Rev Obstet Ginecol Venez. 2026; 86 (1): 24-30.
https://doi.org/10.51288/00860106

Apuntes sobre el virus de la inmunodeficiencia humana en la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza

Noren E. Villalobos-Inciarte, PhD,[1] Manuel D. Villalobos-López.[1]

RESUMEN

Objetivo: *Actualizar la información sobre las pacientes gestantes tratadas por infección por virus de inmunodeficiencia humana en la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza.*

Métodos: *Estudio prospectivo de 161 pacientes que acudieron a la consulta prenatal en la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza, con diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana entre 1 de enero de 2016 y junio de 2016. Se evaluó: edad de la paciente, edad gestacional, control prenatal, inicio del tratamiento, procedencia, número de embarazos, edad y modo de culminación del embarazo, peso del recién nacido, patologías asociadas y complicaciones del embarazo. Los resultados se presentan como valores absolutos y porcentuales.*

Resultados: *La población fue de 161 pacientes. El 55 % tenía edad entre 21-30 años, el 50 % acudió a control prenatal, pero el 64 % inició el tratamiento en forma tardía. El 73 % fueron multíparas. La edad de conclusión del embarazo fue 38,44 semanas. El peso del recién nacido en 92 % de los casos estuvo entre 2500 y 4000 g. La principal patología asociada fue anemia con el 57,76 % y el 26,08 % de partos pretérmino, la principal complicación.*

Conclusión: *La edad de 21 a 30 años y la procedencia rural son semejantes a otros estudios. El inicio del control prenatal en el 2º trimestre coincide con el inicio del tratamiento. La culminación fue por cesárea al término. La infección vaginal por cándida es la más frecuente y la principal complicación fue el parto pretérmino.*

Palabras clave*: Virus de inmunodeficiencia humana, VIH, Embarazo, Control prenatal.*

Notes on the human immunodeficiency virus in the Maternity Dr. Armando Castillo Plaza.

SUMMARY

Objective: *To update the information on pregnant patients treated for human immunodeficiency virus infection at the Dr. Armando Castillo Plaza Maternity Hospital.*

Methods: *A prospective study was conducted on 161 patients diagnosed with HIV infection who attended prenatal consultations at the Dr. Armando Castillo Plaza Maternity Hospital between January 1 and June 30, 2016. The following variables were evaluated: maternal age, gestational age, prenatal care, initiation of treatment, origin, parity, gestational age at delivery, mode of delivery, newborn weight, associated pathologies, and pregnancy complications. Results are presented as absolute values and percentages.*

Results: *The study population consisted of 161 patients. Fifty-five percent (55%) were between 21 and 30 years old; 50% attended prenatal care, but 64% initiated treatment late. Seventy-three percent (73%) were multiparous. The mean gestational age at delivery was 38.44 weeks. Newborn weight was between 2,500 and 4,000 g in 92% of cases. The primary associated pathology was anemia (57.76%), and the most frequent complication was preterm delivery (26.08%).*

Conclusion: *The prevalence in the 21–30 age group and the rural origin of patients are consistent with other studies. The initiation of prenatal care in the second trimester coincided with the start of antiretroviral treatment. Pregnancy typically concluded via cesarean section at term. Vaginal candidiasis was the most frequent infection, and preterm delivery was the main complication.*

Keywords: *Human immunodeficiency virus, HIV, Pregnancy, Prenatal control.*

INTRODUCCIÓN

En el año 1994 se inició la atención de pacientes embarazadas portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el departamento obstétrico del hospital Universitario de Maracaibo, Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza (MACP), con prácticamente poco o ningún conocimiento sobre el comportamiento del VIH en el embarazo. Fue a través

[1]Cátedra de Ginecología y Obstetricia. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. Servicio de Alto riesgo obstétrico. Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Maracaibo, Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza (MACP). Maracaibo, Venezuela. Correo para correspondencia: norenvi@hotmail.com

Forma de citar este artículo: Villalobos-Inciarte NE, Villalobos-López MD. Apuntes sobre el virus de la inmunodeficiencia humana en la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza. Rev Obstet Ginecol Venez. 2026;86(1):24-30. DOI: 10.51288/00860106

de la Dra. Cecilia Bernardonni de Socorro, odontóloga, profesora titular de la facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, fundadora de la Fundación INNOCENS, quien, ante la atención deshumanizada de un niño con VIH, decidió crear la fundación para dar atención y abrigo a estos niños.

La Dra. Bernardonni planteó el problema de cómo evitar o disminuir la presencia de niños con VIH, y la respuesta fue que era necesario impedir que ocurriera la transmisión madre a hijo o transmisión vertical. El inicio de la atención fue difícil en la MACP, marcada por el estigma creado por la infección, la desinformación y el miedo de atender este tipo de pacientes por parte del personal de salud. Lentamente, fue sumándose personal a la meta de atención de pacientes con VIH, no solo embarazadas, sino pacientes con patologías ginecológicas, constituyendo el único centro del país donde la gestante es atendida directamente por el servicio de Obstetricia y Ginecología, y no por inmunólogos o infectólogos, como en otras instituciones, las cuales refieren a las pacientes a centros obstétricos en el momento de culminación de la gestación.

En las consultas en la MACP, las pacientes reciben una atención integral de un equipo de salud conformado por trabajo social, enfermería, psicólogo, nutrición y dietética, hematología, odontología y neonatología y posterior evaluación y control del recién nacido por la Fundación *INNOCENS*, que de resultar un niño sano pasa a un control de niños sanos. En el posparto, la paciente recibe atención en planificación familiar y ginecología. El servicio cuenta con el tratamiento de alta eficacia (1, 2) tanto para las embarazadas como para los recién nacidos (RN).

Gracias a la idea de la enfermera Isbelia Landino, de la MACP, ya jubilada, las pacientes con VIH que acuden a la consulta prenatal se conocen como "pacientes del programa", para evitar la discriminación o maltrato por parte de otras pacientes, tanto es así que estas pacientes comparten el mismo espacio físico, a menos que presenten otras patologías asociadas que ameriten su aislamiento.

En el año 2002 se realizó la primera publicación (3) sobre el manejo de estas pacientes en la institución, y se decidió actualizar hasta 2016 y comparar los cambios que han ocurrido desde entonces.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo que incluyó 161 pacientes que fueron atendidas en la consulta prenatal (CPN) de la MACP, con diagnóstico de VIH desde el 1 de enero de 2016 hasta junio de 2016. Se evaluó: edad de la paciente, edad gestacional, control prenatal, momento de inicio del tratamiento, procedencia, número de embarazos, edad de culminación del embarazo, modo de culminación del embarazo, peso del recién nacido (RN) al momento del nacimiento, presencia de patologías asociadas y complicaciones del embarazo. Los resultados se presentan como valores absolutos y porcentuales.

RESULTADOS

La población estudiada fue de 161 pacientes. La edad más frecuente se presentó en el grupo entre 21-30 años con el 55 %, la media fue 24,21 ± 5,5 años (Tabla 1). El 81,34 % acudió a control prenatal adecuado, iniciando el tratamiento en el 65,22 %. El 70,8 % correspondió a multíparas (Tabla 2). La procedencia principal fue del área rural con 70 %. La edad media de conclusión del embarazo fue 38,44 semanas. El peso del recién nacido se situó en el grupo entre 2500 y 4000 g en el 92 % de los casos. La prevalencia de VIH previa al embarazo fue 43,48 % y durante el embarazo fue 56,52 % (Tabla 3). La principal patología asociada fue anemia con 57,76 % y la complicación propia del embarazo más frecuente fue el parto pretérmino, con el 26,08 % (Tabla 4)

Tabla 1. Caracterización de la muestra de gestantes seropositivas al VIH: Análisis cuantitativo

Características	Media ± DE	Rango
Edad (años)	24,21 ± 5,5	15 - 45
Edad gestacional (semanas)	36,70 ± 4,4	26,4 - 39,3
Menarquía (años)	11,80 ± 1,5	9 - 17
Inicio de actividad sexual (años)	16,15 ± 1,9	10 - 21
Número de parejas	02,90 ± 2,9	1 - 13

n = 161
DE = Desviación estándar

Tabla 2. Caracterización de la muestra de gestantes seropositivas al VIH: Análisis cualitativo

Características	n	Porcentaje
Paridad		
Nulíparas	47	29,19
I-IV	69	42,86
V o más	45	27,95
Control prenatal		
Adecuado	131	81,34
Inadecuado	27	16,77
No controlado	3	01,86
Inicio de terapia antiviral en el embarazo		
Si	105	65,22
No	56	34,78
Estado Civil		
Soltera	86	53,41
Unión Libre	61	37,89
Casada	14	08,70
Raza		
Mestiza	90	55,90
Indígena	47	29,19
Blanca	16	09,94
Afrodescendientes	08	04,97

Tabla 3. Prevalencia de embarazadas seropositivas al VIH

Indicador	Cifras
% de pacientes con diagnóstico de VIH previo al embarazo	43,48
% de pacientes con diagnóstico de VIH durante el embarazo	56,52
No. de gestantes ingresadas al programa de VIH/SIDA	270
No. de gestantes atendidas	55 230
No. de nacidos vivos	4916
Prevalencia HIV/embarazo &	54,92
Morbilidad proporcional VIH*	4,88

& Tasa x 1000 nacidos vivos. * Morbilidad proporcional por VIH por cada 1000 pacientes atendidos en la institución

Tabla 4. Morbilidad en embarazadas seropositivas al VIH

Morbilidades	Fa	% *
Complicaciones maternas**	161	100,00
Anemia	93	57,76
Candidiasis vaginal	68	42,23
Infección urinaria	64	39,75
Vaginosis bacteriana	60	37,27
Parto pretérmino	42	26,08
Trastornos hipertensivos	24	14,91
Diabetes gestacional	11	06,83
Hiperémesis gravídica	06	03,73
Tuberculosis	03	01,86
Virus de la hepatitis B	02	01,24
Complicaciones fetales**	44	27,33
Bajo peso al nacer	21	13,04
Malformaciones congénitas	06	03,73
Óbito fetal	08	04,97
Complicaciones ovulares**	24	14,91
Rotura prematura de membranas	21	13,04
Placenta previa	03	01,86

* Porcentajes estimados para cada patología con respecto al total de la muestra (n = 161). ** Porcentajes estimados de acuerdo al número de pacientes con una o más morbilidades

DISCUSIÓN

Desde el año 2017, en el estado Zulia, ha sido difícil la evaluación del estado inmunológico de las pacientes a través de carga viral (CV) y de las subpoblaciones leucocitarias índice CD4/CD8, los pacientes debían trasladarse hasta Caracas, al Instituto Nacional de Higiene (INH), o realizarlo de forma privada con costos elevados, estas dificultades fueron debidas a las condiciones socioeconómicas de las pacientes, aunado a la pandemia que complico aún más su traslado.

Desde finales de 2024, comenzó a realizarse de nuevo la CV en la región. Por este motivo se debió manejar a la embarazada de acuerdo con su evolución clínica, o la presencia de otras patologías definidoras del síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) (1, 3), por lo cual se ha utilizado terapia antirretroviral de alta efectividad (TAR) en estas pacientes. Solo los RN tenían mayor acceso a CV que son enviadas desde la fundación *INNOCENS* directamente al Instituto Nacional de Higiene (INH), para confirmar o no la efectividad del protocolo utilizado. La tasa de transmisión perinatal se sitúa alrededor del 2 % (1, 3).

La edad promedio de las pacientes se situó en el grupo de 21 a 30 años con un 55 %. Guida y cols. (4), en Ecuador, reportaron que el 44,1 % de las pacientes con la infección estaban en este grupo etario. Jaramillo y cols. (5), en 2021, reportaron un promedio de 24,85 ± 6,1 años en Venezuela, semejante al encontrado por Müller y cols. (6), en el Hospital Universitario de Caracas. Domingues y cols. (7), en Río de Janeiro, Brasil, señalaron 33,4 años como edad promedio, mucho más alto que la población de esta serie, pero parecido al 31,1 años de edad promedio de Arbazua y cols. (8), en Chile. Este grupo etario corresponde a la edad de mayor fertilidad en la vida. No obstante, el 15 % de la población es menor de 19 años, lo cual va aunado a uno de los problemas más graves que se observan en el país, que es el embarazo en adolescentes. El último boletín demográfico de Venezuela (9), que data del año 2014, muestra un 22 % de adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años, lo cual es preocupante porque el 15 % ya va a tener el diagnóstico de VIH, no solo con las consecuencias médicas de dicha patología, sino la parte psicológica y social que le tocará enfrentar (1, 4).

El 70,8 % correspondió a pacientes multíparas, muy por encima del reporte de Domingues y cols. (7), en Brasil, de 20 %. La población de multíparas va de la mano con otra parte del problema social constituido por un 100 % de pacientes amas de casa, donde es la pareja quien lleva el VIH al hogar. Müller y cols. (6), reportaron que el 90 % de sus pacientes se infectaron con VIH a través de relaciones sexuales y solo un 10 % a través de la utilización de inyectadoras o drogas. Guida y cols. (4) describieron un 61,8 % de multíparas, mientras Barbosa y cols. (10), en Brasil, reportaron un 74,9 % de amas de casa, lo cual es una relación bastante alta del problema. Jaramillo y cols. (5) reportaron 35,3 % de casadas y 61,3 % de solteras en el estado Bolívar de Venezuela, donde la unión libre y el concubinato son muy frecuentes. Twabi y cols. (11) en Malaui, África, reportaron un 76,5 % de casadas y el 10,5 % de unión libre. Este patrón se repite con mucha frecuencia a nivel mundial, en especial en países en vía de desarrollo.

La procedencia de la población fue 70 % del área rural, de los municipios Mara y Jesús Enrique Lossada del Estado Zulia. Cifras semejantes a las reportadas por Twabi y cols. (11) en Malaui, África con 79,5 %. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en Venezuela se consideran poblaciones urbanas aquellas zonas cuya población se encuentra por encima de los 2500 habitantes. San Rafael de Mara se encuentra a 41 km de la ciudad de Maracaibo (12), y según el último censo nacional (12) muestra una población de 61 141 habitantes, muy por encima de los 2500 habitantes. Igual pasa con la población de la Concepción, en el municipio Jesús Enrique Lossada del estado Zulia, donde la población también está muy por encima de los 2500 habitantes.

Por este motivo la procedencia rural de las pacientes es relativa, además estas poblaciones cuentan con hospitales tipo 3, que pueden brindar una atención adecuada a estas pacientes, sin necesidad de enviarlas a Maracaibo. La procedencia de las pacientes se encuentra relacionada con su nivel socioeconómico, donde las trabajadores u obreras constituyen el 60,25 %, seguida de la clase media baja con el 27,95 %. Twabi y cols. (11) señalaron el 36,6 % de pobreza y el 19 % de clase media. Este estudio muestra 70,81 % de desempleadas, por ser amas de casa, y donde la pareja es quien trabaja.

Faneite y cols. (13) describieron al factor socioeconómico como motivo para no asistir a la CPN, o hacerlo de forma irregular. Otro factor que influye en la asistencia a la CPN lo constituye el nivel de escolaridad. El 59,7 % de las pacientes habían cursado educación media, el 31,5 % la primaria y el 3,6 % eran analfabetas. Jaramillo y cols. (5) reportaron 68,5 % de secundaria y 31,5 % de educación universitaria, posiblemente por el alto número de profesionales del estado Bolívar, por la presencia de las industrias básicas. Twabi y cols. (11), en Malaui, observaron el 19 % de educación secundaria y el 68,2 % de primaria, cifras invertidas a las que se presentan en esta serie, probablemente por contextos sociales diferentes. Barbosa y cols. (10), en Brasil, refirieron un 50 % de su población tenía 4 a 7 años de escolaridad y el 39 % entre 8 y 11 años. Guida y cols. (4), en Ecuador, encontraron un 44,1 % de secundaria y el 55,9 % restante de primaria. A mayor nivel de escolaridad se tiene un mayor conocimiento y, con ello, una mayor búsqueda de información y posibilidad de conocer la importancia del control prenatal, influyendo en la asistencia luego del diagnóstico de VIH; muchas de las pacientes evaluadas han investigado sobre la infección de VIH y la importancia de su control para lograr una culminación exitosa del embarazo y obtener un recién nacido sano, lo cual se observa en la mayoría de los estudios al respecto.

El trimestre de inicio del control prenatal fue durante el segundo trimestre en el 65,22 %. Müller y cols. (6) reportaron que de su población de 551 pacientes, 464 (84 %), iniciaron el control prenatal en el segundo trimestre y Barbosa y cols. (10) reportaron el 71,2 % en Río de Janeiro, Brasil. Por su parte, Jaramillo y cols. (5), en Venezuela, en los estados Mérida y Bolívar, reportaron el 67,5 % de inicio en el tercer trimestre, estos son estados con una población rural alta y dispersa. No obstante, Szlachta-McGinn y cols. (14) en el Jackson Memorial Hospital de Miami, Florida, muestran 91,7 % de inicio en el primer trimestre.

El diagnóstico de VIH en el 56,52 % de la población estudiada, se realizó al iniciar el CPN, al llevar a cabo los exámenes de rutina. Abarzua y cols. (8) reportaron el 25 %, mientras que Loyola y cols. (15), el 81,6 %. Mazzaccoli y cols. (16), en Italia, obtuvieron un 21 % de diagnósticos realizados en la primera CPN. Estas discrepancias se deben a que las pacientes no se suelen realizar exámenes de VIH de rutina, y mucho menos las amas de casa, a menos que se les exija por algún otro motivo. Faneite y cols. (13), en el año 2006, presentaron una serie de factores por los cuales las pacientes acuden de forma tardía a su primera consulta o las sucesivas. El 52,3 % expresó dificultades por la lejanía de los centros especializados, y la dificultad económica para costear el transporte, estuvo presente en el 100 % de los casos. También influyen la confianza y los recursos con los cuales cuentan los centros prestadores de salud; tanto por las experiencias negativas como por la confianza que se tenga a un centro, aunque esté lejos de su domicilio, y donde consideren que el personal está más capacitado y cuenta con mayor experiencia en la atención de estos casos (13).

Las pacientes conocían su estado inmunológico previo al control prenatal en 43,48 % de los casos, por tratarse de pacientes multíparas que tuvieron un embarazo previo con VIH, o deseaban un embarazo. Abarzua y cols. (8) reportaron el 45 %, Barbosa y cols. (10) y

Domingues y cols. (7), el 61,4 %, en Brasil, de los cuales, 20 % fueron nuevos embarazos.

El inicio de tratamiento correspondió al 2do trimestre con 64 %, posiblemente debido a que la recomendación sea a partir de las 14 semanas (1-3) Posadas Robledo (17) reportó un promedio de 29,1 semanas en México; Mazzaccoli y cols. (16) refirieron un 71 % de inicio en el primer trimestre. El TAR se debe iniciar lo más precoz posible para lograr la mayor supresión viral antes de la finalización del embarazo (1).

La edad gestacional de finalización del embarazo fue de 38,49 semanas. Szlachta-McGinn y cols. (14) muestran que el 91,6 % tenían 36 semanas de gestación o más al culminar el embarazo. Mazaccoli y cols. (16) reportaron 91 % a término. La mayoría de los embarazos de las pacientes con VIH positivo llegan al término, a menos que presenten complicaciones obstétricas que ameriten su culminación prematura.

En el 98 % de las pacientes, el nacimiento se realizó a través de cesárea segmentaria y el 2 % a través de parto vaginal. Todas las pacientes se encontraban bajo protocolo. Posadas Robledo (17) reporta 98,8 % de nacimientos por cesárea. Sin embargo, Mazzaccoli y cols. (16) reportaron 41 % de cesáreas y 59 % de parto vaginal. Cuando se realizan cesáreas programadas, la recomendación es realizarlas entre las 38 y 39 semanas de gestación, para garantizar la madurez fetal total y evitar las posibles complicaciones neonatales (1). La tendencia actual es que pacientes con carga viral por debajo de 1000 copias o indetectable pueden ser sometidas a parto vaginal, con el previo conocimiento y consentimiento materno y que se encuentren recibiendo TAR (1, 14). Twabi y cols. (11) presentaron 93 % de partos vaginales y 6,7 % de cesárea segmentaria. Esta diferencia es por la costumbre del parto vaginal en África, en especial en la vivienda de las pacientes. Arbazua y cols. (8) presentaron 50 % de parto vaginal y cesáreas, considerando en los partos vaginales, además de lo indicado con carga viral y tratamiento, que el nacimiento ocurra con lapsos menores de 4 horas con membranas rotas, para disminuir aún más el riesgo de transmisión vertical.

El peso de los RN fue entre 2500 y 4000 g, semejante a lo reportado por Twabi y cols. (11) en Malaui, con un promedio entre 2982,5 y 3273; y también al 99 % de peso medio de 3230 g de Mazzaccoli y cols. (16), en Italia. Esto indica que el VIH no afecta el crecimiento y desarrollo fetal, y cuando esto ocurre son producto de otras patologías obstétricas que pueden estar presentes durante el embarazo.

En este estudio se presentaron como patologías asociadas al embarazo: el 57,76 % de anemia, considerándose como tal las pacientes con menos de 11 g de hemoglobina. Müller y cols. (6) reportaron 31,45 %, Loyola y cols. (15), 17,9 %, Twabi y cols. (11) 39,9 %, siendo una de las principales complicaciones del embarazo, en la que el factor nutricional es de vital importancia y posiblemente esa sea la causa de las diferencias en los diferentes estudios, en zonas de mayores ingestas de vegetales verdes y carnes, la anemia suele ser menor, aun tomando en cuenta la anemia producto de la hemodilución del embarazo. La candidiasis vaginal diagnosticada por clínica y confirmada a través de cultivo se presentó en 42,23 %. Müller y cols. (6) reportaron como complicación la candidiasis vaginal. En este estudio se observó un 39,75 % de infección urinaria. Se ha considerado que la presencia de infecciones en el embarazo, como tales como herpes simple, vulvovaginitis candidiásica, vaginosis bacteriana, sífilis, tricomonas vaginal, citomegalovirus, toxoplasmosis, hepatitis B y C, infecciones urinarias u otras oportunistas, como consecuencia de la infección por VIH (1). No obstante, en el presente estudio, las más frecuentes fueron candidiasis vaginal e infección urinaria, las cuales constituyen infecciones frecuentes en el embarazo.

Las principales complicaciones propias del embarazo que se presentaron fueron el parto pretérmino con el 26,08 %,

trastornos hipertensivos del embarazo en el 14,91 % y diabetes gestacional en el 6,83 %. Loyola y cols. (15) reportaron 2,8 %. En los países desarrollados, la tasa de complicaciones es mínima, aunque se reporte como una de las principales el parto pretérmino. En el África Subsahariana, el número de partos pretérmino es mayor, así como las muertes neonatales y maternas (1). No ocurrieron muertes maternas ni neonatales.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Chilaka VN, Konje JC. HIV in Pregnancy – An Update. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021; 256:484-491. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.11.034.
2. Cerveny L, Murthi P, Staud F. HIV in pregnancy: Mother-to-child transmission, pharmacotherapy, and toxicity. Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis. 2021;1867(10):166206. DOI: 10.1016/j.bbadis.2021.166206.
3. Noren Villalobos. Características de la transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana en la región zuliana. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2002 [consultado mayo de 2025];62(3):175-187. Disponible en: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2002_vol62_num3_4.pdf
4. Guida GN, Franco RM, Aguilar RJ. Comportamiento epidemiológico de gestantes con diagnóstico de VIH. Rev Inform Científ. 2024; 103:e4801. DOI: 10.5281/zenodo.13829695.
5. Jaramillo F. HA, Acevedo J, Carvajal Evans, CM, Lugo-Matka AR. Conocimientos sobre el VIH en mujeres embarazadas: Estudio exploratorio en dos hospitales de referencia en Venezuela. CIMEL 2021; 26(2) 5-11. DOI: 10.23961/cimel.v26i2.1268
6. Müller A, Soyano A, Salazar A, Cortez R, Martínez B, Colina MF, *et al*. VIH/SIDA en embarazadas: evaluación hematológica e inmunológica y peso de sus neonatos. Rev Obstet Ginecol Venez. 2023; 83(2):169-185. DOI: 10.51288/00830208.
7. Domingues RMS, Quintana MSB, Coelho LE, Friedman RK, Rabello ACVA, Rocha V, *et al*. Pregnancy incidence, outcomes and associated factors in a cohort of women living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Brazil, 1996-2016. Cad Saude Publica. 2023;39(6):e00232522. DOI: 10.1590/0102-311XEN232522.
8. Abarzúa CF, Pérez CC, Callejas CC, Cyr Jombi J, Vandercam B. Ausencia de transmisión perinatal de VIH en 40 embarazadas tratadas con terapia antirretroviral de alta potencia. Rev Chil. Obstet Ginecol. 2004;69(3), 232-238. DOI: 10.4067/S0717-75262004000300009
9. Boletín Demográfico [Internet]. Caracas: República Bolivariana de Venezuela. Instituto Nacional de Estadística. Gerencia General de Estadísticas Demográficas; marzo 2014 [consultado 10 de marzo de 2025]. Caracas Venezuela. Disponible en https://ine.gob.ve/wp-content/uploads/2024/08/BOLETIN-EMBARAZO-ADOLESCENTE.pdf.
10. Barbosa BLF, Marques AK, Guimarães JV. HIV positive pregnancies and the risk factors related to HIV vertical transmission. J Nurs UFPE. 2018;12(1):171-8 DOI: 10.5205/1981-8963-v12i01a23257p171-178-2018.
11. Twabi HS, Manda SO, Small DS. Assessing the effects of maternal HIV infection on pregnancy outcomes using cross-sectional data in Malawi. BMC Public Health. 2020;20(1):974. DOI: 10.1186/s12889-020-09046-0.
12. XIV Censo Nacional de población y vivienda. Resultados Total Nacional de la República Bolivariana de Venezuela [Internet]. Caracas: Instituto Nacional de Estadística República Bolivariana de Venezuela; mayo 2014 [consultado 10 de marzo de 2025]. Disponible en https://ine.gob.ve/wp-content/uploads/2024/08/RESULTADOS-NACIONAL-2011.pdf
13. Faneite AP, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L. Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2009 [consultado 4 de marzo de 2025];69(3):147-151. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000300002&lng=es.
14. Szlachta-McGinn A, Aserlind A, Duthely L, Oldak S, Babriwala R, Montgomerie E, *et al*. HIV Screening During Pregnancy in a U.S. HIV Epicenter. Infect Dis Obstet Gynecol. 2020; 2020:8196342. DOI: 10.1155/2020/8196342.
15. Loyola F, Ramírez A, Varas A. El embarazo y los efectos que produce en la salud de las mujeres VIH positivas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2021;86(6):554-562. DOI: 10.24875/RECHOG.M21000035.
16. Mazzoccoli M, Alfieri N, Marconi AM, Dalzero S, Ierardi M, Simonetti SC, *et al*. Pregnancy and birth outcomes in women living with HIV: real-life experience. Sex Transm Infect 2024;100(Suppl 1): A1–A281. DOI: 10.1136/sextrans-ICAR-2024.168
17. Posadas-Robledo FJ. Embarazo y VIH ¿indicación absoluta de cesárea? Ginecol Obstet Mex. 2018;86(6):374-382. DOI: 10.24245/gom. v86i6.2018.

Recibido 11 de junio de 2025
Aprobado para publicación 12 de septiembre de 2025