

## PROBLEMAS ETICOS EN EL SIDA PEDIATRICO

María Villa Arranz, Miguel Villa Ramírez,  
Javier Vega Gutiérrez

*Facultad Medicina, Univ. Valladolid*

### INTRODUCCION

El VIH es un retrovirus RNA, cuya existencia es conocida desde principios de la década de los 80, aunque previamente ya se sospechaban sus vías de transmisión. La infección por este virus se ha extendido rápidamente a nivel mundial. En Europa y en EEUU la transmisión se produce sobre todo a partir de individuos homosexuales. En España, sin embargo, el factor de riesgo más frecuente asociado con el diagnóstico de SIDA es el uso compartido de jeringuillas en un colectivo fundamentalmente heterosexual. Esto explica la menor diferencia existente entre la proporción de varones y de mujeres, y determina que la tasa de SIDA infantil sea una de las más altas de Europa, junto a Italia y Francia. El continente africano tiene unas tasas también muy altas de SIDA pediátrico por ser la transmisión heterosexual la forma predominante.

Rumanía, dentro de Europa, con el mayor número de niños VIH positivos, representa una situación peculiar por el bajo control de los productos utilizados en las transfusiones (2).

### EPIDEMIOLOGIA

En la infancia la vía más importante de transmisión es la vertical. Hoy es prácticamente la forma casi exclusiva, al menos en países donde el análisis exhaustivo de productos sanguíneos se hizo efectivo desde 1985.

En la adolescencia la vía sexual y la relacionada con la exposición a sangre infectada - consumo de drogas vía parenteral, compartir agujas, etc.- comienza a cobrar importancia.

En cuanto a la transmisión vertical, ésta se puede producir en tres momentos:

1. Intraútero, transplacentaria o prenatal: se ha descrito paso de VIH a partir de la 9ª semana de gestación, placentas infectadas entre la 9ª y la 12ª semana, y fetos infectados entre la 13ª y la 20ª semana.

2. Intraparto o intranatal: en el momento del nacimiento. Se cree que éste es importante como ocurre con el patrón de transmisión del virus de la hepatitis B.

3. Postnatal: a través de la lactancia materna.

Las tasas de transmisión varían según los estudios. En Europa se dan las más bajas (15-20%) aunque no está claro el porqué. Otros trabajos dan para España tasas del 23-29%.

Entre las madres seropositivas, tienen relación con ADVP un 61,4%, mientras que el

38,3% han adquirido la infección por vía heterosexual. Esta última vía cada vez tiene mayor importancia (3).

En nuestro país, las zonas en las que se registra mayor número de niños infectados son Madrid, Barcelona y País Vasco, donde existe un mayor consumo de drogas vía parenteral.

Para tratar sobre la infección VIH en Pediatría, es preciso distinguir entre portador, infectado y enfermo.

**PORTADOR:** se llama así a todo niño menor de 18 meses con Ac y sin pruebas confirmatorias de infección. El periodo más problemático para el diagnóstico, es el primer trimestre de vida en el que casi el 100% de los recién nacidos tiene Ac contra el VIH, indistinguibles los de producción propia de los de procedencia materna. Las pruebas más específicas de detección del VIH no se harán suficientemente fiables hasta después del tercer mes de vida (PCR, Ag p.24...).

**INFECTADO:** se considera a todo niño que pasados los 18 primeros meses, sigue presentando Ac o tiene pruebas confirmatorias positivas, así como el menor de esta edad con las mismas pruebas positivas y asintomático.

**ENFERMO:** si tiene síntomas de enfermedad o alteración inmunológica detectable por la analítica, sin tener en cuenta la edad.

A diferencia de los adultos, los niños desarrollan signos y síntomas de la enfermedad del SIDA con mayor rapidez (3 años frente a 8-10 años de media), y más rápidamente aún si la vía de transmisión fue la sanguínea por transfusión (4,5,6).

## BIOÉTICA Y SIDA (1).

Se ha escrito mucho sobre este problema. La mayoría de los artículos publicados se refieren a la población norteamericana, cuyos problemas y soluciones no son extrapolables a nuestro país. De ahí que interese estudiarlos aquí con detenimiento.

La infección VIH en general, no presenta nuevos problemas éticos, simplemente combina otros numerosos que surgen en todos los cuidados de salud como son la confidencialidad, el acceso a la asistencia médica, la distribución de recursos, regulación de la experimentación humana, etc.(7).

### A. En el periodo prenatal (15).

\* Hay que hacer un diagnóstico de la situación en la mujer fértil. Se ha hablado de realizar el test de detección en mujeres previo al matrimonio. En EEUU, en algún estado, se llegó a solicitar como prueba prematrimonial para conseguir la licencia. Esto sólo motivó que fuera menor el número de peticiones de licencia y mayor el costo sin mejoría de la eficiencia, ya que esta medida no consigue que disminuya la transmisión, aparte de la intromisión que supone en la intimidad de las personas y la falta de respeto a la libertad individual.

\* Con respecto a la realización sistemática de pruebas de detección del VIH, no existe acuerdo general en cuanto a la mejor política a seguir. Aunque pocos están a favor de la obligatoriedad de las pruebas, no faltan grupos que lo defienden (8). La idea más aceptada es que no hay justificación desde el punto de vista de la salud pública para tal política ya que no reduciría necesariamente ni la

transmisión horizontal ni la vertical. Por otro lado el test VIH se diferencia de otros test de laboratorio por el daño psicosocial que puede causar. Pocas pruebas ocasionan tan severa estigmatización, incluyendo expulsión de empleos, escuela y casa, y hasta el rechazo por parte de las familias de los afectados.

En contra de la práctica rutinaria de las pruebas está la del consentimiento informado que, como en otros temas éticos, se basa en el principio de autonomía; particularmente, cuando una intrusión corporal tiene riesgo de gran daño, tanto físico como psicosocial, le toca al paciente o a su representante legal -en el caso de los niños- valorar si son mayores los beneficios que los riesgos.

Los beneficios potenciales que se derivan del conocimiento del estado serológico para estas mujeres incluyen:

a.- La consideración de finalizar o no el embarazo, quien lo desee y dentro de los plazos previstos por la ley -si esto se puede ver como un beneficio-. Hay que tener en cuenta la dificultad de la mujer portadora para tomar una decisión en relación a su deseo de maternidad o frente a un embarazo ya iniciado. La elección implica renunciar a este deseo o aceptar el riesgo de tener un hijo y someterlo al peligro de padecer la enfermedad, y plantearse su propio riesgo de enfermar y morir.

La realidad es que muchas mujeres -sobre todo ADVP- pueden tener su primer contacto con el medio sanitario por este motivo -el del embarazo- y acudir en fases avanzadas de la gestación, fuera ya del plazo legal. El aborto no parece justificable, porque si la tasa de transmisión es del 15-30% -dependiendo

de autores- un 70-85% de niños sanos serían eliminados. Tampoco se ha visto que las mujeres seropositivas embarazadas recurran al aborto en mayor proporción que las seronegativas.

b.- Decisión de evitar nuevos embarazos.

c.- Información a presentes y futuros compañeros sexuales de estas mujeres.

d.- Considerar el estado serológico de hijos anteriores que pueden ser también seropositivos.

e.- Inicio del tratamiento de la enfermedad si es preciso.

f.- Inicio del tratamiento profiláctico de la transmisión materno-fetal con AZT prenatal -intrapartoo y del recién nacido- (o dar otros fármacos cuando se estimen útiles).

g.- Incluir al recién nacido en protocolos de seguimiento.

Frente a estos beneficios está el riesgo de estigmatización que se asocia en algunas zonas a rechazo racial (por ejemplo en EEUU, la mayoría de infectados son de raza negra o hispanos). En algunos casos por falta de educación sanitaria, algunas mujeres se verían rivadas de cuidados prenatales.

En nuestro país es frecuente la realización rutinaria de las pruebas sin contar con el consentimiento de las mujeres gestantes. De todas formas, cada vez se hace más referencia a la necesidad de informar, con el consejo previo a la realización de las pruebas y ante el resultado, tanto si es positivo como si es negativo, y ese consentimiento informado se haría por escrito.

\* En cuanto a los fármacos utilizados en el embarazo, no hay que olvidar el potencial teratogénico de los mismos. Todavía no se han observado efectos adversos a corto plazo en

recién nacidos a los que se han aplicado protocolos de profilaxis (076-ACTG). La anemia sería uno de los principales. Los efectos a largo plazo son desconocidos. Potencialmente se incluyen efectos mutagénicos y cancerígenos, posibles efectos en tejidos de alto contenido mitocondrial (hígado y corazón), teratogenicidad y efectos en el sistema reproductivo.

Todo esto obliga al seguimiento durante años, de los niños expuestos intraútero a la droga (9).

No deja de ser un terreno de investigación con las implicaciones éticas que supone en seres humanos. Comporta además la utilización de un grupo control que no se beneficia de la terapia si ésta resulta efectiva.

\* La elección de la vía del parto es otro punto a tratar. En algunos trabajos se ha descrito una mayor tasa de transmisión en recién nacidos por vía natural, así como en gemelo primero nacido por esta vía pero aún no se dispone de información suficiente para recomendar la cesárea sistemática en estas mujeres. En países del tercer mundo, tendría sentido el uso de antisépticos o antivirales en el canal del parto para disminuir la carga vital, pero falta por determinar su eficacia.

\* El diagnóstico de la infección del feto prenatalmente (por funiculocentesis por ejemplo) no está exenta de riesgos, entre los que se encuentra el aumento en tasa de transmisión.

\* Está también en fase de estudio la administración de Ac monoclonales, policlonales o partículas del CD4 soluble prenatalmente. Hoy por hoy resulta muy caro y los resultados no son muy alentadores (10).

\* Las mujeres afectadas tienen derecho a recibir la asistencia sanitaria necesaria y

apropiada. La negativa -por parte de los trabajadores de la salud- por miedo al contagio no es legítima y se debe a una falta de conocimientos básicos sobre la enfermedad y sus formas de transmisión. El trato que se les dispensa no tiene que diferir del que se presta al resto de las gestantes. Hay que evitar que la desgana u otros condicionantes, hagan que no se las atienda normalmente (muchas de estas mujeres, por pertenecer a grupos de riesgo, son difíciles de controlar y siguen de forma inconstante las indicaciones médicas)(11).

## **B. En el periodo neonatal.**

Se hacen pruebas sistemáticas de detección en todo recién nacido. cuya madre pertenezca a un grupo de riesgo y de los hijos de mujer seropositiva.

Conocer el estado serológico, como se ha dicho antes, permite que estos niños entren en protocolos de seguimiento y control con los beneficios consiguientes. El mayor beneficio sería el tratamiento efectivo, sobre todo el específico antiviral; entre otros las estrategias para reducir el riesgo de infección bacteriana grave (gammaglobulinas administradas de forma regular), pautas de inmunización (calendario vacunas adaptado al problema de estos niños, por ejemplo evitando vacunas con virus vivos...).

El recién nacido hijo de madre infectada puede manifestar síntomas precoces de enfermedad si la adquisición de VIH se produjo en etapas tempranas del embarazo. Estos son los que más se van a beneficiar de un conocimiento precoz de su estado serológico.

Se tiene que evitar la lactancia materna, salvo en países subdesarrollados, donde el

riesgo que supone esta medida supera al de la adquisición de la infección VIH.

No se ha descrito ningún síndrome malformativo asociado a infección por VIH. Algunas características propias de algunos niños infectados se han visto relacionadas con otras infecciones maternas y/o hábitos tóxicos de la mujer gestante. El riesgo de CIR y prematuridad es semejante al de mujeres ADVP por los mismos motivos.

En el momento del parto, el problema de reanimación del recién nacido deprimido, mantenimiento vital, etc., es el mismo que para cualquier otro niño no seropositivo. El niño -al igual que su madre- tiene derecho a cuidados médicos, a tener oportunidades para un crecimiento y desarrollo normal, y a la confidencialidad.

Se ha hablado de la obligación de no revelar datos ni poner distintivos que permitan la identificación de la enfermedad y del paciente (en historias, biberones...), aunque esto es muy difícil de lograr mientras no se conozcan o no se lleven a la práctica las medidas generales de protección frente a fluidos orgánicos. Hay que abordar también el creciente problema de abandono que sufren estos niños, en la calle o en las propias instituciones sanitarias. El conocimiento del estado serológico es necesario para los futuros padres, así como del pronóstico de forma objetiva y lo más completa posible del significado de las pruebas sistemáticas de detección, riesgo de contagio y formas de transmisión, tratamiento, etc. Se ofrecerá también comunicación y apoyo psicológico adecuado a estas familias, si se decide la adopción (12).

### C. Durante el resto de la infancia.

\* Se debe evitar también la marginación - en medio hospitalario y en la asistencia pediátrica primaria, en las propias familias, en los cuidados de salud-. Es necesario estar atentos para detectar tempranamente malos tratos físicos o psíquicos. Es corriente que sus progenitores estén ausentes o en prisión, con lo cual los niños quedan en manos de abuelos que se hacen cargo o no de ellos, pueden ser separados de sus hermanos, son a veces utilizados para chantajes económicos, etc. Por estos motivos el tema debe ser abordado por un equipo multidisciplinario.

\* Es preciso resolver los problemas en las guarderías y en la escolarización en general, dado el desconocimiento casi total por parte de sanitarios y responsables académicos, de las medidas a tener en cuenta sobre el manejo y cuidado de estos niños. Es de destacar el escaso apoyo por parte de los poderes públicos a sus necesidades sociales (13).

\* En cuanto al medio sanitario, existe un sano y estimulante interés por conocer cuanto antes las características de la infección del VIH en la infancia, pero hay también un desmesurado interés por la novedad y el protagonismo. Lo que está hecho y aceptado no debe repetirse, ya que es muy fácil producir iatrogenia tanto física como psíquica en estos niños y sus familias por los múltiples controles clínicos que se realizan en niños habitualmente sanos, extracciones de sangre cada vez más numerosas y voluminosas, ingresos hospitalarios injustificados, repetición innecesaria de pruebas, etc. Con las mejoras en el seguimiento de estos niños, la esperanza de vida es mayor y la enfermedad debe ser observada como si de otro proceso crónico se tratara (14).

\* A medida que la comprensión del niño aumenta se le puede ir informando de su situación, siempre adecuándose a su edad, contando con sus tutores legales y bajo un apoyo psicológico. Existen en general menos problemas cuando la adquisición de la infección fue por transfusiones, ya que conlleva menos estigmatización y problemas familiares que en los casos por vía vertical (4).

\* Los niños hospitalizados se aislarán en las mismas circunstancias que cualquier otro enfermo no seropositivo.

\* En cuanto al tratamiento de la enfermedad, cada vez se están mejorando más los protocolos. Aún no está bien definido cuándo iniciar el tratamiento antiviral específico en asintomáticos con parámetros inmunológicos normales. Los antivirales utilizados no son inocuos y a la larga el germen crea resistencias que harían ineficaz la terapia. Está en estudio la eficacia de nuevos fármacos antivirales cuyo ensayo en el niño debe ser especialmente cuidadoso y siempre contando con el consentimiento informado de sus progenitores o responsables legales.

En estadios terminales de la enfermedad se deben proporcionar cuidados paliativos para ayudar al niño a afrontar la muerte y que ésta sea lo más digna posible. No cabe duda de la importancia de involucrar a la familia en este programa de cuidados.

\* Otro problema es la situación de los padres -enfermos o portadores- que a veces se niegan a iniciar el tratamiento de su hijo o desean finalizar la situación lo antes posible abandonándolo. En estos casos habrá que intentar dialogar con ellos, buscando el beneficio del niño y dando un apoyo a sus progenitores (información adecuada sobre la enfermedad, tratamientos, pronóstico, etc.)

#### **D. El SIDA en la adolescencia (13,16,17)**

Si bien en la actualidad los adolescentes comprenden una proporción pequeña de personas con SIDA, son la población en crecimiento más rápido de individuos infectados con VIH. Debido a que el proceso de desarrollo del adolescente se caracteriza por conductas arriesgadas, son un blanco vulnerable para esta enfermedad letal.

La prevalencia exacta de adolescentes infectados es sin duda mucho más alta. Aproximadamente un 25% de enfermos de SIDA tienen entre 20 y 29 años de edad. Dado que el periodo de latencia en adultos para la aparición del SIDA sintomático es de unos 7 a 13 años, es probable que muchos -la mayoría de estos pacientes- hayan adquirido el virus durante la adolescencia.

En cuanto a la prevalencia, existen diferencias con los adultos:

1°.- La relación mujer-varón es más cercana a la unidad, debido a que los adolescentes adquieren el virus a través de vía heterosexual en mayor medida que entre los adultos.

2°.- En los adolescentes es más frecuente la forma asintomática.

3°.- En EEUU la infección afecta más a la raza negra e hispana en adolescentes que en adultos.

Por último, las poblaciones minoritarias -al igual que en adultos- son las de mayor riesgo. Los adolescentes corren el peligro de contraer la infección por VIH a causa de conductas sexuales arriesgadas, uso de drogas o ambas cosas. Esta edad, por tanto, debe constituir el objetivo prioritario de las medidas de prevención, ya que un gran número de adolescentes están libres de infección y pueden adoptar en el futuro conductas peligrosas.

La adolescencia tiene unas características propias que la hacen más susceptible de riesgo de contraer infección con VIH:

a) de desarrollo cognoscitivo y emocional. Existen factores que colocan a los adolescentes en situación de mayor riesgo como:

- falta de pensamiento abstracto con previsión de consecuencias;

- identificación con códigos morales de sus compañeros para no ser aislado o despreciado, lo que lleva a más experimentación e influencia externa;

- percepción de inmortalidad e invulnerabilidad, negativa a admitir el riesgo personal, lo que favorece la aparición de conductas arriesgadas múltiples;

- ignorancia de las formas de transmisión y prevención del SIDA. La mayoría están bien informados y por lo general son conscientes de que las abstinencia y el uso del preservativo disminuyen el riesgo de contraerlo, pero siguen existiendo percepciones erróneas acerca de las formas en que el virus se transmite.

Según un estudio americano, los adolescentes se informan de estos temas por radio y televisión en un 47%, por la escuela en un 17%, por revistas o periódicos un 14%, y en un porcentaje mínimo por parte de los servicios de salud. Aunque han mejorado los esfuerzos educativos, esto no se ha traducido en una disminución de las conductas de riesgo.

b) de desarrollo social de conducta:

Los determinantes de la conducta son multifactoriales y pueden incluir autoestima general, habilidades de negociación individuales, percepción de normas de compañeros, percepción de la vulnerabilidad personal, etc.

La actividad sexual a menudo se desarrolla sin barreras y en algunos medios es frecuente ver adolescentes con varias parejas sexuales.

Las E.T.S. en adolescentes en que su prevalencia es alta, se convierten en índice de alto riesgo para la infección VIH. La A.D.V.P. es también una conducta de riesgo aunque los adolescentes pueden compartir agujas de otros modos: mediante la perforación de orejas, tatuajes o en la utilización de esteroides con fines deportivos. Las fugas del hogar ponen al adolescente cerca de conductas como A.D.V.P. o prostitución.

c) de desarrollo fisiológico:

Las mujeres adolescentes son más susceptibles por:

- cérvix con mayor epitelio cilíndrico;

- pH vaginal alterado en relación con el adulto;

- diferente ciclo menstrual con menor número de ovulaciones, menor nivel de progesterona y secundariamente menor mucosa cervical gruesa.

d) sobre las relaciones familiares:

Los conflictos padres-hijos aumentan las posibilidades de que el adolescente se comprometa en situaciones arriesgadas.

### **Consideraciones acerca de las pruebas serológicas VIH en adolescentes.**

Sobre este punto se plantean cuestiones éticas y jurídicas muy complejas. Un resumen de estas cuestiones es el siguiente:

1.-Indicación de las pruebas-justificación en:

- Adolescente con síntomas o signos sugerentes o compatibles con la enfermedad.

- Adolescente embarazada con riesgo de infección.

- Adolescente que adopte conductas de riesgo (A.D.V.P., homosexualidad masculina, múltiples episodios de E.T.S., múltiples parejas sexuales, pareja HIV conocida).

- Adolescente receptor de sangre o derivados antes de 1985.

- Todo adolescente que las solicite.

Se cree que las recomendaciones establecidas para los adultos precisan una cuidadosa revisión antes de ser aplicadas a los adolescentes. No debe imponerse ninguna prueba VIH a los adolescentes, ni deben realizarse pruebas rutinarias o involuntariamente rutinarias (en la realidad se están haciendo). Se dice que en adolescentes víctimas de abusos sexuales o violación, no hay indicaciones generalizadas para la práctica rutinaria de estas pruebas.

## 2.- Consentimiento.

Hay que plantearse:

- ¿A qué edad un adolescente puede dar su consentimiento para ser informado?

- Con los peligros secundarios de las pruebas, ¿pueden los adolescentes dar un consentimiento consciente?

- ¿Tienen derecho a rehusar las pruebas sistemáticas?

La decisión se debe determinar de forma individual y en última instancia debe quedar en manos del adolescente. Una vez que el adolescente y el médico deciden realizar la prueba, adquieren importancia temas de autoridad legal para dar consentimiento y para determinar la función de los padres o tutores legales.

La legislación puede permitir al adolescente dar el consentimiento para la realización de sus propias pruebas. En muchos

sitios se carece de la legislación pertinente. Al igual que los adultos, deben dar consentimiento informado por escrito para la práctica de las pruebas, y deben tener derecho a rehusarlas. El adolescente no debe ser sometido a pruebas VIH sin su consentimiento, a menos que se considere imprescindible para su salud y/o la de otras personas y se haya obtenido un mandato judicial que lo autorice.

Cuando los adolescentes no están autorizados, el consentimiento debe ser dado por el tutor legal.

Consentimiento "informado". Consejo.

Un asesoramiento debe estar disponible antes y después de realizar las pruebas, con la participación de un adulto capaz de proporcionar soporte psicológico-educativo.

El consentimiento debe comprender como mínimo:

- Explicación, completa y adecuada a la edad y cultura del paciente, de los riesgos y beneficios de someterse a las pruebas.

- Especificación de cuál será la información explicitada en la ficha técnica.

- Identificación de las personas que van a tener acceso a la información, incluido el resultado de las pruebas.

- Explicación de la naturaleza de las pruebas y sus implicaciones en caso de que sean positivas o negativas.

- Valorar el estado psicosocial del paciente y los apoyos externos disponibles para el mismo si los resultados fueran positivos.

## 3.- Confidencialidad.

Hay que plantearse:

- ¿Qué derecho tienen los jóvenes al secreto de los resultados de las pruebas?



- ¿Deben comunicarse a los padres los resultados?

- ¿Qué debe hacerse con otros compañeros menores de edad?

- ¿Qué sucede con los adolescentes seropositivos que no cambian su comportamiento altamente peligroso?

Los adolescentes tienen derecho idéntico a la confidencialidad que los adultos y ese derecho puede revocarse si existiera peligro inminente de daño para el paciente u otras personas.

En cuanto informar o no a los padres, los reglamentos varían según los países (en EEUU incluso entre unos estados y otros). Se cree que la mayoría de los médicos concordarían en que en el caso excepcional de que un adolescente se convierta en suicida como resultado de conocer su estado serológico, es obligatorio informar a los padres para proteger al paciente.

En España una actitud muy generalizada es la aceptación de realizar pruebas rutinarias en adolescentes de riesgo o en estudio por otros motivos, con información al paciente y/o a sus padres o tutores del resultado si éste es positivo. Los estudios de seroprevalencia no tienen que vulnerar la confidencialidad del adolescente. Los estudios ciegos son los más apropiados. Si los riesgos sobrepasan los beneficios, no deben realizarse.

#### 4.- Apoyo

\* Esperar a que las medidas de apoyo estén preparadas antes de comunicar el estado serológico y considerar el posible estrés del paciente en el tiempo que media entre la realización de las pruebas y el momento de conocer el resultado.

\* Dar tiempo al adolescente para que exprese sus sentimientos y reacciones.

\* Asesorarle para que comprenda bien los resultados.

\* Repasar de nuevo las vías de transmisión, hablar del riesgo que implican determinados comportamientos y ayudar a marcar los peligrosos.

\* Ayudarle emocionalmente y organizar un asesoramiento continuado si se estima adecuado.

\* Recomendar un seguimiento médico y otros servicios de ayuda.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bueno Sánchez M. Bioética y Pediatría. Anales Españoles de Pediatría, 1991; 34: 409-417.
2. Delgado Rubio A. Todo lo que la sociedad necesita saber sobre el SIDA.
3. Anuario Español de Pediatría, 1994: 39.
4. Monografía sobre el SIDA. *Pediatrika*, Enero 1993.
5. Anales Españoles de Pediatría, 1994; 34: 40-44.
6. Bueno Sánchez M. Bioética y Pediatría. Anales Españoles de Pediatría, 1991; 34: 409-417.
7. Norman Fost N. Ethical issues in Pediatric AIDS.
8. La prueba del VIH en el marco de la salud pública. *SEISIDA*, 1992.
9. Anales Españoles de Pediatría, 1995; 42: 73-77.
10. Anales Españoles de Pediatría, 1995; 42: 250-254.
11. El médico y el SIDA. Previsión sanitaria nacional, cuaderno n° 1.
12. Elorza Arizmendi JF. La adopción de los niños VIH+. Un tema escasamente tratado que requiere soluciones inmediatas. Anales Españoles de Pediatría, 1991; 35: 179-181.

13. Delgado Rubio A. Infección VIH en el niño. Sida en el adolescente. En: Manual SIDA. Guía práctica para el médico general. Madrid: Organización Médica Colegial, 1993: 89-142.

14. Omerriaca Terres F. Recién nacido, hijo de madre VIH. Santander: Actas del Congreso Nacional de Pediatría, 1994: 199-215.

15. Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario del Mar de Barcelona. Epidemiología y control, de la gestante con VIH. Santander: Actas del Congreso Nacional de Pediatría, 1994: 199-215.

16. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida perinatal. En: Clínicas de Perinatología. Barcelona: Interamericana, 1994: 83-105.

17. Neinstein L. Infección por VIH: salud del adolescente. Ed. Prous, 1991: 387-415.