

FACTORES EPIDEMIOLOGICOS QUE INFLUYEN EN EL CONTROL SEROLÓGICO DE LAS MADRES DE RECIÉN NACIDOS SEGÚN LA NORMA OFICIAL DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO ANTONIO MARÍA PINEDA. VENEZUELA

* Karlie Sánchez; ** Elida Dapena.

PALABRAS CLAVE: Serología prenatal. Toxoplasmosis. HIV. VDRL. Hepatitis B. Madres de recién nacidos.

RESUMEN

Las enfermedades de transmisión vertical pueden ser prevenidas y tratadas toda vez que existen estrategias para detectarlas durante el embarazo; Para determinar los factores epidemiológicos que influyen en el control serológico de las madres de recién nacidos, según la norma oficial de la atención integral de salud sexual y reproductiva se realizó un estudio descriptivo de corte transversal entrevistando a 218 madres hospitalizadas en las maternidades del HCUAMP; Los datos fueron analizados por frecuencias y porcentajes, evidenciándose en las madres pertenecientes al estrato socioeconómico Graffar V, un control serológico incompleto en el 100% (30); Según el número de gestas, las pacientes pertenecientes al grupo de 2-5 gestas cumplieron la norma en un 10,9% para VIH, Toxoplasmosis y VDRL y en un 20% para hepatitis B; y según el número de consultas realizadas, en el grupo con menos de tres consultas, el 100% (15) no cumplió la norma para VIH, VDRL y Toxoplasmosis, y solo 3% tenía serología para Hepatitis B; Hubo mayor cumplimiento del control serológico en las pacientes controladas en instituciones privadas: 16% para VIH, y VDRL, 17.8% para Toxoplasmosis y 37.5% para Hepatitis B. Al analizar el control serológico por trimestres, el mayor control serológico para VIH y VDRL fue en el tercer trimestre del embarazo: 65.7%; para toxoplasmosis 30.5% y 31.4% en el primero y segundo trimestre respectivamente, y solo un 16% cumplió con el control serológico para hepatitis B. Se hace necesario implementar estrategias adecuadas para mejorar el control prenatal y evitar transmisión de infecciones que afecten al feto.

EPIDEMIOLOGICAL FACTORS INFLUENCING SEROLOGICAL MONITORING OF MOTHERS OF NEWBORN ACCORDING TO OFFICIAL STATEMENT OF COMPREHENSIVE CARE FOR SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO ANTONIO MARÍA PINEDA. VENEZUELA

KEY WORDS: Prenatal control. Toxoplasmosis. VIH. VDRL. Hepatitis B. Mother of newborns .

ABSTRACT

Vertically transmitted diseases, can be prevented and treated when there are strategies paragraph to detect then during pregnancy; To determine the epidemiological factors influencing serological monitoring of mothers of newborns, according to the Official Statement of Comprehensive Care for Sexual and Reproductive Health; it was made a descriptive cross-sectional study was conducted interviewing 218 mothers in hospital HCUAMP maternity; the data were analyzed by data frequencies and percentages, showing mothers Graffar socioeconomic level V, the control of HIV incomplete in 100% (30); Depending on the number of pregnancies, the patients in the group 2-5 pregnancies met the standard in paragraph 10.9% HIV, toxoplasmosis and VDRL and 20% of the hepatitis B paragraph; and according to the number of consultations held in the group with less than three consultations, 100% (15) the standard paragraph HIV, VDRL and toxoplasmosis are not fulfilled, and only 3% serology paragraph I had hepatitis B; There was mayor of HIV Compliance Control in Patients Controlled in private institutions: 16% to HIV and VDRL, paragraph Toxoplasmosis 17.8% and 37.5% for hepatitis B. In analyzing the serological to control by quarters, Mayor serological control paragraph WAS HIV and VDRL in the third trimester of pregnancy: 65.7%; to toxoplasmosis 30.5% and 31.4% in the first and second quarters respectively, and only 16% met serological control hepatitis B. Is necessary to implement appropriate strategies paragraph to improve control of prenatal transmission and avoid infections that affect the fetus.

* Autora

** Coautora

INTRODUCCION

El control prenatal es un conjunto de acciones que se realizan durante el embarazo como medidas de prevención y monitoreo del mismo. Este consiste en visitas regulares al médico por parte de la embarazada para evaluación clínica y la realización de una serie de estudios paraclínicos con la finalidad de corregir situaciones desfavorables en el binomio madre-hijo.

A la entrada del nuevo milenio, Venezuela ha atravesado por problemas de salud pública, entre los que destacan el alto grado de embarazo en adolescentes, alta tasa de mortalidad materno-infantil, alta incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en jóvenes, niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso y explotación sexual e incremento de violencia doméstica. Con ello, las enfermedades de transmisión sexual y por ende las enfermedades de transmisión vertical como el VIH, Hepatitis B y la Sífilis ⁽¹⁾.

En este orden de ideas, la transmisión vertical puede ocurrir en la vida prenatal a través de la transmisión trasplacentaria, al momento del nacimiento en el canal de parto a través del contacto de piel y mucosas, en la vida postnatal por medio de la lactancia materna entre los cuales destacan todos los microorganismos conocidos como TORCH, traerán consecuencias para el embrión o feto, anomalías congénitas y dependiendo en que trimestre del embarazo se adquieran, darán resultados adversos en el mismo sino se detectan a tiempo.

En vista de la problemática en el país de salud sexual y reproductiva como el embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, promiscuidad, entre otras, se ha realizado la actualización y elaboración de nuevos documentos la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva según MDSD⁽¹⁾. La normativa expresa como debe ser el control serológico durante el embarazo el cual no es más que los exámenes de laboratorio con el fin de determinar la presencia de algún microorganismo de transmisión vertical.

La normativa también explica los probables factores de riesgo que puedan interferir en un adecuado control prenatal, los cuales son clasificados de bajo y alto riesgo: La edad, paridad, periodo

intergenésico corto, patologías del embarazo, condiciones socioeconómicas como: grado de instrucción, procedencia, nivel socioeconómico y unión estable, etc.

Sin embargo, a pesar de existir la normativa, se observa que en las historias clínicas de las madres atendidas en las maternidades del Hospital Central “Antonio María Pineda”, no aparecen reportados los resultados de los exámenes serológicos, por todo ello surgió la necesidad de realizar esta investigación cuyo objetivo fue determinar los factores que influyen en el control serológico de las madres de recién nacidos según la norma oficial de la atención integral de salud sexual y reproductiva. Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La población estuvo constituida por aquellas madres con recién nacido que se encontraron en el área de las maternidades de GO2 y GO3 los días Lunes y Viernes de 8 a 12 del mediodía y que dieron su consentimiento para participar en la investigación. Se recolectaron los datos a través de un instrumento diseñado a tal fin. Los datos fueron procesados y analizados y se presentaron en cuadros y gráficos, con frecuencias y porcentajes. Los resultados de este estudio permitieron tener un registro de falta de control serológico según la normativa del SSR en el periodo perinatal y además relacionar algunos factores epidemiológicos con la falta de control.

RESULTADOS

Se presentan los resultados de la investigación realizada, cuyo objetivo general es Determinar los factores epidemiológicos que influyen en el control serológico de las madres de recién nacidos según la norma oficial de la atención integral de salud sexual y reproductiva. Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”. Periodo Septiembre- Noviembre 2014.

Cuadro 1. Distribución de las madres según edad materna en servicio de GO2 y GO3

Edad Materna	Nº	%
≤15	11	5
16 – 19	64	25
20 – 24	64	25
25 – 29	44	20,1
30 – 34	21	10
35 – 39	12	6
>40	2	0,9
Total	218	100,0

El mayor porcentaje de las madres de RN está entre las edades de 16-19 a 20-24 años con 25% por igual, seguido del grupo de 25-29 años con 20,1%.

Cuadro 2. Distribución de las madres según Graffar Modificado por Mendez Castellanos

Estratos Socioeconómico	Nº	%
III	48	22,01
IV	140	64,22
V	30	13,76
Total	218	100,0

Predominó el estrato IV con 64% seguidos del estrado III con 22,01% y el V 13,76%.

Cuadro 3. Distribución de las madres según procedencia

Procedencia	Nº	%
Rural	24	11
Urbana	194	89
Total	218	100,0

Predominó la procedencia Urbana en 89% seguido del rural en 11%.

Cuadro 4. Distribución de madres según número de gesta.

Número de Gesta	Nº	%
1	96	44,03
2-5	119	54,58
>6	3	1,31
Total	218	100%

Predominó el grupo de 2 a 5 gesta con 54.58% seguido de las primigestas con 44,03%.

Cuadro 5. Distribución de las madres según presencia de complicaciones del embarazo

Complicaciones	Nº	%
Complicado	122	55,96
Sin complicaciones	96	44,03
Total	218	100,0

El grupo de embarazo complicado predominó con 56%.

Cuadro 6. Distribución del grupo de madres con antecedente prenatal de complicaciones

Complicaciones	Nº	%
Infección de tracto urinario	56	45,90
Vaginosis	48	39,34
Hipertensión Gestacional	4	3,27
Diabetes Gestacional	1	0,81
Amenaza de Aborto o parto pre término	4	3,27
VDRL (+)	2	1,63
Toxoplasmosis (+)	2	1,63
Hepatitis B (+)	3	2,45
Otros	2	1,63
n=122		

De las embarazadas que presentaron complicaciones la más frecuente fue la Infecciones de tracto urinario con 45,9% seguido de las vaginosis 39,34%, Hipertensión Gestacional y Amenaza de Aborto o parto pretermino con 3.27% cada una de ellas.

Cuadro 7. Distribución de las Madres según periodo intergenésico

Periodo intergenésico (Años)	Nº	%
≤2	51	41,8
3-5	51	41,8
6-10	19	15,57
>11	1	0,81
Total	122	100,00

En las madres con más de una gesta el grupo de periodo intergenesico menor a 2 años y de 3 a 5 años reportaron 41,8% cada uno, seguido del grupo de 6-10 años con 15,57%

Cuadro 8. Distribución de madres según antecedente de muerte perinatal.

Antecedente de Muerte Perinatal	N°	%
Presente	18	8,25
Ausente	200	92,75
Total	218	100,00

Se evidenció que predominó la ausencia de este antecedente en 92% de las encuestadas.

Cuadro 9. Distribución de madres según control prenatal

Control prenatal	N°	%
Presente	216	99,09
Ausente	2	0,91
Total	218	100,00

El 99,09 % de la muestra reporto que asistió a control prenatal

Cuadro 10. Distribución de las madres con control prenatal según número de consultas realizadas durante el embarazo.

Número de Consultas	N°	%
≤3	15	6,88
4 – 7	136	62,38
>8	65	29,81
Total	216	100,00

Predominó el grupo de 4 a 7 consultas de control con 62%.Solo 6,8% reporto 3 consultas o menos.

Cuadro 11. Distribución de madres según el tipo de institución de realización de control de embarazo

Institución del control Prenatal	N°	%
Publica	142	65,74
Privada	56	25,92
Mixto	18	8,33
Total	216	100,00

La realización del control prenatal en instituciones públicas predominó en un 65.74% de las madres.

Cuadro 12. Cumplimiento de la realización de la serología durante el control prenatal.

Cumplimiento del Control serológico	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	N°	%	N°	%	N°	%
HIV	81	37,5	84	38,88	142	65,74
VDRL	81	37,5	84	38,88	147	68,05
Toxoplasmosis	66	30,55	68	31,48	-	-
Hepatitis B	35	16,05	-	-	-	-
	n=216		n=216		n=216	

Se evidenció en las pacientes que se controlaron el embarazo, que la realización de la serología fue mayor durante el último trimestre tanto para HIV como para VDRL. Para Toxoplasmosis fue mayor en el segundo trimestre, y para Hepatitis B solo se evidenció en 16,05 % de las 216 pacientes; cabe destacar que en los dos primeros trimestres hubo un control similar para HIV y VDRL sin embargo o contaban con serologías del primer y segundo trimestres sin el tercero, o viceversa.

Cuadro 13. Cumplimiento de la realización de la serología durante el control prenatal según la normativa del SSR

Cumplimiento del Control serológico	Adecuado		No adecuado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
HIV	14	6,4	202	94,4	216	100
VDRL	14	6,4	202	94,4	216	100
Toxoplasmosis	15	6,9	201	93,9	216	100
Hepatitis B	35	16,2	181	84,7	216	100

Se evidenció en las pacientes que se controlaron el embarazo, que la realización de los exámenes serológicos fue cumplida según la normativa del SSR para HIV y VDRL solo 6,4%, para Toxoplasmosis 6,9% y para Hepatitis B en 16,4 %.

Cuadro 14. Control serológico según la normativa de SSR según estrato socioeconómico

Graffar	Cumplimiento del Control serológico														Total			
	HIV		VDRL				Toxoplasmosis				Hepatitis B							
	A		NA		A		NA		A		NA		A		NA			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
III	9	18,7	39	81,3	9	18,7	39	81,3	7	14,5	41	85,5	9	18,7	39	81,3	48	100
IV	5	3,3	135	96,7	5	3,3	135	96,7	8	5,7	132	94,3	23	16,4	117	83,6	140	100
V	0	0	30	100	0	0	30	100	0	0	30	100	3	10	27	90	30	100

NA: NO adecuado

Del total de pacientes que se ubicaron en el estrato Graffar III, solo un 18.7% cumplió la normativa de control serológico para HIV, VDRL y Hepatitis B; En el estrato IV, hubo cumplimiento de la norma en un 3,3% para HIV y VDRL, 5,7% para Toxoplasmosis y 16.7% para Hepatitis B, y en el estrato V prácticamente ninguna paciente cumplió la normativa.

Cuadro 15. Control serológico según la normativa de SSR según número de gesta

Número de Gesta	Cumplimiento del Control serológico														Total			
	HIV		VDRL				Toxoplasmosis				Hepatitis B							
	A		NA		A		NA		A		NA		A		NA			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Primigesta	1	1,04	95	99	1	1	95	99	2	2	94	99	11	11,4	85	88,6	96	100
2-5	13	10,9	103	89,1	13	10,9	103	89,1	13	10,9	103	89,1	24	20,1	95	79,9	119	100
>6	0	0	3	100	0	0	3	100	0	0	3	100	0	0	3	100	3	100

Leyenda: A: Adecuado, NA: No adecuado

Del total de pacientes con una primera gesta, solo un 1,04% cumplió la normativa de control serológico para HIV, VDRL; 2% para toxoplasmosis y 11,4 para Hepatitis B; por otro lado el grupo 2 a 5 gestas, hubo cumplimiento de la norma en un 10,9% para HIV, VDRL y Toxoplasmosis y 20,1% para Hepatitis B, y en el grupo mayor a 6 gestas ninguna cumplió con la normativa de control.

Cuadro 16. Control serológico según la normativa de SSR y número de consultas realizadas en el control prenatal

Número de Consultas	Cumplimiento del Control serológico														Total			
	HIV		VDRL				Toxoplasmosis				Hepatitis B							
	A		NA		A		NA		A		NA		A		NA			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
≤3	0	0	15	100	0	0	15	100	0	0	15	100	1	6,6	14	93,3	15	100
4-7	9	7	127	93	9	7	127	93	9	7	127	93	20	14,7	116	85,3	136	100
>8	5	7,6	60	92,4	5	7,6	60	92,4	6	9,2	59	90,8	15	23	50	77	65	100

Leyenda: A: Adecuado, NA: No adecuado

Del total de pacientes en el grupo menor a 3 consultas ninguna cumplió con control serológico para HIV, VDRL y Toxoplasmosis solo 6,6%

tiene la serología de Hepatitis B, por su parte el grupo de 4-7 gestas solo 7% cumplió con la normativa para HIV, VDRL y toxoplasmosis, 14,7% para Hepatitis B y el último grupo mayor a 8 consultas, 7,6% tiene serología para HIV y VDRL según la normativa, el 9,2% Toxoplasmosis y 23% Hepatitis B.

Cuadro 17. Control serológico según la normativa de SSR según la institución donde se realizó el control prenatal

Institución de control	Cumplimiento del Control serológico														Total			
	HIV				VDRL				Toxoplasmosis				Hepatitis B					
	A		NA		A		NA		A		NA		A		NA			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Público	3	2,1	139	97,9	3	2,1	139	97,9	3	2,1	139	97,9	10	7	132	93	142	100
Privado	9	16	47	84	9	16	47	84	10	17,8	35	82,2	21	37,5	14	62,5	56	100
Mixto	2	11,1	16	88,9	2	11,1	16	88,9	2	11,1	16	88,9	4	22,2	14	77,7	18	100

Leyenda: A: Adecuado, NA: No adecuado

Se evidenció que del total de pacientes controladas en institución pública 2,1% cumplió con la serología para HIV; VDRL y Toxoplasmosis, y 7% para Hepatitis B, el grupo controlado en instituciones privadas 16% tiene control HIV/VDRL; 17,8% para Toxoplasmosis y 37,5% Hepatitis B, por último el grupo que se controló en ambas instituciones el 11,1% se controló adecuadamente para HIV, VDRL y Toxoplasmosis y 22,2% para Hepatitis B.

DISCUSIÓN

En cuanto a Toxoplasmosis En este trabajo de investigación se evidenció que el control serológico se realizó en alrededor de un 30% para los dos trimestres, siendo mayor para el grupo etario de 16 a 20 años, de 2 a 5 gestas. Similares resultados fueron reportados ⁽³⁾ en el Hospital Universitario de Caracas, quien encontró que el mayor número de pacientes con control serológico de toxoplasmosis se ubicó en el grupo etario de 16 - 20 años, 42 % cursaba su primer embarazo, 25 % el segundo y 33 % tenía 3 o más gestas. El 39 % se

encontraba en el primer trimestre del embarazo, 43 % en el segundo y 18 % en el tercero.

En cuanto a las condiciones socioeconómicas, el mayor porcentaje de pacientes se ubicó en el estrato IV con un 64%. En un estudio ⁽⁴⁾ se encontró que el 91.6% de las embarazadas presentaba necesidades básicas insatisfechas.

De las 218 madres de RN encuestadas, según la normativa del SSR, para el primer trimestre solo 37 % tenían serología realizada para HIV/VDRL, 30 % para Toxoplasmosis, y 15% para hepatitis B; en el segundo trimestre 39% de las madres tenían control de HIV/VDRL y 31% para Toxoplasmosis, mientras que el tercer trimestre el control serológico para HIV/VDRL fue del 65 y 67 % respectivamente. y cumplen adecuadamente con la normativa 6,4 % para HIV/VDRL, 6,9% para toxoplasmosis .

Estos resultados contrastan con los reportados ⁽²⁾ donde se encontró que las pacientes con serologías realizadas para Rubeola y Toxoplasmosis fue practicada en un 1.66% de los casos, Hepatitis B en 2.77%, Sífilis en 12.72% y VIH en 30.57%.

De igual manera, se encontró ⁽⁶⁾ que la detección del VIH se realizó solo una vez durante el embarazo en el 61,91% del Grupo I (grupo estudiado 1996-2000) y 38,89 Grupo II (grupo estudiado 2001-2005). Por su parte, en trabajo realizado en el Reino Unido ⁽⁷⁾ se obtuvo que el control serológico fue 95,6 % en el caso del VIH, 96,5% para la sífilis, 96,2 % para la hepatitis B y el 97% para rubéola basado en 1000 pruebas realizadas en 30 maternidades de Londres.

Por otro lado en este estudio se evidenció el escaso cumplimiento de la norma en cuanto al control serológico de la Hepatitis B, toda vez que solo un 16,2% cumplió con la misma; en contraste al estudio ⁽⁸⁾ donde se encontró que el cumplimiento del control serológico prenatal de madres para hepatitis B fue de 72.22%.

CONCLUSIONES

Del total de 218 madres de RN encuestadas en las maternidades durante el periodo estudiado se evidenció que entre los factores epidemiológicos

estudiados se reporta que la edad materna del grupo de 16 a 24 años predominó con 25 %; el estrato socioeconómico predominó el estrato IV con 64 % siendo el control serológico adecuado para HIV/VDRL 3,3%, Toxoplasmosis 5,7% y Hepatitis B 16,7%.

La procedencia urbana representó 89% de las madres, el control serológico fue adecuado para HIV, VDRL, Toxoplasmosis con 5% y Hepatitis B 12%.

En cuanto al número de gestas predominó el grupo de 2 a 5 gestas con 55% de las cuales, hubo cumplimiento de la norma en un 10,9% para HIV, VDRL y Toxoplasmosis y 20,1% para Hepatitis B.

El 56 % de los casos presentó complicaciones del embarazo, entre las más frecuentes fueron ITU con 56% y Vaginosis con 48%.

El 42% de los casos tuvo periodos intergenésicos menores de 2 y de 3 a 5 años por igual porcentaje.

El antecedente de muerte perinatal estuvo ausente en 92%

El 62% de los casos se realizó entre 4 y 7 consultas de control prenatal, con control serológico adecuado para HIV, VDRL y Toxoplasmosis de 7% y Hepatitis B de 14,7%.

La mayor parte de la muestra se realizó control prenatal en institución pública con 65%; y de este grupo el control serológico adecuado para HIV/VDRL y Toxoplasmosis fue de 2,1% y Hepatitis B 7%. Asimismo el grupo que se controló en institución privada fue de 26% del cual se realizó el control serológico adecuado para HIV/VDRL un 16%, Toxoplasmosis el 17,8% y Hepatitis B 37,5%.

El control serológico para HIV y VDRL estuvo presente en un 35% en el primer trimestre, 37% en el segundo y 67% en el tercero con cumplimiento adecuada de la normativa en 6,4% por otro lado para Toxoplasmosis fue de 30% en el primer trimestre y 31% segundo con 6,9% de cumplimiento adecuado de la norma, por último el control serológico para Hepatitis B según la norma de SSR fue de un 16,2%.

En conclusión, el control serológico fue muy bajo en todos los casos y las serologías en su mayoría fueron realizadas en el tercer trimestre.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Ministerio del poder popular para salud realizar mayor énfasis en el cumplimiento de la normativa de SSR, sobre todo a nivel público ya que a pesar de que las pacientes embarazadas se realizan controles de embarazo no presentan el cumplimiento completo del control serológico.
2. Educación al personal médico que labora tanto a nivel público como privado del conocimiento y aplicación de la normativa de SSR.
3. Insistir en la exigencia de controles serológicos al momento de ingresar a las pacientes embarazadas como al egreso de las madres y RN de las maternidades.
4. Educación a las madres e información a la comunidad sobre el valor de un adecuado control prenatal y de la importancia de realizar los controles serológicos al momento de la solicitud de los mismos, así de cómo prevenir las distintas enfermedades TORCHS durante el embarazo y de conocer las consecuencias que estas pueden llevar para su futuro RN.
5. Completar la información en las tarjetas de control prenatal sobre todo a nivel público ya que no se reportan los laboratorios solicitados ni se encuentra actualmente dentro de los laboratorios que se colocan en la gráfica el control serológico exigido en la normativa SSR.
6. A los médicos del servicio de ginecología y obstetricia reportar de forma completa en la historia los laboratorios que se realizaron durante el embarazo así como anexar de forma ordenada los mismos, ya que al momento de revisar solo se encuentran los últimos controles sin reportar los primeros exámenes del embarazo.
7. Al personal de pediatría de las maternidades completar la historia de RN haciendo énfasis en los controles serológicos maternos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 MINISTERIO POPULAR PARA LA SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, Gaceta oficial N° 37705 Caracas 5 de Junio (2003)
- 2 ALARCON B; ROMERO J; SANCHEZ E. (2010) Despistaje de toxoplasmosis y enfermedad de Chagas en la Consulta Prenatal del Hospital Universitario de Caracas Trabajo Postgrado, RevObstetGinecolVenez v.70 n.2 Caracas jun. 2010
- 3 RIERA L. (2001) Prevalencia e incidencia de toxoplasmosis en mujeres embarazadas que acuden a la consulta prenatal de dos Ambulatorios del Estado Lara. Trabajo de Pregrado TI WC725 R54 2001 (74)
- 4 SABATELA L.; LÓPEZ G.; VALERY, F.; LÓPEZ, DIANA.; NAVAS, R; RAMIREZ, S.; TÉLLEZ, V.; RANGEL, M. (2006) Fallas en la implementación de medidas de prevención de transmisión vertical de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana Archivos Venezolanos de la sociedad de puericultura y Pediatra 69(4):142-147
- 5 GIRAUDON I, FORDE J, MAGUIRE H, ARNOLD J, PERMALLOO N. (2009) Cribadoperinataly la prevalencia de infección: viligilancia en Londres 2000 – 2007. Euro Surveill. 2009; 14 (9) :pii=19134. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19134>
- 6 PESSEAS A. (2012) Screening prevalencia del virus de la hepatitis B durante el embarazo y la atención neonatal en la hepatitis B; departamento de ginecología y obstetricia Hospital de Grenoble, Francia. dumas-00743715