



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba"
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Maracay, Estado Aragua



**MANEJO DEL PROTOCOLO DE ATENCION EN LAS EMBARAZADAS
PORTADORAS DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ASISTIDAS EN
EL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE
2015**

Trabajo especial de grado para optar al título de Especialidad en Obstetricia y
Ginecología

AUTOR:
DR: JACKSON PAZ MACIAS

TUTORA:
DRA: MARYELI MARTINEZ

Maracay, Noviembre 2016

RESUMEN

MANEJO DEL PROTOCOLO DE ATENCION EN LAS EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ASISTIDAS EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE 2015. Autor: Paz, J. Tutor: Martínez, M.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario produciendo un deterioro del mismo, dejando al individuo susceptible a múltiples infecciones oportunistas convirtiéndose en el síndrome inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El objetivo de este trabajo es evaluar el manejo del protocolo a embarazadas portadoras del VIH y establecer las complicaciones presentadas, además de la correcta utilización de la zidovudina a dosis correcta como la indica la organización mundial de la salud (OMS). Se realizó un estudio observacional de campo, cuantitativo, prospectivo, correlacional y de cohorte transversal en 30 gestantes que ingresaron al servicio de emergencia obstétrica del Hospital Central de Maracay en el periodo de enero a diciembre 2015, que se desarrolló en 2 fases la primera de diagnóstico, usando un instrumento para establecer el grado de conocimiento del personal de salud aplicado a 101 individuos, y la segunda como fase evaluativa utilizando 2 instrumentos aplicados a las 30 pacientes. Este trabajo es de vital importancia porque en el Hospital Central de Maracay son atendidos números casos de gestantes portadoras de VIH, en los cuales se puede evaluar la correcta aplicación del protocolo de atención y la adherencia del mismo a las normas internacionales pautadas por la OMS. Resultados: Esta investigación determinó que 98% del personal de salud que labora en el Hospital Central de Maracay posee un adecuado conocimiento de la aplicación del protocolo de atención a las embarazadas portadoras del VIH, y además el cumplimiento de este fue adecuado en el (86.6%) en líneas generales.

PALABRAS CLAVES: Virus de inmunodeficiencia humana, protocolo, embarazo.

ABSTRACT

ATTENTION MANAGEMENT PROTOCOL IN PREGNANT VIRUS CARRIERS HUMAN IMMUNODEFICIENCY ASSISTED IN THE CENTRAL HOSPITAL OF MARACAY PERIOD JANUARY TO DECEMBER 2015. Author: Paz, J. Tutor: Martinez, M.

The human immunodeficiency virus (HIV) infects cells of the immune system resulting in deterioration thereof, leaving the individual susceptible to many opportunistic infections becoming acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). The objective of this study is to evaluate the management protocol to pregnant HIV carriers and establish presented complications as well as the correct use of zidovudine to correct dose as indicated by the world health organization (WHO). A quantitative, prospective, correlational and cross-sectional cohort in 30 pregnant observational field study were admitted to emergency obstetric Central Hospital of Maracay in the period from January to December 2015, the first developed in 2 phases was carried out diagnosis, using an instrument to establish the degree of knowledge of health personnel applied to 101 individuals, and the second as assessment phase using 2

instruments applied to 30 patients. This work is vitally important because at the Central Hospital of Maracay are cared numbers cases of pregnant women with HIV, which can assess the correct application of the treatment protocol and adherence thereof to international standards patterned by WHO. Results: This research found that 98% of health personnel working in the Central Hospital of Maracay has an adequate knowledge of the application of the protocol of care for pregnant HIV-carriers, and also compliance with this was right at (86.6 %) in general terms.

KEY WORDS: human immunodeficiency virus, protocol, pregnancy.

INTRODUCCION

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, produciendo un deterioro progresivo y anulando su función, con la consiguiente "inmunodeficiencia" siendo incapaz de luchar contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se aplica a estadios más avanzados de la infección por VIH, definiéndose por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas, el VIH puede transmitirse por relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas u otros instrumentos punzantes. Así mismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. (1) En el año 1982 se describe por primera vez la transmisión vertical (TV) como la principal causa de infección en niños (más del 90 % de los casos) por el virus de inmunodeficiencia en humano tipo1 (HIV-1), el 79% de las mujeres con serología positiva se encuentran en edad fértil, y la mayoría son asintomáticas y desconocen su situación. En ausencia de medidas preventivas, el riesgo de que una madre infectada transmita el virus a su descendencia oscila entre el 15-25 % en países desarrollados y entre 25-35 % en los países en vías de desarrollo. La transmisión perinatal del VIH representa el 6,7% del total de enfermos de SIDA, la proporción más altas del continente americano está dada por Jamaica con 7,8%; en Estados Unidos y Europa Occidental es cercana a 1%. En los países en vías de desarrollo el porcentaje siempre es más alto como ocurre en Brasil, Argentina, Chile y Uruguay. (2, 3).

En Venezuela desde 1982 hasta 2005 se han registrado 50.000 casos de SIDA, con un ascenso sostenido de casos en las mujeres y en jóvenes de 15 a 25 años. (4) Los primeros casos de transmisión vertical en el país fueron diagnosticados en 1989, ya para 1994 la tasa de transmisión era de 35,4%. Según Vigilancia Epidemiológica, el estado Aragua ocupa el cuarto lugar en toda Venezuela; en 2009 se reportaron 378 casos de VIH y 35 de SIDA, de los cuales 30% son del sexo femenino, entre los que resaltan mujeres embarazadas y jóvenes que no pasan los 22 años de edad, el Municipio Girardot, presenta el más alto porcentaje de casos (4,5) Los avances en el conocimiento de esta enfermedad permitieron establecer los factores que inciden en el riesgo de la TV durante el embarazo, el trabajo de parto, parto o posparto a través de la lactancia. Entre algunos de los factores relacionados la madre, representan riesgo de transmisión una carga viral alta (> 1.000 copias ARN/ml), recuentos absolutos de linfocitos CD4 bajos; en cuanto a los factores relacionados con el virus están las variaciones biológicas y genéticas del VIH, niveles de anticuerpos neutralizantes maternos; en relación con el parto, constituye un mayor riesgo su resolución por vía vaginal, debido al contacto directo de piel y mucosa fetales con secreciones de los genitales y sangre materna infectada durante el parto por hemorragia intraparto, líquido amniótico sanguinolento, desgarros y realización de episiotomía. Referente al parto vaginal un estudio del International Perinatal HIV Group ha demostrado el beneficio de la cesárea programada en la reducción de infección hasta en un 50%, demuestra que la prevención del contagio pierde toda eficacia cuando el parto se ha instaurado o se ha producido rotura de las membranas ovulares (RPM), ya que existe el incremento de riesgo/horario cuando ocurre con más de cuatro horas de anticipación al parto, de forma que cada hora transcurrida aumenta el riesgo de transmisión en un 2%, también múltiples estudios demuestran que embarazadas que llegan al parto con carga viral detectable, esta vía no representaría beneficio (2-6). En relación con el niño, la lactancia materna aumenta el riesgo en 11% demostrándose una relación lineal entre la probabilidad de transmisión vertical y la duración de la lactancia (3,5% tras 5 meses, 7% tras 11 meses, 8,9% tras 17 meses y del 10,3% tras 23 meses) (2,3). Cabe recordar en forma cronológica que en el año 1986 se instituye el Programa Nacional de

Prevención y Control de esta enfermedad, cuya primera medida profiláctica relacionada con la transmisión vertical fue la suspensión de la lactancia materna en hijos de madres seropositivas, en 1994 los resultados del protocolo PACTG 076, estudio del *Pediatric AIDS Clinical Trial Group* de E.U.A. y Francia, demostraron que la administración de zidovudina (AZT) oral en la embarazada hasta el final de la gestación con ciertos criterios de inclusión como tener entre 14 y 34 semanas de gestación con recuento de CD4 > 200/ mm³ además durante el parto y al recién nacido (RN) durante las primeras semanas de vida, disminuía el riesgo de TV del VIH en alrededor de 70%, y a partir de 1998, se incorporó a todas las gestantes en que se pesquisó infección por VIH a distintos protocolos de prevención de TV con uso de tres fármacos (triterapia), en el embarazo con el objeto de lograr carga viral (CV) indetectables en el momento del parto, porque la monoterapia está contraindicada ya que predispone a la resistencia viral (2-6). A inicios del año 2005 se logró incorporar el uso de AZT intraparto con los siguientes recomendaciones 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 clampear el cordón umbilical (se recomienda interrumpir en el lapso de 4 horas) y en el 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 con lo cual se completa el esquema de las tres partes de Zidovudina que recomienda el protocolo PACTG 076 en fase prenatal, durante el nacimiento y postnatal, alcanzando una disminución de la tasa de transmisión vertical desde un 25-30%, la Zidovudina es el antiretroviral más utilizado según la OMS para prevenir la transmisión materno fetal ya que el metabolismo del AZT a la forma de trifosfato activo dentro de la placenta, proporciona protección adicional contra la transmisión en el útero, fenómeno que parece ser exclusivo de la Zidovudina (2-7). En el **Protocolo de Tanzania (Estudio Petra)** se administra Zidovudina 600mg/día VO a partir de la semana 36 de gestación y durante el trabajo de parto 300 mg VO por cada tres horas de duración, y el **Protocolo de Uganda** con la administración de una sola dosis de Nevirapina (200 mg VO) junto con una dosis al recién nacido dentro de

las primeras seis horas de vida, cuando hay dificultades para la administración de AZT endovenoso intraparto teniendo utilidad en las maternas en etapas finales de gestación sin tratamiento previo o en trabajo de parto sin reemplazar el uso de antirretrovirales planteados, logrando una disminución de la TV hasta de un 50% (5). Desde 1997, el equipo de salud está obligado por Ordenanza de Salud Pública a ofrecer el test de VIH a toda mujer embarazada, y en 1999, se implementó la cesárea programada a toda mujer infectada por el VIH y el triple plan con antirretrovirales (ARV) durante el embarazo. Por lo que se han obtenido disminuciones significativas de la transmisión del VIH de madre a hijo (1-2%), en las mujeres incorporadas en protocolos de profilaxis logrando reducir inicialmente de 9,5% en la última evaluación, realizada entre 1998 y julio 2005, es de 2%. (7-9). Por otro lado, se ha instituido el concepto de bioseguridad como norma internacional para evitar el contagio al personal en contacto con los pacientes infectados con VIH; y lo adaptó como plan ***para disminuir los riesgos*** de la TV debido a que establece barreras para evitar la exposición directa a sangre u otros fluidos en potencia contaminantes; en este sentido en Estados Unidos en 1987 se recomendó una política de control de la infección, que denominaron Precauciones Universales, de las cuales se implantaron ***Normas en el área de ginecología-obstetricia para la atención pacientes VIH positivos*** que según la Corporación de Salud del estado Aragua se determina adoptar todas las medidas de bioseguridad recomendadas en las precauciones estándar para sangre y líquidos como el uso permanentemente y durante todos los procedimientos del kit de bioseguridad constitutivo de: bata quirúrgica, lentes de seguridad, mascarillas, guantes, gorro, botas, campos quirúrgicos, disponer adecuadamente los desechos y el material contaminado en solución desinfectante, desde su producción en sala de parto, para que salga descontaminado antes de ir al área de lavado o se maneja como basura infectada sellada rotulada como “Riesgo Biológico”; placenta membranas y cordón (deben ser incinerados). Evite en lo posible la anotomía y episiotomía, durante el alumbramiento examinar la placenta por escurrimiento por gravedad. En caso de pinchazo o herida accidental, retirar los guantes, dejar sangrar la zona, lavarse con agua y jabón abundante, informar el accidente a salud ocupacional para asesoría y seguimiento (4, 9,10).

En cuanto a las **normas de atención en quirófano** utilizar la mesa de Mayo de transición (Doble mesa de mayo) con el fin de evitar entregar instrumentos directo a la instrumentadora allí colocar el instrumental con 2 ó 3 mangos de bisturí preparados para evitar cambiar hojas de bisturíes, no introducir la mano para buscarlos, no retapar agujas, colocarlas sobre una gasa estéril en la bandeja. Maneje el instrumental, equipos y superficies del área quirúrgica siguiendo las técnicas de asepsia con antisépticos preferiblemente cloro diluido 1/10 y glutaraldehído al 2% y esterilización específicas para cada elemento. Si por alguna razón el parto fue por vía vaginal debe bañarse al recién nacido inmediatamente. Evitar la lactancia materna con garantía del suministro de leche maternizada (10). La OMS, junto con otras agencias, promueve en un documento publicado en el 2003 un **CIRCUITO PARA LA PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH** en 5 pasos:

1. Detección precoz a través de pruebas rápidas de determinación en el control prenatal o al ingreso en salas de partos con la extracción de muestra de sangre en tubo Vacutainer® con tapón amarillo (separador de suero) para ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay), técnica que detecta anticuerpos anti-VIH en el suero de los pacientes, con dos test de ELISA positivos, se efectúa un tercer ELISA con otra muestra de suero del mismo paciente, y en el caso de ser nuevamente positivo, se realiza una prueba de confirmación (Western blot o Immunoblot). Asimismo se pueden realizar exámenes de CV y estudiar las poblaciones linfocitarias (PL) en los casos con serología positiva conocida, se explicará a la paciente la necesidad de la aplicación del protocolo farmacológico y se firmará el consentimiento informado redactado a tal efecto
2. Medidas farmacológicas como el uso de profilaxis antirretroviral administrada durante el embarazo y el parto (TARV), el neonato debe recibir TARV antes de 6 horas de nacer que debe mantenerse durante las primeras seis semanas de vida,
3. Cesárea programada a las 38 semanas de gestación con carga viral por encima de 1000 copias por mililitros en los momentos cercanos al parto y mantener membranas intactas;
4. Medidas de bioseguridad que garanticen la protección al feto y al personal de salud que intervengan en la atención del parto/cesárea y
5. Supresión de la lactancia materna, debiendo ser alimentado con leche artificial (2,4,9-12).

Según ONUSIDA, el porcentaje de embarazadas

seropositivas que recibieron medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil de VIH en Venezuela para el año 2011, fueron solo 33.45 %; y la transmisión madre-hijo, según este programa, para ese año fue de 25.47%. En líneas generales debido a la deficiencia de medidas preventivas, aproximadamente el 35% de los infantes podrían ser infectados. Se estima que, de ese total, serán infectados el 7% durante el embarazo, el 13% durante el parto y el 15% a través de la lactancia materna. Sin medidas preventivas la tasa de transmisión materno-infantil reportada en los países en desarrollo varía de 25% a 48%. Con la incorporación de antirretrovirales, adhesión al tratamiento, más la sustitución de la lactancia materna y con realización de cesárea se ha evidenciado una tasa de transmisión inferior al 2%. (5, 8, 9,11). Lo que reafirma que la medida fundamental para disminuir los casos de infección por VIH en niños, es la pesquisa universal en las embarazadas, de manera que accedan en forma oportuna a protocolos de profilaxis. Por lo descrito anteriormente, es preciso evaluar el manejo del protocolo de atención en el Hospital central de Maracay, como centro de referencia para la atención de pacientes embarazadas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana en el periodo Enero a Diciembre 2015, es de vital importancia que el personal de salud conozca las normas de bioseguridad y apliquen el protocolo de atención de las embarazadas portadoras del VIH, conozcan los conceptos básicos, medios de transmisión y medicamentos que se usan en dicho protocolo, justificando la presente investigación ya que se destaca el papel que desempeña el personal de salud de Ginecoobstetricia en el manejo, tratamiento y sobretodo el trabajo preventivo de dicha patología (2,10-12).

Por lo que se plantean objetivos para lograrlo como establecer la fase diagnóstica del estudio a través del grado de conocimiento que posee el personal de salud que maneja el protocolo a cumplir en la atención de las pacientes portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana, caracterizar a la población estudio de acuerdo a la condición clínico-epidemiológica, así como evaluar las normas por parte de personal de salud para el cumplimiento del protocolo de atención e interrupción de la gestación en pacientes portadoras del Virus de inmunodeficiencia humana y por ultimo relacionar el grado de conocimiento con el cumplimiento de las normas.

MATERIALES Y METODOS

El presente trabajo es un estudio epidemiológico observacional descriptivo y cualitativo, de tipo transversal, se encuentra dentro de las líneas de investigación del departamento como epidemiología en ginecología y obstetricia.

El trabajo final se desarrolló en 2 fases consecutivas:

En la primera fase o **Fase Diagnostica**, la población estuvo conformada por el personal que se desempeña en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central de Maracay de un total de 251 individuos, siendo considerados igualmente como muestra estratificada, donde se escogió un valor ponencial del 40% a cada estrato, los cuales fueron constituidos por 72 Residentes de post grado distribuidos así: Ginecoobstetricia Primer Nivel 10 residentes, Segundo nivel 12 residentes, tercer nivel 10 residentes, Pediatría Primer nivel 12 residentes, Segundo nivel, 11residentes, Tercer nivel 11 residentes; Anestesiología Primer nivel 4 residentes , Segundo Nivel 1 residente, Tercer nivel 1 residente, y 21 Especialistas de los servicios de Ginecoobstetricia 11, Pediatría 5 y Anestesiología 6, Licenciadas en enfermería 7.

Además se realiza una investigación tipo encuesta, aplicando un instrumento tipo cuestionario (Anexo 1) el cual fue validado previamente a través del juicio de 3 expertos, estructurada con 45 preguntas de respuestas dicotómicas cerradas y 7 preguntas de selección simple, aplicada a 101 individuos que hacen parte del personal de salud del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central de Maracay de quienes se encontraban en relación directa con las pacientes portadoras del VIH en la emergencia obstétrica, acerca del grado de conocimiento y aplicación del protocolo de bioseguridad en las pacientes embarazadas portadoras de Virus de inmunodeficiencia humana; El método de puntuación de la encuesta para clasificar el grado de conocimiento actual, fue a través de la escala de Lickert (13) donde se le otorga 1 punto a cada pregunta de ser negativa y 5 puntos a las afirmativas y dando una calificación de 0 - 65 puntos como conocimiento inadecuado, de 66 – 130 puntos: deficiente, de 131 – 195 puntos como aceptable y de 196 – 260 puntos como adecuada. (Cuadro 1).

CUADRO 1. VALORACIÓN DE MANEJO DE CONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN E INTERRUPCIÓN DE ÉMBARAZADAS PORTADORAS DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Ponderación	Valor Mínimo	Valor máximo
Inadecuado	0	65
Deficiente	66	130
Aceptable	131	195
Adecuado	196	260

La segunda fase, o **Evaluación**: La segunda población representada por 30 pacientes embarazadas portadoras de virus de inmunodeficiencia humana a quienes se les interrumpió la gestación en el Hospital Central de Maracay y a quienes se les evaluó el cumplimiento del protocolo propiamente dicho, cuya técnica de recolección de datos fue la observacional, y consistió en la aplicación de dos instrumentos, el primero denominado ficha personal de datos donde se registró datos básicos de la totalidad de las pacientes portadoras de VIH ingresadas en el servicio de la emergencia obstétrica y a quienes se interrumpió su gestación por cualquier vía en el período Enero a Diciembre del 2015, en las que se aplicó una ficha patronímica que aporte los datos socio epidemiológicos y antecedentes clínico-obstétricos, previo consentimiento informado donde se manifiesta su voluntad de participar en el estudio, que consta de 37 preguntas.

El segundo instrumento, denominado ficha evaluativa aplicado a 30 embarazadas ingresadas VIH positivo que permitió evaluar el cumplimiento del protocolo, que consta de 60 preguntas de respuestas dicotómicas cerradas, correlativa con los datos obtenidos en la primera fase, para el cual también, se planteó un esquema de evaluación constituido por un método de puntuación a través de la escala de Lickert (13) donde se le otorga 0 punto a cada pregunta de ser negativa y 2 puntos a las afirmativas y dando una calificación de 0 - 30 puntos como conocimiento inadecuado, de 31 – 60 puntos: deficiente, de 61 – 90 puntos como aceptable y de 91 – 120 puntos como adecuada. (Cuadro 2)

CUADRO 2. VALORACIÓN DE MANEJO DE CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN E INTERRUPCIÓN DE ÉMBARAZADAS PORTADORAS DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Ponderación	Valor Mínimo	Valor máximo
Inadecuado	0	30
Deficiente	31	60
Aceptable	61	90
Adecuado	91	120

Análisis Estadístico: se vació la información de las variables en base de datos tipo Excel 2007, y se analizó a través del sistema de procesador de datos IBM-SPSS v 20 (Statistical Package for the Social Sciences), de forma tal que para el análisis estadístico descriptivo de cada dimensión, se usa para las variables cuantitativas la frecuencia absoluta y relativa, promedio o media, desviación estándar, y cuyos resultados son presentado en tablas para su mejor visualización, análisis y discusión.

RESULTADOS FASE DIAGNOSTICA

Tabla 1.1. Grado de conocimiento del personal de salud a cerca del protocolo de VIH en embarazadas.

Participante	Aceptable	%	Adecuado	%	Total	%
Enfermeras	2	28,5	5	71,4	7	6,93
Residentes Obstetricia			32	100	32	31,68
Residentes Pediatría			34	100	34	33,66
Residentes Anestesia			6	100	6	5,94
Especialistas Obstetricia			11	100	11	10,89
Especialistas Pediatría			5	100	5	4,95
Especialistas Anestesia			6	100	6	5,94
Total	2	1,98	99	98,02	101	100

Al realizar la fase diagnóstica de la investigación a través del grado de conocimiento que posee el personal de salud que maneja el protocolo a cumplir en la atención de las pacientes portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana, el 98,02% del personal tiene conocimiento adecuado solo 1,98% fue aceptable que corresponde a las Licenciadas de enfermería.

Tabla 1.2 Ítems de acuerdo a menor proporción de conocimiento

Nro.	Ítem	f	%
1	Utilizar la mesa de transición de Mayo la instrumentista	81	80,0
2	Bañar de inmediato del Recién Nacido en caso de parto vaginal	69	68,1
3	Acerca de los valores de carga viral (CD4)	60	59,4
4	Firmar un consentimiento informado	54	53,1
5	La paciente cumpla carga viral reciente	54	53,1
6	Existencia del sistema Vacutainer para la toma de muestra de las pacientes	50	49,1
7	Según su conocimiento, cual es el protocolo a seguir	47	46,1
8	Inicio protocolo en que semana embarazo	46	45,9
9	De cuando debe realizar la Amniorrexis	42	41,2
10	Ante la carencia de antirretrovirales que hacer	35	34,9
11	La dosis de retroviral inyectable	30	29,3

Al hacer una ponderación entre los 11 primeros ítems de acuerdo con la proporción de desconocimiento, se encuentra en los tres primeros lugares, está el de conocer que la instrumentista debe usar doble mesa de mayo con el 80% de desconocimiento, le sigue el deber de bañar inmediatamente al recién nacido en caso de parto vaginal con el 68,1% y en tercer lugar de los valores de carga viral y CD4 al ingreso para poder programar la cesárea con el 59,4%, y aunque en una menor proporción (29,3%) pero no menos importante es desconocimiento de la dosis de retroviral inyectable.

RESULTADOS: FASE EVALUATIVA DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LAS EMBARAZADAS PORTADORAS DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Tabla 2.1 Características clínico - obstétricas de las pacientes portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana

	Variables	f	%
Edad	14 a 19	4	13,33
	20 a 29	19	63,33
	> 30	7	23,33
Paridad	Primigesta	10	33,33
	2 a 4	12	40
	>5	8	26,66
Cantidad de CPN	< 4	7	23,33
	> 5	23	76,67
Edad gestacional de inicio CPN	< 13	19	63,33
	> 13	11	36,67
Edad gestacional interrupción	30 a 36	6	20
	37 a 39	24	80
Causa interrupción	Electiva (Embarazo a término)	17	56,67
	Trabajo parto	9	30
	RPM	2	6,67
	Otros	2	6,66
Total		30	100

**ss. Semanas

Al Identificar las características clínico - obstétricas de las pacientes portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana a aplicar protocolo, se evidencia que en cuanto a la edad, esta fue de 14 a 37 años con un promedio de $25,33 \pm 5,6$ años, siendo el grupo de edad entre 20 a 29 años el más frecuente con el 63,33%, en relación a las características obstétricas de las gestantes en estudio en cuanto a la paridad esta se ubicó de 1 a 6 gestas con un promedio de $2,47 \pm 0,5$ gestas, siendo el grupo de 2 a

4 gestas el más frecuente con el 40% seguido de las Primigesta con el 33,33 %, ya hondando en la esfera obstétrica en relación al control prenatal el 100% de ellas lo realizo en la red asistencial publica y en cuanto al número de controles prenatales (CPN) este fue entre 2 a 10 con una media de $6,10 \pm 2,2$ controles, siendo el grupo de >5 controles el más frecuente con el 76,67%, y sobre la edad gestacional en que acudieron a su primer control este estuvo entre 4 a 36 semanas de gestación con un promedio de $13,47 \pm 8,4$ semanas siendo el grupo de < 13 semanas el más frecuente con el 63,33%. La edad gestacional de interrupción fue más frecuente entre las 37 a 39 semanas con el 80%, y la causa de mayor frecuencia fue la electiva con el 56,67% seguida del trabajo de parto con el 30%, Ruptura Prematura de Membranas (RPM) con el (6,6%), Preeclampsia grave e hipocinesia fetal con (3,33%) respectivamente, en este orden cronológico la totalidad de las pacientes se interrumpió por Vía Alta (Cesárea) de las cuales el 50% fue por cirugía de emergencia y el otro 50 % fue programada, no habiendo ninguna complicación durante el acto quirúrgico.

Tabla 2.2 Características clínico - obstétricas de las pacientes portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana según Diagnóstico y Tratamiento

	Variables	F	%		f	%
Momento del Diagnóstico	PRECONCEPCIONAL	11	36,67	< 1 año	4	36,36
				2 a 4 años	6	54,55
				> 6 años	1	9,09
	EMBARAZO	19	63,33	< 13 ss.	4	21,05
				14 a 27 ss.	7	36,84
				28 a 36 ss.	6	31,58
Recibe TTO				> 36 ss.	2	
	SI	27	90,00	Preconcepcional	11	40,74
				Embarazo	16	59,26
	NO	3	10,00			

Al identificar el momento del diagnóstico en el 63,33% fue durante el embarazo, pero a discriminar en relación a el tiempo en las gestantes con diagnóstico preconcepcional medido en años este fue desde menos de < 1 a 7 años con un promedio de $1,13 \pm 1,9$ años siendo el grupo 2 a 4 años el más frecuentes con el 54,55%, ahora en el grupo en el que se realizó el diagnóstico durante su gestación el promedio fue de $13,8 \pm 13,67$ semanas siendo el grupo de 14 a 27 semanas el más frecuente con el 36,84%, de la misma forma al interrogar sobre si reciben tratamiento o no el 90% de ellas fue afirmativa la respuesta, y el momento en que lo recibieron en mayor proporción fue en periodo gestacional en el 59,26%.

Tabla 3.1 Esquemas de Tratamiento Farmacológico Antirretroviral prenatal

			F	%
TTO DOSIS	PLAN 1	Lamivudina 150 mg / Zidovudina 300 mg /Lopinavir 200 mg / Ritonavir 50 mg	13	48,15
	PLAN 2	Lopinavir 200 mg /Ritonavir 50 mg / Abacavir 600 mg/ Lamivudina 300 mg	8	29,63
	PLAN 3	Lamivudina 150 mg / Zidovudina 300 mg (*Ritonavir 100mg o *Abacavir 600 mg ó *Atazanavir 300 mg)	3	11,11
	PLAN 4	Lopinavir 200 mg / mg Lamivudina 300 mg (*Ritonavir 50 mg o * Abacavir 600 mg	2	7,41
	PLAN 5	Lopinavir 200 mg / Abacavir 600 mg	1	3,7
TOTAL			27	100

El 100% del tratamiento es politerapia, y en el 48,15% fue el Plan 1, seguido del Plan 2 con 29,63% el Plan 3 que tiene como principales componentes la Lamivudina

150mg/ Zidovudina 300 mg, combinado con Ritonavir 100mg, Abacavir 600 mg o Atazanavir 300 mg con el 11,11% se encuentra en el tercer lugar.

Tabla 4.1 Cumplimiento del Protocolo Antirretroviral para interrupción (momento del parto)

		f	%		f	%
Cumplió protocolo	SI	30	100	USA076	28	93,33
				Tanzania	2	6,67
	NO	0	0			

Por último al establecer el nivel de cumplimiento del protocolo antirretroviral previo a la intervención quirúrgica en el 100% se cumplió previamente, usando en su gran mayoría el protocolo USA076 con el 93,33%, el resto se cumplió con el protocolo de Tanzania en el 6,67%, por disponibilidad en el servicio en el momento de la interrupción.

Tabla 5.1 Valoración de manejo de cumplimiento del protocolo de atención e interrupción de embarazadas portadoras de VIH

	F	%
PONDERACION		
ADECUADO	26	86,6
ACEPTABLE	4	13,4

Al evaluar las normas por parte de personal de salud para la atención e interrupción de la gestación en pacientes portadoras de Virus de inmunodeficiencia humana según la escala de Lickert utilizada en el instrumento denominado ficha evaluativa en el 86,6% de las pacientes atendidas el cumplimiento del protocolo fue adecuado

según la puntuación obtenida, (91a 120 puntos) y el restante 13, 4% fue aceptable con una puntuación obtenida de (61 a 90 puntos).

Tabla 5.2 Valoración de circuito de profilaxis para embarazadas portadoras de virus de inmunodeficiencia humana

Nro.	Cumplimiento del Protocolo	%
1	Detección precoz de la infección	90
2	Manejo farmacológico del protocolo antenatal	90
3	Interrupción de la gestación programada por cesárea con medidas adecuadas	100
4	Medidas de bioseguridad en la atención de la embarazada	80
5	Medidas de bioseguridad en el quirófano para protección del personal	80
6	Medidas de bioseguridad para material de riesgo biológico	20
7	Medidas de bioseguridad para neonato	100
8	Supresión de la lactancia reemplazo con alimentación artificial al neonato	100
9	Cumplimiento de antirretroviral al neonato en primeras horas de vida	100

Cabe destacar que el manejo del protocolo se cumple adecuadamente con la finalidad de disminuir la transmisión vertical en un 100% en la interrupción por Cesárea programada, medidas relacionadas directamente con el neonato como bioseguridad, supresión de lactancia y garantizar tratamiento antirretroviral.

Tabla 5.3. Ítems con menor proporción (puntos débiles) de manejo del protocolo de atención en las embarazadas portadoras de VIH

Nro.	Fallas en el Protocolo	%
1	El instrumentista NO utiliza Mesa de transición (doble mesa de mayo) para el manejo del instrumental	80
2	El instrumentista NO maneja adecuadamente el instrumental para este tipo de casos	80
3	NO se utiliza el sistema Vacutainer para la toma de muestra de las pacientes portadoras de virus de inmunodeficiencia humana a su ingreso	80
4	La paciente NO firma un consentimiento informado para recibir el tratamiento antirretroviral	80
5	La ropa utilizada NO se empaca en bolsas rojas (riesgo biológico), por falta en el servicio.	80
6	NO Se dispone de desinfectante adecuado para las áreas que estuvieron en contacto con los desechos biológicos, por falta en el servicio.	80
7	El kit utilizado actualmente para el protocolo de VIH NO es el adecuado, está incompleto.	80
8	El médico anesthesiólogo NO usa kit de bioseguridad completo	80
9	NO existen adiestramientos periódicos o recurrentes en los protocolos de manejo o atención de pacientes portadoras de VIH.	80

Al discriminar los ítem de menor manejo por parte del personal de salud, el personal instrumentista no usa el equipo indicado como la doble mesa de mayo, no se le toma la muestra a la paciente a su ingreso con el sistema Vacutainer, y no se firma el consentimiento informado para aplicar el protocolo al cual será sometida la paciente

explicando los riesgos del mismo, no existe los medios adecuados de manejo de desechos biológicos, no se dispone de la cantidad suficiente de desinfectante para el área quirúrgica, y por ultimo en mencionar es el hecho de que el kit está incompleto según las normativas que indica el protocolo de VIH.

DISCUSIÓN

Esta investigación determinó que 98% del personal de salud que labora en el Hospital Central de Maracay posee un adecuado conocimiento de la aplicación del protocolo de atención a las embarazadas portadoras del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que asistieron a este centro de salud en el período comprendido entre enero a diciembre de 2015. Si bien existe conocimiento profesional adecuado del personal de salud en el Hospital Central de Maracay para la aplicación del protocolo de atención a las embarazadas portadoras del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que fueron atendidas en este centro; queda aún espacio para mejorar la aplicación de ese protocolo entre el personal de la institución con readiestramiento y la instrumentación de cursos regulares.

En todos los casos se aplicó el protocolo conforme a los lineamientos de la institución. No obstante, de las pacientes atendidas, el cumplimiento del protocolo fue adecuado (86,6%) en líneas generales.

Entre las mayores deficiencias en la aplicación del protocolo se observó en grado descendiente: a) La no utilización de la Mesa de transición de Mayo por la instrumentalista (80%); que compromete la integridad y expone a riesgos de contagio al personal que interviene durante la interrupción (Cesárea) b) No bañar a los recién nacidos en los casos de partos vaginales (68,1%), lo que aumenta el riesgo de transmisión vertical en casi 10%, este desconocimiento se recarga sobre los médicos residentes y especialistas en pediatría y el personal de enfermería ya que sobre ellas está la atención inmediata del neonato y c) Desconocimiento de los valores de la carga viral (59.4%) que está relacionada con la condición adecuada que debe poseer la embarazada para la interrupción de la gestación ya que como se discutió al tener

conocimiento de los valores de CV indetectables en el momento del parto disminuyen los riesgos de transmisión vertical.

Las características clínico-obstétricas de las pacientes portadoras de VIH indicó que el grupo etario predominante fue entre 20 a 29 años; con paridad de 2 a 3 partos; con más de cuatro controles prenatales, y 63,3% de los mismos iniciándose con menos de 13 semanas de gestación, lo alarmante fue que el 63,3% fueron diagnosticadas con VIH durante el embarazo, cabe destacar que el inicio precoz del control prenatal permitió detectar la infección durante el primer trimestre e integrar a estas embarazadas en los protocolos de profilaxis de transmisión materno-fetal por lo que puede concluirse que gracias a la captación en el control prenatal se logró la inserción a los programas oportunamente, en contraste con el estudio de Damasceno (2013) que un porcentaje considerable de embarazadas (25,6%), la terapia antirretroviral se inició con más de 28 semanas de embarazo, y de estas, el 76,1% habían recibido el diagnóstico de VIH durante el curso del embarazo, lo que muestra la importancia de las medidas que facilitan el acceso de la embarazada no solo al examen, sino también al tratamiento (14), por otro lado en un estudio de Pietrani (2010) se encontró que las edades promedio para diagnóstico de VIH positivo es de 35,5 años, con igual paridad lo que indica que la población de mujeres en edad fértil en Aragua se está contagiando en un grupo estrato más joven, lo que haría suponer que las políticas públicas de información de los medios de contagio de la enfermedad probablemente no están generando cambios de conducta previsible (sexual) en la sociedad (15).

Entre los esquemas de tratamientos antenatales aplicados fueron 5 planes de antirretrovirales combinados, prevaleciendo el esquema politerapéutico (Plan 1) conformados por Lamivudina + Zidovudina + Lopinavir + Ritonavir, por lo que una vez ingresadas al programa de prevención se le garantizó la disponibilidad terapéutica con gran amplitud del espectro, similares a los encontrados en Brasil en 2013 por Damasceno que cumplieron politerapia y lo importante es garantizarlo a la embarazada con el fin de disminuir la transmisión vertical.

De la población estudiada el 90% embarazadas recibieron tratamientos (11 preconcepcional y 16 durante el embarazo) y 3 (10%) embarazadas no recibieron tratamientos durante el período de estudio ya que el diagnóstico se realizó intraparto, al igual que un trabajo realizado por Álvarez y colaboradores en Cuba 2007 la no administración de AZT durante la gestación se debió al diagnóstico tardío de la infección materna (postparto o a finales del embarazo) pero fue en mayor proporción con el 15.4 % comparado con el presente estudio y en contraste el cumplimiento del tratamiento fue de apenas 40%, por lo puede decirse que en el hospital central de Maracay se cumplen las normas según estándares internacionales (13).

La edad gestacional de interrupción predominante fue entre 37 a 39 semanas (80%), y atribuidos mayormente (56.7%) a embarazos a término, en su totalidad por cesárea programada, sin embargo un grupo de embarazadas tuvo que ser interrumpida ya por emergencia debido a que se presentó en trabajo de parto, Ruptura Prematura de Membranas, Preeclampsia grave e hipocinesia fetal pero a la totalidad de la población se le cumplió el protocolo de tratamiento intraparto basado en el PACTG 076 que es el recomendado por OMS, aunque a 2 se le cumplió el de Tanzania (estudio PETRA) se resalta que se le garantizó el cumplimiento de profilaxis, al igual que Damasceno (2013) que el 100% de los recién nacidos recibieron el AZT oral en jarabe en las primeras horas de vida y se destaca la importancia de la cesárea electiva muy por encima del mismo estudio de Álvarez y cols (2007) donde el 89.4% de los niños analizados nacieron por cesárea y se le garantizó el tratamiento (13).

En el control prenatal de las embarazadas con VIH no dispone del resultado de las pruebas de carga viral, lo que compromete la actuación de los obstetras en la decisión de la mejor vía de cómo la cesárea ya que los estudios confirman que sólo si la CV es menor a 1000ml/l tiene gran repercusión en la prevención de la transmisión materno-fetal aunque fue posible evidenciar que los profesionales procuraron adoptar todas las medidas recomendadas para la prevención de la transmisión vertical, pues entre las mujeres que fueron sometidas al parto por cesárea y con menor número de rotura de membranas ovulares fue más frecuente la administración de AZT intraparto, todo lo anterior coincide con Damasceno (2013).

Entre las deficiencias en el manejo del protocolo se destacan: El instrumentista no maneja rutinariamente para el instrumental de estos tipos de casos, no se utiliza el sistema Vacutainer para la toma de muestras de las pacientes portadoras de VIH al momento de su ingreso, las pacientes no firman un consentimiento informado para recibir tratamiento antirretrovirales, no se desecha la ropa utilizada en las bolsas de riesgo biológicos, no hay disponibilidad de desinfectantes adecuados para limpieza de las áreas que estuvieron en contacto con los desechos biológicos y el kit utilizado para el protocolo no es adecuado por encontrarse incompleto.

A pesar de que el tema de bioseguridad ha sido ampliamente discutido a nivel internacional, no existen estudios que proporcionen información relevante, cuantitativa o cualitativa sobre el cumplimiento de las normas de bioseguridad de una manera general en las instituciones de salud de nuestro país, para efectuar una comparación de estos resultados con los encontrados en esta investigación. Sin embargo, existen estudios acerca del cumplimiento y conocimiento de las normas en áreas más específicas como por ejemplo en la higiene de las manos, o en personal como el de enfermería. Es por esto que este estudio puede ser la base para la realización de investigaciones en áreas específicas, en este hospital y en los centros de salud locales. Se puede tomar como base proyectos internacionales, por ejemplo: “First global patient safety challenge, clean care is safer care” de la OMS.

Existe una brecha importante en las normas básicas de vigilancia y observancia en la aplicación del protocolo, bien sea por omisión o la carencia de insumos básicos que deben ser subsanadas por una supervisión más frecuente y la procura de los insumos indispensables por parte de los responsables de la buena marcha de la institución.

En cuanto al *CIRCUITO PARA LA PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL* se concluye que la detección precoz a través de pruebas rápidas de determinación en el control prenatal o al ingreso en salas de partos es ADECUADO, habiendo una fortaleza en el programa ya que detectó pacientes infectadas intraparto y pudo cumplirse medidas farmacológicas y de bioseguridad sin embargo hay una debilidad en los casos de cesáreas programadas ya que no se realizan exámenes de Carga

Viral y estudio de las poblaciones linfocitarias (PL) en los casos con serología positiva conocida, esta debilidad esta correlacionada con la falta de conocimiento por parte del personal en la solicitud de estos exámenes paraclínicos.

Así también el cumplimiento farmacológico triterapia antenatal es ADECUADO ya que las pacientes ingresaron al programa de atención prenatal de pacientes embarazadas portadoras de VIH garantizando la politerapia e incluso hasta el momento del parto y postparto tanto para ella como para el neonato.

En cuanto a las Medidas farmacológicas como el uso de profilaxis antirretroviral es ADECUADO, gran fortaleza porque se cumplió a cabalidad según protocolo de estándares internacionales como el USA 076, y aun sin haber disponibilidad de Zidovudina endovenosa se utilizó el protocolo de Tanzania, aunque un pequeño grupo presentó deficiencias en el conocimiento del cumplimiento vía de administración y protocolos de segunda línea a utilizar en caso de deficiencias de los fármacos tradicionales.

Así mismo la cesárea programada a término es ADECUADA, siendo otra fortaleza ya que aún en casos de emergencia se utilizó tal vía de interrupción garantizando la disminución de la transmisión vertical, sin embargo hay que reforzar en el conocimiento del personal que debe evitarse la Amniorrexis.

En este mismo sentido en relación a las medidas de bioseguridad en el personal de salud es DEFICIENTE, siendo el eslabón más débil en el programa de atención y en especial en quirófano ya que no se garantiza protección al personal por falta de adiestramiento y desconocimiento, además del uso de kit de bioseguridad incompleto mas por falta institucional que por desconocimiento de su uso.

En este mismo marco de ideas la medidas de bioseguridad de atención a la madre y al neonato es ACEPTABLE, más por desconocimiento en atención al recién nacido en caso de ocurrir parto vaginal que la falta de atención en sí.

La supresión de la lactancia materna, debiendo ser alimentado con leche artificial, es ADECUADO puesto que se cumple cabalmente, así como la proporción de la terapia antirretroviral al recién nacido.

Por último, se puede concluir que la realización del examen serológico para VIH durante el embarazo es una medida eficaz para un buen control prenatal. La detección temprana beneficia a las mujeres y sus recién nacidos, ya que la transmisión del VIH puede ser evitada con la aplicación de medidas profilácticas.

Por lo ya descrito cabe recomendar el crear la consulta preconcepcional, para así realizar una captación precoz de las gestantes de forma obligatoria y gratuita al control prenatal así como en este garantizar el test de detección HIV en el control prenatal de manera obligatoria y gratuita para así garantizarles los medicamentos antirretrovirales adecuados de manera gratuita y oportuna, y en otro caso mantener el abastecimiento del servicio de urgencia obstétrica con los medicamentos que se usan en el protocolo actual para transmisión vertical.

Se debe hacer énfasis en cuanto la atención de la paciente solicitar la carga viral en la consulta de control prenatal o especializado de alto riesgo obstétrico, durante su ingreso por el servicio de urgencia obstétrica realizarle un consentimiento informado sobre el protocolo de transmisión vertical de VIH.

No menos importante es el motivar al personal de salud que labora en el servicio de Ginecoobstetricia para que se capaciten en la aplicación de los protocolos y medidas de seguridad como parte de su desarrollo personal y profesional, y en relación al acto quirúrgico capacitar a la instrumentadora quirúrgica sobre el uso de la mesa de transición de mayo y el material médico quirúrgico, así también al personal de camareras para una buena disposición de los desechos biológicos.

En orden de mayor importancia actualizar al personal de enfermería y residentes de pediatría para inculcar el baño del recién nacido en caso de presentarse parto vaginal la cual hace parte del protocolo de transmisión vertical para VIH y el definir estrategias que permitan la supervisión y aplicación a cabalidad de los protocolos y medidas de bioseguridad.

Cabria resaltar el realizar trabajos prospectivos en los recién nacidos de madres portadoras de VIH que recibieron antirretrovirales y se les aplico el protocolo para determinar el índice de transmisión vertical y así medir la eficacias de la aplicación del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización mundial de la salud, temas de salud VIH/SIDA. https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/2012.
2. Ana Chávez P., Ana M. Alvarez P., Elba Wu H., Anamaría Peña D., Eloísa Vizueta R. y Comité Nacional de SIDA Pediátrico Evolución de la transmisión vertical de la infección por virus de inmunodeficiencia humana en Chile, Sociedad Chilena de Pediatría
3. Ana Chavez P.¹, Ana M. Alvarez P.¹, Elba Wu H.¹, Transmisión vertical de la infección por virus de inmunodeficiencia humana: Impacto de la aplicación del protocolo ACTG 076 en Chile Comité Nacional de SIDA Pediátrico, Sociedad Chilena de Pediatría
4. Jorge Quián*, Stella Gutiérrez*, Cristina Zabala†, Virginia González‡, Psic. Elena Bernadá§, Dra. Silvia Guimil, Asist. Sociales Virginia Galeano††, Belén Amorín‡, Lucía Apolo‡, Mariana Castro‡ Oportunidades perdidas para evitar la transmisión materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana; Uruguay 2005-2007
5. Organización mundial de salud/datos y estadísticas. <https://www.who.int/feature/qa/71/es/2011>.
6. Onusida 09situacion de la epidemia de sida. URL disponible en: http://data.unaids.org/pub/report/2009/_epidemic_update_es.pdf.
7. Fondo internacional de emergencias de las naciones unidas para la infancia UNICEF, VIH/SIDA, www.unicef.org/Venezuela/spanish/aids_11984.htm.
8. Organización stop VIH, www.stopvih.org/noticias/en-venezuela-solo-3345-de-las-mujeres-con-vih-embarazadas-reciben-anntirretrovirales/
9. Virus de inmudeficiencia humana VIH/SIDA en el estado Aragua, www.corposaludaragua.gob.ve./index.php/noticias.2009
10. Sistema único de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA. Situación del VIH-SIDA en el salvador, de enero a junio 2010
11. Protocolo para la profilaxis de la transmisión vertical de VIH en obstetricia, servicio de ginecología y obstetricia del hospital son dureta. noviembre del 2001. <http://www.elcomprimido.com/FARHSD/prothivtransvertical.pdf>
12. Organización panamericana de la salud, UNICEF 2010"guía clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH y de la sífilis congénita en américa latina y el caribe.2011.
13. Tania Roig AlvarezIlda González Nuñez Denis Berdasquera Corcho José Antonio Hernández VareaDailé Burgos Aragüez (2007) Cumplimiento del protocolo de prevención de la transmisión vertical del VIH en Cuba Performance of the HIV vertical transmission prevention protocol in Cuba
14. Pietrani, Maria Jose.(2010) Maternidad en mujeres con HIV positivo. Universidad abierta interamericana. Pp 133.
15. Damasceno, Karla Santana ; Alves dos Prazeres, José Carlos; Araújo, Maria Alix Leite; Valdanha Netto, AméricoAsistencia a mujeres embarazadas con VIH/sida en Fortaleza, Ceará, Brasil Medical care provided to pregnant women with HIV/AIDS in Fortaleza, Ceará, Brazil SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 9(3):363-371, septiembre - diciembre, 2013

