y adecuada ganancia de peso, recibió Zidovudina 11 mg vía oral cada 12 horas por 4 semanas (1,1ml) + Lamivudina 11 mg vía oral cada 12 horas por 4 semanas (1,1ml). Lactante egresa estable para control posterior por consulta externa

Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso

con Peso 2688 gramos, Talla 47cm, Perímetro cefálico 33.5cm. Se recomienda: alimentación a base de leche en Fórmula estricta, y se indica realizar carga viral cuando termine la medicación alrededor de la cuarta semana. En cuanto a la paciente se indica mantener la misma pauta de tratamiento ARV combinado hasta valoración por Infectología.

Discusión

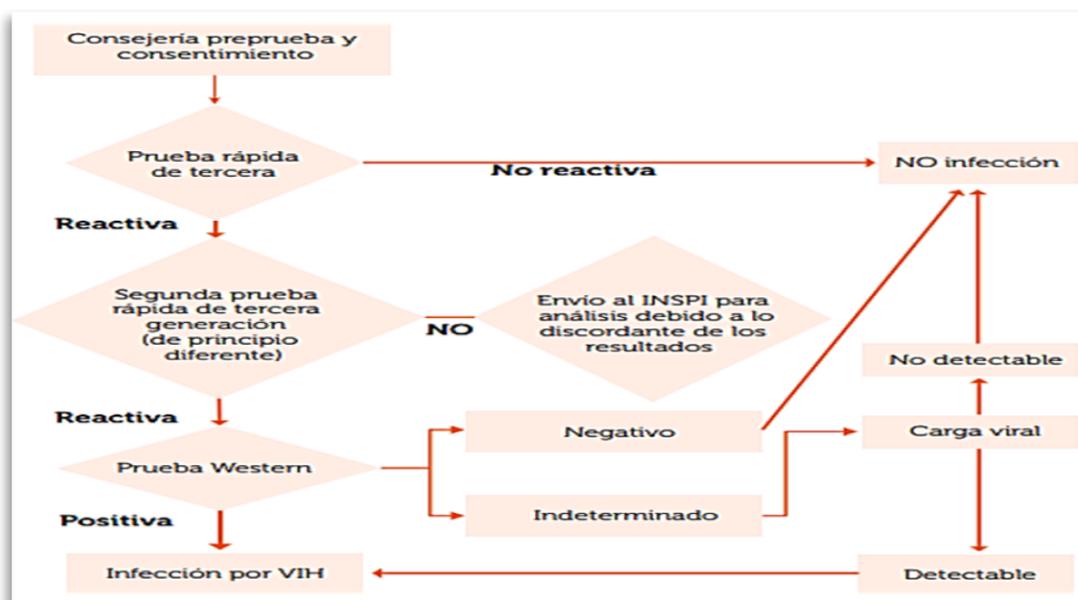
Las gestantes con el virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) no tratadas tienen una tasa de transmisión materno infantil (TMI) de 15 a 40% (Kenneth , Brenna , & Anderson, 2011), por tal razón se requiere atención multidisciplinaria para la prevención. Datos epidemiológicos revisados muestran en los Estados Unidos y otros países desarrollados, se han dado grandes pasos para reducir el riesgo de transmisión del VIH a los recién nacidos a <2% con el uso de una combinación de terapia antirretroviral altamente activa antes, durante y después del parto, en cesárea programada cuando sea apropiado, evitar la lactancia materna y 6 semanas de profilaxis con zidovudina para bebés.

La continuación de la terapia antirretroviral después del parto depende de las necesidades de la madre con respecto al tratamiento de su propia salud (Abarzua, 2005). El embarazo otorga una oportunidad única de pesquisa en población asintomática de la infección por VIH (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia., 2018) y otros virus como citomegalovirus, sífilis, Toxoplasma, Tuberculosis, Virus de la Hepatitis B o C, Virus del Papiloma Humano, Enfermedad de Chagas (*Trypanosoma cruzi*) (Ministerio de salud pública., 2016) . A la mujer que acude a la consulta con embarazo temprano y desconoce su estado serológico debe indicársele una prueba rápida para detección del VIH en la primera consulta prenatal; esta prueba requiere consentimiento informado y complementarla con la detección de sífilis.

El diagnóstico de infección por VIH/sida en la gestante es el primer y más importante paso en la prevención de la transmisión materno infantil mediante las pruebas de tamizaje: pruebas rápidas, ELISA y prueba confirmatoria Western Blot (Posada, 2018) (Ilustración 2).

Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso

Ilustración 2. Algoritmo diagnóstico para VIH



Nota. Fuente: (Guía de atención integral para adultos y adolescentes con HIV, Msp 2016) (Roig, , Gonzàlez, & Berdasquera, 2007)

En el menor de 18 meses, la detección de anticuerpos no es siempre indicativa de infección pues pueden ser de transferencia materna. Por ello, para el diagnóstico precoz, se utilizarán test virológicos como son la PCR DNA VIH que demuestra secuencias del virus integrado y la PCR RNA VIH que detecta ARN viral libre en plasma, siendo esta técnica la más disponible en la mayoría de los centros. La sensibilidad de ambas aumenta con la edad siendo inferior al 50% durante la 1ª semana de vida, aumentando a partir de la 3ª semana de vida y alcanzando > 90-100% a partir de los 2-3 meses en ausencia de lactancia materna.

Las dos tienen alta especificidad. (Posada, 2018) Los estudios clínicos han demostrado que durante el embarazo el riesgo de infección para el feto es de aproximadamente 8% durante el trabajo de parto el riesgo es de 15% (Riley & Yawetz, 2005). Se recomienda realizar test de resistencia a todas las gestantes sin tratamiento previo antes de iniciar la profilaxis y en aquellas que recibían ARV con anterioridad, que tengan falla virológica con niveles detectables del VIH o con supresión viral sub-óptima, después de iniciada la terapia. (Public Health Service Task Force, 2006)

Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso

Los ARV en la mujer embarazada con VIH se administran desde el momento del diagnóstico y se continúan indefinidamente y administrar profilaxis al lactante. La evaluación de la carga viral de manera periódica permite monitorizar la eficacia del tratamiento, cuando es menor a 1 000 copias/ml al final del embarazo, está indicado el parto eutócico. La pauta de primera línea recomendada, se basa en dos INTI habitualmente TDF (tenofovir) + 3TC (lamivudina) o FTC (Emtricitabina) con EFV (Efavirenz). Otra opción puede ser un régimen basado en 2 INTI (habitualmente AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina) + LPV/r (lopinavir/ritonavir) (UnAIDS., 2006). (Tabla 2).

Tabla 2. Manejo de Gestantes con VIH

| PROTOCOLO ACTG 076 | |
|---------------------------|---|
| Preparto: | AZT entre las 14 y 34 semanas de gestación: AZT 100 mg vía oral 5 veces al día o AZT 200 mg vía oral 3 veces al día o AZT 300 mg vía oral 2 veces al día |
| Intraparto: | AZT 2 mg/kg endovenosa durante una hora, seguida de infusión continua de 1 mg/kg hasta el expulsivo Alternativo se puede utilizar AZT 12 horas antes de la cesárea programada en dosis de 300 mg VO cada tres horas. |
| Postparto: | AZT al neonato a partir de las 8 a 12 horas de nacido en dosis de 2 mg/kg (jarabe) cada 6 horas durante las primeras 6 semanas de vida. (Valdés, 2002) |

Nota. Fuente: (Valdez R, 2002)

Una vez iniciado el tratamiento debe determinarse trimestralmente la carga viral y el conteo de CD4 y vigilar la presencia de signos clínicos de primo-infecciones o re-activaciones por microorganismos como toxoplasma, citomegalovirus, herpes simple, entre otros, así como colonización por estreptococo del grupo B de vagina y/o recto que pudiesen provocar infección en el feto y/o el recién nacido (Public Health Service Task Force, 2006).

En cuanto a los efectos adversos el uso de zidovudina se asocia al desarrollo de anemia, nevirapina produce incremento de las transaminasas hepáticas y exantema durante las primeras 18 semanas de tratamiento. En embarazadas con CD4 >250 células/mm³, se ha reportado la aparición de exantema y hepatotoxicidad. El uso de inhibidores de proteasa se ha asociado al desarrollo de hiperglicemia o diabetes, sin embargo en embarazadas no se ha establecido con seguridad este efecto secundario lo que puede depender de otros factores como obesidad, etnia, historia familiar

Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso

de diabetes y edad materna avanzada, no se recomienda los inhibidores de transcriptasa reversa ya que pueden causar acidosis láctica (Ministerio de salud pública., 2016)

La recomendación para la terminación del embarazo en pacientes VIH en el Ecuador es siempre la realización de cesárea electiva o programada entre 37 y 38 semanas, antes del inicio del trabajo de parto y con membranas íntegras. Se debe ofrecer parto vaginal a aquellas mujeres sin indicación obstétrica de cesárea, en TARGA con buena adherencia y carga viral menor de 1 000 copias realizada a las 34 semanas de gestación. Al final del embarazo ante una prueba rápida positiva para VIH se actuará rápidamente para disminuir el riesgo de transmisión vertical con la realización de ELISA para VIH, evaluación del tratamiento ARV y profilaxis con Zidovudina en la embarazada, atención del nacimiento mediante Cesárea, profilaxis en el recién nacido y evitar lactancia materna. Después del nacimiento, se completará la evaluación diagnóstica de la paciente y del recién nacido, se programarán los controles médicos posteriores (Valdés, 2002).

Los principales factores que incrementan el riesgo de transmisión vertical son: la carga viral presente en sangre, las secreciones cervicovaginales, el trabajo de parto prolongado, la ruptura de membranas amnióticas, los embarazos múltiples, el monitoreo invasivo y los partos instrumentados (Roig, , Gonzàlez, & Berdasquera, 2007). Para lograr la reducción de la transmisión vertical materno-infantil toda gestante infectada por el VIH debe recibir tratamiento antirretroviral (ARV), independientemente de su estado clínico, inmunológico o virológico desde el momento del diagnóstico y se continúan indefinidamente. El objetivo es disminuir la carga viral (CV) y mantenerla indetectable, lo que impedirá la transmisión del virus al feto, preservar la salud de la madre e hijo y evitar la aparición de resistencias a los ARV (Valdés, 2002).

Conclusión

Es importante que el manejo y tratamiento de mujeres gestantes infectadas por VIH sea multidisciplinario para reducir el riesgo de transmisión vertical, disminuir su carga viral representativamente. En este caso se le administro 110mg/hora por encontrarse en fase activa de labor de parto y se decidió terminar el embarazo por cesárea aunque la bibliografía recomienda si la carga viral es <1 000 copias en tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) se puede recomendar parto vaginal. El neonato no mostró signos de infección de VIH, sin embargo se le administro antiretrovirales profilácticos por 4 semanas reportando posteriormente carga viral

Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso

indetectable, su alimentación fue exclusiva a base de fórmula. En los casos en que la madre haya recibido TARGA en un periodo menor de cuatro semanas durante el embarazo hay que prolongar la profilaxis con AZT al recién nacido hasta seis semanas post parto. Puesto que el diagnóstico de infección por VIH/sida en la gestante es el primer y más importante paso en la prevención de la transmisión materna infantil del VIH se debe realizar el tamizaje de VIH al momento de la captación y trimestralmente para así iniciar la terapia antiretroviral oportunamente.

Consideraciones Éticas

En el presente reporte de caso se contó con el consentimiento informado de los representantes legales. Facilitando así la realización del mismo.

Conflicto De Intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias

1. Abarzua, F. (2005). Infección por virus de inmunodeficiencia humana en el embarazo: Tratamiento anti-retroviral y vía de parto. *Revista Chilena de infectología* , 22(4), 327-337.
2. Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. (2015). Infección por VIH y Gestación. 1, 1-27. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/vih%20y%20gestaci%C3%B3n.pdf>
3. Chiriboga , M., Endara , S., Flor , R., & Eta , A. (2017). Guía de práctica clínica de prevención y control de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita y de atención integral de niños con VIH/SIDA. Ecuador: 154pag. MINISTERIO DESALUD PÚBLICA.
4. Huamán , B., Gushiken , A., & Benites, C. (2017). Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en gestantes y madres awajún y wampis de la región amazonas en Perú . *Revista peruana de Medicina Exp Salud Pública*, 628, 627-632.
5. Kenneth , H., Brenna , L., & Anderson, S. (2011). Embarazo y atención óptima de pacientes infectados por el VIH. Reino Unido. Obtenido de <https://academic.oup.com/cid/article/48/4/449/284070>

Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso

6. Ministerio de salud pública. (2016). Guía de atención integral para adultos y adolescentes con HIV . Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GUIA-AT.ADULTOS-VIH.pdf>
7. OMS. (2013). Guía básica para mujeres que viven VIH. Embarazo y Salud Materna. Barcelona . Obtenido de http://i-base.info/wp-content/uploads/2006/05/Guia_VIH_mujer_Spanish-pregnancy.pdf
8. Posada, F. (2018). Embarazo y VIH ¿indicación absoluta de cesárea? . Ginecol Obstet Mex, 86(6), 374-382.
9. Public Health Service Task Force. (2006). Perinatal HIV Guidelines Working Group. . Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV_1 transmission in the United State. Obtenido de <https://aidsinfo.nih.gov/>
10. Riley LE, Yawetz S. Case 32-2005: a 34-year- old HIV-positive women who desired to become pregnant. (2005). N Engl J Med, 353(16), 1725-1732.
11. Riley, L., & Yawetz, S. (2005). Case 32-2005: a 34-year- old HIV-positive women who desired to become pregnant. N Engl J Med, 353(16), 1725-1732.
12. Roig, , T., Gonzàlez, I., & Berdasquera, D. (2007). Tratamiento de la gestante seropositiva al VIH y prevención de la transmisión vertical. l 2007. Rev Cubana Obstet Gineco, 33(1).
13. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2018). Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto.
14. UnAIDS. (2004). Report on the global AIDS epidemic: 4th global report. . Bangkok. Obtenido de http://www.unaids.org/bangkok2004/gar2004_html/GAR2004_00_en.htm.
15. UnAIDS. (2006). Report on the global AIDS epidemic: UnAIDS 10th anniversary y special edition. Obtenido de Disponible en <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2006/default.asp>

Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso

16. Valdés, R. (2002). VIH-SIDA y Embarazo: Actualización y realidad en Chile. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 67(2), 160-166.

©2020 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).