

RED DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS MÉDICAS DE VENEZUELA

COMISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Responsables:

Dr. Saúl Peña

Dr. José Félix Oletta López

Dra. Ana Carvajal

ASESORES CIENTÍFICOS

Dr. Francisco Larrea

Dr. Luis Echezuría Marval

Dr. Rafael Borges

Dr. José Avilán R.

Dr. Alejandro Rísquez

Dr. Héctor Parra

NOTICIAS EPIDEMIOLÓGICAS N° 9

Caracas, 3 de octubre de 2009

Situación del VIH-SIDA en Venezuela: Embarazo

Editora Invitada

Dra. Ana Carvajal

- **Introducción**
- **Prevalencia de VIH en embarazadas**
- **Acceso a las pruebas diagnósticas de VIH durante el embarazo.
Control prenatal**
- **Acceso a tratamiento antirretroviral durante el embarazo**
- **Acceso a cuidados médicos**
- **Protocolos de tratamiento antirretroviral en la embarazada infectada con VIH en Venezuela**
- **Normativa Oficial relacionada con la prevención de la Transmisión Vertical del VIH.**
- **Indicadores epidemiológicos de VIH en embarazadas**
- **Bibliografía**

1. Introducción

Según datos de ONUSIDA, de las 33 millones de personas que vivían en el mundo con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) para finales del año 2008 casi el 50% correspondían a mujeres; observándose por tanto una feminización de la enfermedad, con la consiguiente infección en las embarazadas y por ende

en los niños debido a la transmisión vertical del virus. África sub-sahariana es la región más castigada del hemisferio con el 80% de los casos de SIDA pediátrico que ocurren en el mundo ⁽¹⁾

Para finales del año 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que 1,6 millones de personas en América Latina y el Caribe vivían con el VIH, lo cual se corresponde con un 5% de los casos a nivel mundial. Todavía muchos niños nacen con VIH en la región, 8.700 nuevas infecciones fueron estimadas, la mayoría por transmisión vertical, calculándose en 47.000 los niños menores de 15 años que viven con VIH en esta parte del mundo ⁽¹⁾.

En Venezuela, los primeros de casos de Infección por el VIH se reportaron en el año 1983 ⁽²⁾ y como en el resto de los países del hemisferio ha experimentado un aumento substancial y progresivo del número de casos.

En el discurso pronunciado por la representante del gobierno venezolano en la Sesión Especial sobre VIH/Sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) en junio de 2008, Nueva York, se informó que “Desde el inicio de la epidemia en el año 1982 hasta el 2006 se han registrado 61.426 casos de SIDA”. Además señalan que la epidemia es del tipo concentrada en poblaciones específicas como homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres, “el rango de edad dentro del cual se presenta la enfermedad con mayor frecuencia es de 25 a 45 años, observándose una tendencia al ascenso sostenido entre los grupos más jóvenes de la población (15 – 25 años) y en los últimos años el incremento de casos del sexo femenino” ⁽³⁾

El precario acceso de la mujer a los servicios de salud reproductiva en los países de recursos limitados, impide y restringe el cuidado de las féminas en cuidados fundamentales como: atención durante el embarazo, acceso a las pruebas diagnósticas de VIH, atención en problemas de disfunción sexual, planificación de embarazo, consejería en la prevención del VIH, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, entre otros, incrementando por tanto, su vulnerabilidad a la infección ⁽⁴⁾

Este artículo dedicado a la situación de las embarazadas y el VIH en América Latina y Venezuela, revisa primeramente la prevalencia del VIH en gestantes, pasando posteriormente a considerar el acceso de las embarazadas a las pruebas diagnósticas, a los cuidados médicos y al tratamiento antirretroviral, finalizando con la Normativa Oficial Venezolana relacionada con la prevención de la Transmisión Vertical del VIH y los Indicadores epidemiológicos de VIH en las embarazadas.

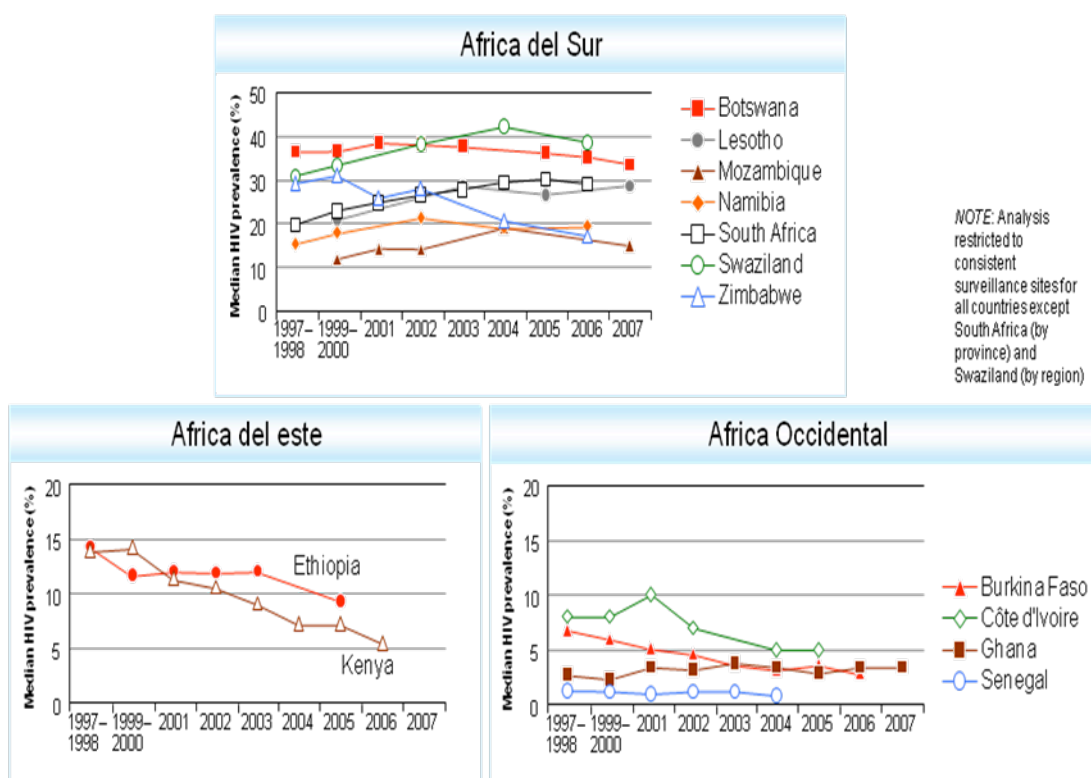
2. Prevalencia de VIH en embarazadas

Las mayores tasas de prevalencia de VIH en embarazadas se encuentran en África Sub Sahariana, describiéndose tasas hasta de un 35 %, y si bien es cierto,

que en los últimos años se ha observado una tendencia a la disminución, todavía persisten incrementadas en algunos países de dicha región ⁽¹⁾ (Gráfico N° 1)

Gráfico N° 1

HIV prevalencia del VIH (%) entre mujeres embarazadas que se atienden en una clínica pre natal en Africa Sub-Sahariana , 1997-2007



Fuente: Report on the global AIDS epidemic. 2008. WHO.

La tasa de infección general de VIH en la mayoría de los países de América Latina y del Caribe es menor de 1%, alcanzando en unos pocos hasta un 3%. América Latina tiene una epidemia concentrada, la cual se expresa por una prevalencia de VIH menor de 1 % en las embarazadas y mayor de 5% en algunos grupos poblacionales como los hombres que tiene sexo con hombres.

Estimaciones conservadoras sitúan la tasa de infección en la mujer gestante en la región en un 0.3% ⁽⁵⁾.

En el cuadro N° 1, podemos observar el número estimado de mujeres embarazadas con VIH en América Latina para el año 2008, los países con mayor número de casos son: Brasil, Guatemala, Colombia y Venezuela ⁽⁶⁾

Cuadro N° 1

Número estimado de mujeres embarazadas con VIH en América Latina. 2008.

País	Número estimado de embarazadas con VIH	País	Número estimado de embarazadas con VIH
Argentina	1700	Guatemala	5300
Belize	<200	Guyana	<500
Bolivia	<200	Honduras	650
Brasil	8600	México	3100
Chile	<500	Nicaragua	<200
Colombia	2500	Panamá	<500
Costa Rica	<200	Paraguay	<500
Cuba	<100	Perú	1300
República Dominicana	1600	Surinam	<200
Ecuador	<500	Uruguay	<200
El Salvador	650	Venezuela	2300

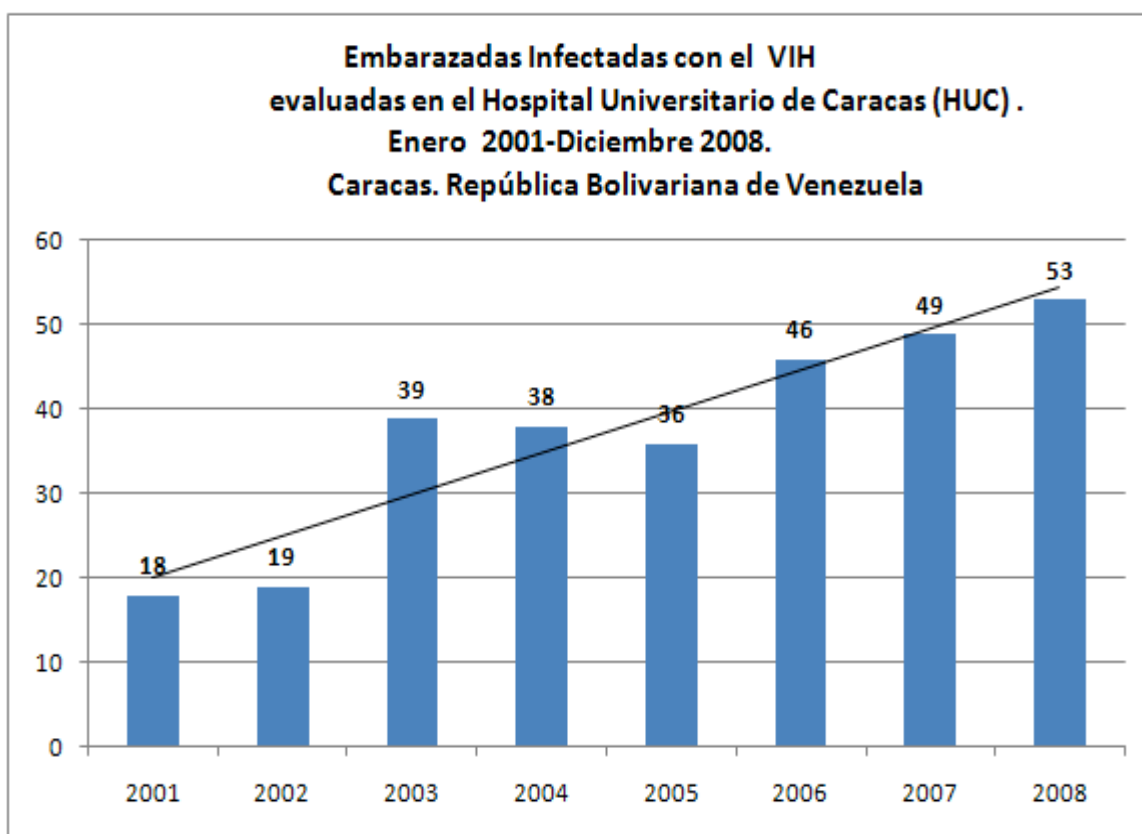
Fuente: UNICEF. ONUSIDA, Country Fact Sheets 2008 (Acceso Junio 2009)

En el Hospital Universitario de Caracas del área metropolitana de Caracas, uno de los centros de referencia para este tipo de pacientes, se ha observado en los últimos años un incremento de gestantes infectadas con el VIH (gráfico N° 2) ⁽⁷⁾.

La mayoría de las mujeres embarazadas evaluadas en esa Institución, son jóvenes, amas de casa ⁽⁸⁾, igual comportamiento epidemiológico ha sido descrito por Norens Villalobos en el Estado Zulia ⁽⁹⁾

Otra de las Instituciones del área Metropolitana que se encarga del cuidado de estas pacientes es la Maternidad Concepción Palacios de Caracas, no fue posible tener acceso a datos recientes de los casos de embarazadas infectadas con VIH que son atendidas en esa Institución.

Gráfico N° 2



Nota: En el año 2007, se excluyeron tres pacientes por terminar su embarazo en aborto.

Fuente: Archivos de registros médicos del HUC. 2001-2008.

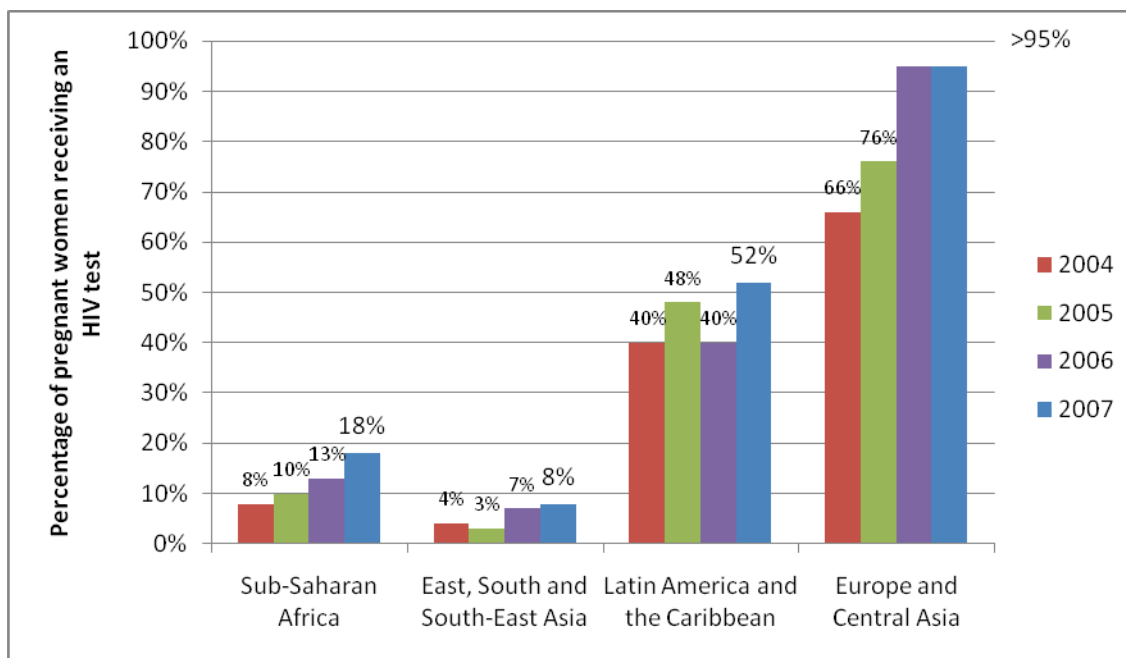
3. Acceso a las pruebas diagnósticas de VIH durante el embarazo. Control prenatal

Durante la gestación, la mujer debe realizarse una serie de exámenes, dentro de éstos, la prueba de ELISA para el VIH, la cual tiene como finalidad identificar a las pacientes infectadas y poder ofrecer terapia antirretroviral apropiada para evitar la transmisión vertical del virus ^(10, 11). La prueba se solicita en el primer trimestre del embarazo y en el tercer trimestre (si la primera prueba fue negativa) y en la culminación del embarazo sino se realizó durante la etapa prenatal. Independientemente de las semanas de gestación, la prueba se indicará cuando la gestante tenga contacto por primera vez con un servicio de salud ⁽¹²⁾.

La mayoría de las mujeres a nivel mundial, no tienen acceso a las pruebas diagnósticas de VIH durante el embarazo (Gráfico N° 3), en el África Subsahariana el acceso a estas pruebas aumentó de 8% el año 2004 a 18% para el año 2007. La situación más grave se observa en el Sur, Sureste y Este de Asia con apenas 8% para ese mismo año, en contraste con Europa Asia Central que exhiben un acceso de más de 95% ⁽¹⁾.

Gráfico N° 3

Porcentaje de mujeres Embarazadas que reciben la prueba de VIH en países de bajos y medianos ingresos. Años 2004-2007.

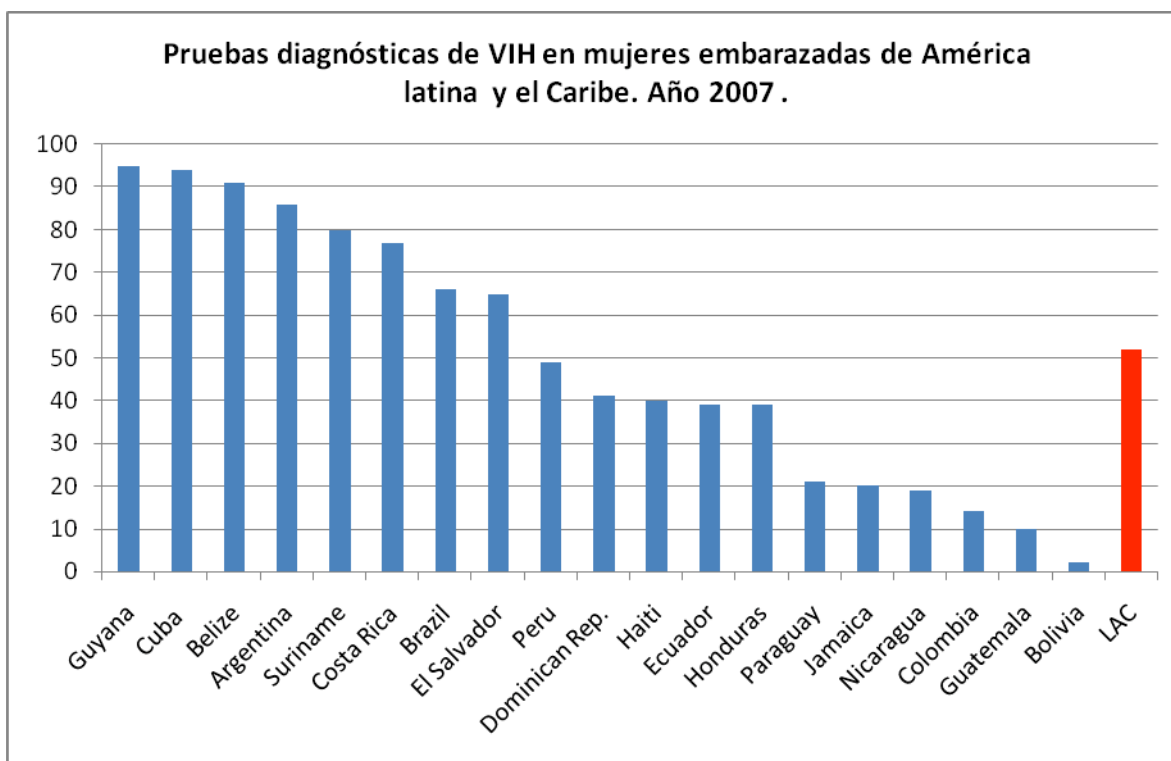


Fuente: WHO. 2008.

En América Latina para el año 2007, el acceso de las mujeres gestantes a las pruebas diagnósticas, era en promedio 52%, se observan grandes variaciones en la región, que van desde un 90 % en Guyana, hasta menos de 5% en Bolivia⁽⁵⁾ (Gráfico N° 4)

La falta de control prenatal es una de las causas más frecuentes para que las féminas no accedan a las pruebas diagnósticas de VIH durante la gestación. Otras causas incluyen: bajo nivel educativo, violencia contra la mujer, desconocimiento médico, factores culturales, control pre natal tardío⁽¹³⁾

Gráfico N° 4



LAC: America Latina y el Caribe

Fuente: PAHO. 2008.

Uno de los objetivos del Programa Nacional de SIDA es: **"Ofrecer a toda embarazada que asista a la consulta prenatal, la realización de la prueba para despistaje y diagnóstico del VIH"** ⁽¹⁴⁾. En la práctica este enunciado no se cumple a cabalidad, la falta de control pre natal en las mujeres venezolanas es el principal obstáculo para la no realización de la prueba diagnóstica de VIH durante el embarazo.

Según el informe de las estadísticas sanitarias mundiales de la OMS del año 2009, la cobertura de las mujeres venezolanas a la atención prenatal, con al menos una visita realizada, es de 94% ⁽¹⁵⁾. Una sola consulta en el control pre natal es insuficiente, la OMS recomienda realizar por lo menos 3 a 4 evaluaciones a lo largo del embarazo. Las mujeres embarazadas infectadas con VIH, usualmente ameritan mayor número de consultas, especialmente si se encuentran en etapa avanzada de la enfermedad.

En Venezuela carecemos del indicador que nos permita conocer el porcentaje de mujeres que asisten a control prenatal que tienen acceso a las pruebas diagnósticas de VIH, al carecer de este indicador se desconoce también cuál es el impacto del Programa Nacional de SIDA en la prevención de la transmisión vertical del VIH en nuestro país.

4. Acceso a tratamiento antirretroviral durante el embarazo

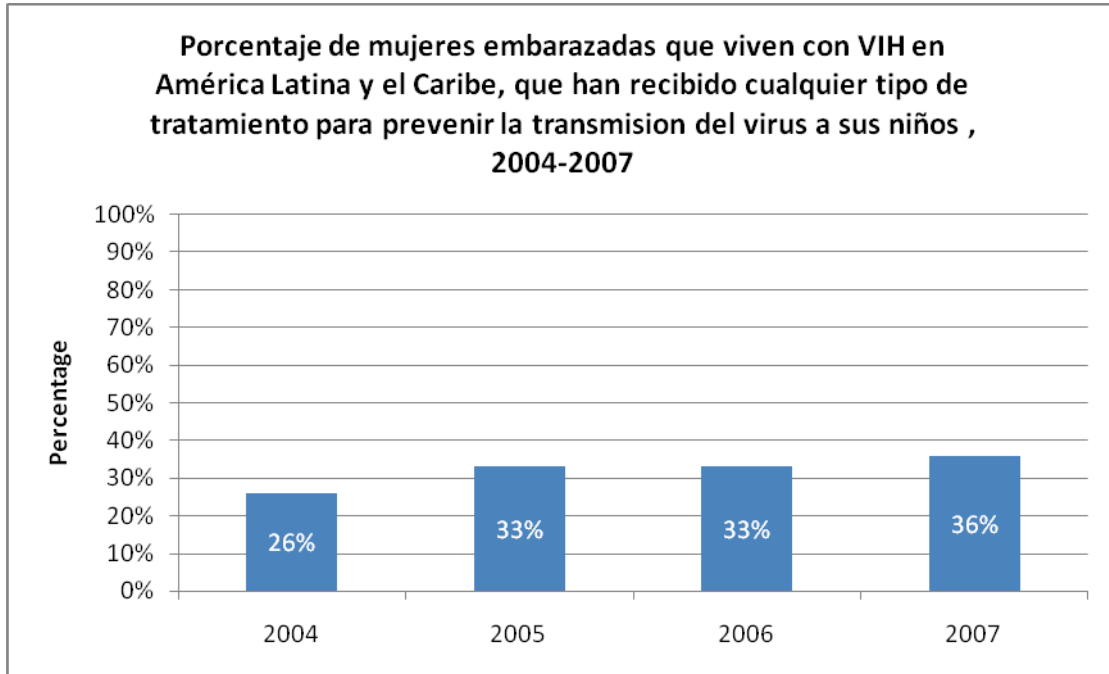
El riesgo de transmisión materno infantil en las madres infectadas con el VIH que no reciben profilaxis antirretroviral es de 30 a 40%, con el uso de medicamentos antirretrovíricos, cesárea electiva y sustitutos de la leche materna la transmisión vertical del VIH disminuye a menos de 2% ⁽¹⁶⁾

El acceso de la mujer infectada con el VIH a tratamiento antirretroviral durante el embarazo y en el post parto, contribuye al cumplimiento del Objetivo número 5 de las Metas del Desarrollo del Milenio, como es el de mejorar la salud materna ⁽¹⁷⁾.

La mayoría de las mujeres embarazadas a nivel mundial no tienen acceso a cuidados médicos durante el embarazo, y menos aún a profilaxis antirretroviral si ellas están infectadas por el VIH. Según la OMS, a nivel mundial para el año 2008, 410.000 niños se infectaron por VIH, la mayor parte por transmisión vertical. Se estima que para prevenir la transmisión materno infantil del virus para el año 2010, se necesita ofrecer servicios apropiados al 80% de las mujeres ⁽¹⁾.

Cifras de la OPS dan cuenta que para el año 2007, sólo el 36 % de las mujeres embarazadas que vivían con VIH en América Latina y el Caribe recibió algún tipo de tratamiento para prevenir la transmisión madre hijo del VIH. En Venezuela desconocemos la cobertura de la profilaxis antirretroviral en las gestantes infectadas, es posible que la cifra para el año 2007, se acerque a lo estimado por la OPS en la región ⁽⁵⁾ (Gráfico N° 5). Recientemente Jimmy Kolker, jefe de la sección de VIH/Sida de Unicef, declaró que en la región *"las embarazadas que reciben terapia por tener el VIH pasaron del 35% en 2004 a 54% en 2008"*. Agregó además que *"Esta es la región del mundo en desarrollo que está más cerca de lograr el acceso universal a los tratamientos antivirales contra el SIDA"* (Globo visión/ EFE. 01/10/2009

Gráfico N° 5



OPS. 2008

Información suministrada por el Programa Nacional de SIDA de nuestro país, evidencia que el número absoluto de embarazadas que han recibido profilaxis ARV luego de un descenso entre 2001 y 2003 se ha incrementado en los últimos años (cuadro N° 2 y gráfico N° 6) ⁽¹²⁾.

Cuadro N° 2

**EMBARAZADAS SEROPOSITIVAS
ATENDIDAS POR AÑO MEDIANTE EL
PROGRAMA NACIONAL DE SIDA -ITS**

AÑO	N° DE PACIENTES
2.001	261
2.002	138
2.003	110

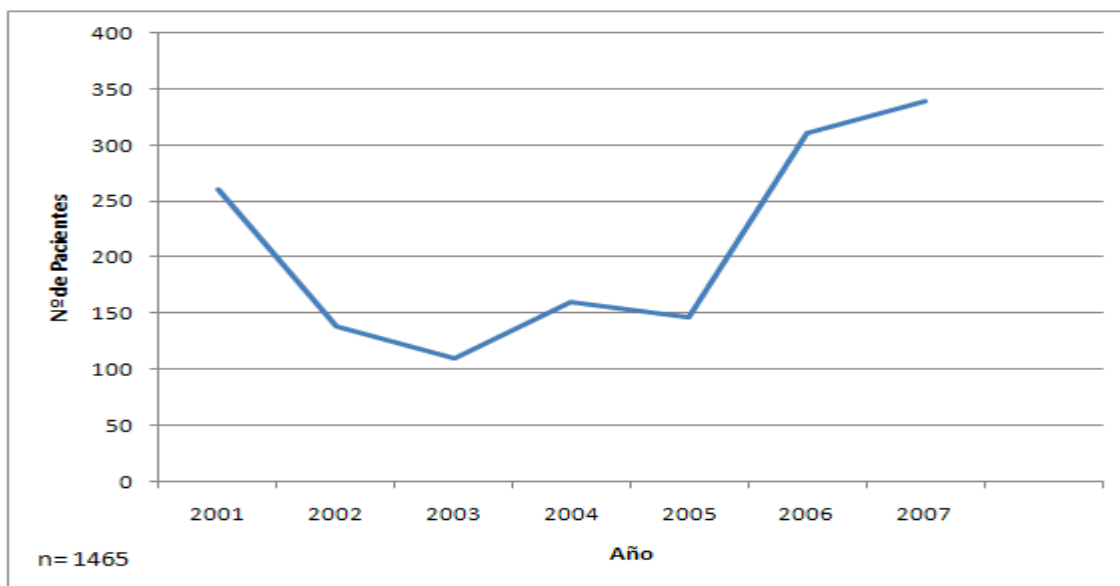
2.004	160
2.005	147
2.006	310
2.007	339
2.008*	59
TOTAL	1524

Fuente: Programa Nacional de SIDA. República Bolivariana de Venezuela.

*Datos hasta Marzo de 2008

Gráfico N° 6

EMBARAZADAS SEROPOSITIVAS AL VIH ATENDIDAS POR AÑO MEDIANTE EL PROGRAMA NACIONAL DE SIDA -ITS



Fuente: Programa Nacional de SIDA. República Bolivariana de Venezuela.

Ciento cuarenta y siete países se reunieron en las Naciones Unidas en Nueva York, los días 10 y 11 de Junio de 2008, para evaluar los logros que han alcanzado en materia de VIH/SIDA ⁽³⁾, Venezuela informó que: *"Para el año 2006 se reportaron 310 embarazadas seropositivas. Para reducir la reducción vertical del VIH (madre-hijo) el gobierno venezolano suministra a todas la gestantes con VIH/SIDA el tratamiento antirretroviral de alta eficacia a la madre y al recién nacido, así como, fórmulas lácteas durante un año, a fin de evitar la posible trasmisión a través de la lactancia materna."*

Sin embargo, esos datos no incluyen las oportunidades perdidas de profilaxis ARV durante la gestación, las cuales incluyen, entre otros, a las embarazadas que no fueron diagnosticadas durante el embarazo porque no tuvieron acceso a las pruebas diagnósticas. Garrido y col., en un estudio realizado en el HUC, en 56 pares de madres VIH + y sus niños, encontraron las siguientes "oportunidades perdidas" de profilaxis ARV en el prenatal: embarazo no controlado 40 %; diagnóstico tardío de VIH 12 %, prueba de ELISA de VIH positiva pero no indicación de profilaxis 10 %, demora en el confirmatorio 7 %, estos resultados indican que más de 50 % de estas mujeres no se controlaron el embarazo o lo hicieron tardíamente ⁽¹⁸⁾.

No tenemos datos nacionales sobre la mortalidad materna asociada a VIH, ni tampoco al número de casos absolutos.

5. Acceso de la mujer embarazada a cuidados médicos

El acceso de la mujer embarazada a los servicios de salud reproductiva se ha agravado en el país en los últimos años, especialmente en el área metropolitana de Caracas, donde la crisis del sector sanitario ha tenido un impacto negativo en la mayor institución de servicio de salud reproductiva de Venezuela: la Maternidad Concepción Palacios de Caracas. La escasez de médicos, el cierre de la unidad de terapia intensiva en dicha institución, los bajos salarios, los problemas de infraestructura y de suministros ha provocado una merma en la oferta, calidad y oportunidad de servicio, que, sin duda, afecta a las mujeres más pobres y desfavorecidas de la población ⁽¹⁹⁾.

La crisis sanitaria ha provocado que muchas mujeres embarazadas se queden sin atención médica, tal como sucedió en la población de El Clavo, Estado Miranda (Julio 2009), donde un grupo de gestantes se quedó sin atender por falta de personal médico ⁽²⁰⁾.

Recientemente en respuesta a la grave crisis que está afectando a las embarazadas de nuestro país el Ministro del PPSPS, Carlos Rotondaro, dio a conocer un plan que: *Articula los servicios de atención médica de las maternidades Santa Ana, Concepción Palacios, Materno Infantil del Este, Materno Infantil de Caricuao; hospitales Domingo Luciani, Pérez Carreño, Universitario de Caracas; Clínicas Populares, EL Paraíso, El Valle, Lebrún y Catia, así como los hospitales José María Vargas, en La Guaira y Luis Salazar Domínguez en Guarenas, a los fines de minimizar la referencia y contra referencia de las parturientas* ⁽²¹⁾

Sin embargo el problema de atención y de acceso de las embarazadas a los servicios de salud reproductiva, no es un mero problema de referencia y contra referencia, esta situación evidencia severas deficiencias en la atención de las gestantes que deben ser corregidas a la brevedad posible. La mujer venezolana merece una atención digna tal como está establecido en nuestra Carta Magna.

Las mujeres infectadas con VIH sufren las mismas penurias que el resto de las mujeres gestantes VIH negativas, situación que algunas veces se agrava por el hecho de ser portadoras de VIH.

En cuanto a la atención médica de las embarazadas con VIH, existen en todo el país centros de salud que cuentan con programas para personas que viven con VIH, los cuales a su vez atienden a las embarazadas infectadas con el VIH ⁽²¹⁾. La atención obstétrica es ofrecida por los servicios de salud reproductiva existentes en los centros de atención, en algunos de ellos, la misma es realizada en la consulta de alto riesgo obstétrico. De primordial importancia son las asociaciones no gubernamentales para el apoyo de mujeres seropositivas, tal como existen en la Maternidad Concepción Palacios (Mujeres en positivo) y en el Hospital Universitario de Caracas y Hematología Oncológica (Musas), entre otras ⁽²²⁾

6. Protocolos de tratamiento antirretroviral en la embarazada infectada con VIH en Venezuela

El Programa Nacional de SIDA del MPPSPS, tiene establecido protocolos de tratamientos para las mujeres embarazadas infectadas con el VIH, los cuales son actualizados regularmente por expertos venezolanos ⁽¹²⁾, los mismos son basados en las mejores evidencias de estudios internacionales ⁽²³⁾.

Las drogas que se ofrecen a las embarazadas infectadas con VIH en nuestro país, no difieren de las que se ofrecen a las embarazadas en países desarrollados ⁽²³⁾. Se le garantiza tratamiento antirretroviral durante todo el

embarazo y se continúa o suspende en el post parto de acuerdo a sus condiciones clínicas inmunológicas y virológicas.

El esquema de drogas ARVs de primera elección y alternativa indicados en las embarazadas infectadas con VIH en Venezuela, se realiza de acuerdo a la recomendación del experto y ajustada a la Normativa Nacional. Los esquemas de primera elección incluyen un Inhibidor de la Proteasa, Lopinavir. Ritonavir o Saquinavir - Ritonavir, combinados con dos análogos de Nucleósidos: Zidovudina y Lamivudina. También se garantiza el tratamiento con Zidovudina endovenosa para ser usada en la culminación del embarazo y en suspensión para el recién nacido⁽¹²⁾

7. Normativa Oficial Prevención de la Transmisión Vertical del VIH (24, 25)

En la Resolución del MSDS (ahora MPPSPS) No. 292 del año 2000, acordó como política nacional la prevención de la transmisión vertical del VIH Madre-Hijo estableciendo la obligatoriedad de la prueba diagnóstica de VIH a todas las gestantes que concurren al control pre natal, garantizando el suministro de las drogas Antirretrovirales (ARVS) a las gestantes infectadas según protocolo Nacional y el suministro de las fórmulas lácteas a los niños expuestos.

Los objetivos específicos establecidos para este programa son:

- Ofrecer a toda embarazada que asista a la consulta prenatal, la realización de la prueba para despistaje y diagnóstico del VIH.
 - Capacitar al equipo de salud en el manejo integral de las embarazadas VIH positivas.
 - Garantizar terapia antirretroviral según norma oficial de tratamiento.
 - Garantizar el suministro de fórmulas lácteas durante los 6 primeros meses de vida a los niños expuestos al VIH. (Actualmente el suministro de fórmulas lácteas a los niños expuestos se extendió hasta los 12 meses de edad).
 - Garantizar el material médico quirúrgico de bioseguridad para el personal de salud para la atención del parto o cesárea de las embarazadas seropositivas.
 - Garantizar la atención de calidad y calidez, en el parto y puerperio a las embarazadas que viven con VIH.
 - Determinar la tasa de transmisión vertical de VIH.
 - Conocer la prevalencia del VIH en embarazadas.
- Garantizar las pruebas de seguimiento virológico e inmunológico para recién nacidos hasta los 18 meses de edad y de la madre.

8. Indicadores epidemiológicos de VIH en embarazadas

Los indicadores epidemiológicos que se realizan en una patología determinada, nos dan una idea bastante aproximada del perfil epidemiológico de la enfermedad, como por ejemplo la cobertura de los programas y la efectividad de los mismos. La inexistencia de estos evidencia fallas de los sistemas de salud que deben ser corregidas. En nuestro país carecemos de indicadores que nos permitan conocer el porcentaje de las embarazadas que tienen acceso a las pruebas diagnósticas de VIH, el porcentaje de embarazadas infectadas con VIH que reciben profilaxis antirretroviral en el prenatal e indicadores de calidad de servicio, entre otros. El conocimiento de estos indicadores es vital para la implementación de estrategias adecuadas en la respuesta de la epidemia del VIH en la mujer embarazada ⁽²⁶⁾.

9. Bibliografía

1. Report on the global HIV/SIDA epidemic .UNAIDS.2008
2. Pradas, M. Boletín Digital Universitario. 31 de octubre de 2006, [fecha de acceso: 2.09.09]; Hacer ciencia en Venezuela es una lucha interminable, entrevista al Dr. Nicolás Bianco.
Disponible
http://boletin.uc.edu.ve/index.php?Itemid=30&id=3750&option=com_content&task=view
3. ONUSIDA. Sesión Especial sobre VIH/Sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) en junio de 2008, Nueva York
4. Carvajal A. La mujer con VIH /SIDA y los derechos humanos. Antibióticos e Infección-volumen 11 N° 34-Julio-Diciembre de 2003.
5. Situation of the HIV epidemic in Latin America and the Caribbean.paho.2008.

Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&qid=826&Itemid=646
6. UNICEF. ONUSIDA, Country Fact Sheets 2008 (Access Junio 2009)

7. Información de salud. Registros Médicos HUC. 2001-2008.
8. Carvajal A , Morillo M, López Mora J., Garrido E., Aché A., Ferreira A, Salazar G., Silva M. y colaboradores. Profilaxis antirretroviral en 80 embarazadas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana. Boletín de la Sociedad de Infectología. Junio 2008. Pág: 18-29
9. Villalobos Norens N. Características de la transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana en la región zuliana. Rev Obstet Ginecol Venez. 2002;62(3):175-187.
10. Iweala OI. HIV diagnosis test: an overview. Contraception 2004 Aug; 70(2):141-7.
11. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al: Reductions of maternal-infant transmission of HIV with zidovudine treatment. N Engl J Med 331:1173-1180, 1994
12. Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPSPS) . Guía para el manejo del tratamiento antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA en Venezuela, tercera edición, 2008-2009.
13. Missed opportunities for perinatal HIV prevention among HIV-exposed infants born 1996-2000, pediatric spectrum of HIV disease cohort. Pediatrics. 2003;111(5 Part 2):1186-1191.
14. Programa Nacional de SIDA. MPPSPS. República Bolivariana de Venezuela. 1999.
15. Estadísticas Sanitarias Mundiales. OMS. 2009.
16. European Collaborative Study Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. Clin Infect Dis. 2005 Feb 1;40(3):458-65. Epub 2005 Jan 7
17. United Nations Development Programme, Portal sobre los Objetivos del Desarrollo del Milenio, disponible: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/aids.shtml>; 2007.
18. Garrido E, Carvajal A, Troncone A, Híder Benítez H, Martín A. Oportunidades perdidas en la prevención de la transmisión vertical del VIH - Hospital Universitario de Caracas. Universidad Central de Venezuela.. [VII Congreso Venezolano de Infectología "Dr. Belisario Gallegos". XIV Jornadas Guayanesas de Infectología](#) Ciudad Bolívar .2006

19. Méndez Quijada J. La Maternidad Concepción Palacios de muerte lenta. Patricia Marcano. Últimas noticias. 11 Sep 2009
20. Cañizález V M. Mujeres se quedaron esperando el control prenatal en El Clavo.. El Universal. .Julio 2009.
21. Rotondaro C. Atención para embarazadas.MPPSPS.10 de Agosto de 2009.
22. MUSAS. Boletín .N 2 . Coordinadora Grisbel Escobar.
Disponible en www.sidaenlamujer.com
23. CDC. Public Health Service Task Force Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States . 2009.
24. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social AÑO CXXVII-MES X Caracas, martes, 08 de agosto de 2000.
25. ACCSI y AVESA. Monitoreo y evaluación del logro de las metas de la declaración de compromiso en VIH/SIDA. Informe Comunitario Venezuela 2008
26. Carvajal A. Modelo de un diseño de gestión en la atención de la mujer embarazada con VIH/SIDA y otras ITS. Conferencia de Población y Desarrollo. Caracas. 2004.