

## Sesión de comunicaciones orales A3: Tuberculosis, resistencias bacterianas, Sida y salud pública

Aula 14F, Facultad de Farmacia  
Martes 20 de Julio: 15.00-17.00

### 187.- Disminución de la incidencia infecciosa como causa de exclusión, en donantes del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana del área de Castellón

A.E. Navarro, E. López, M. Sanhauja, M.L. Puig

Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana, Castellón, España

Con la finalidad de evaluar la evolución de marcadores de enfermedades infecciosas transmisibles por transfusión, hemos analizado su presencia y evolución a lo largo de 4 años en unas poblaciones concretas, elegidas de forma aleatoria, en la provincia de Castellón. Durante el periodo comprendido entre enero de 2000 a febrero de 2004, se analizaron en el laboratorio del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana, un total de 6.899 sueros de donantes procedentes de 7 poblaciones de la provincia de Castellón (60% varones y 40% mujeres) Todos los donantes, además de leer una hoja de autoexclusión, superaron una entrevista médica personal que consistió en una anamnesis detallada, mediante la cumplimentación de un cuestionario protocolizado encaminado a la selección de donantes sin riesgo infeccioso; seguido de la exploración clínica del sujeto. Tras la donación, los sueros fueron analizados en el laboratorio donde, además de otras pruebas de caracterización, se realizaron análisis para enfermedades transmisibles, que incluían en todos ellos pruebas de cribado y confirmatorias para VIH 1-2, VH B, VHC y *Treponema pallidum*. Además, se realizó la determinación de ALT. Se encontraron los resultados siguientes. En el año 2000, se analizaron 667 sueros excluyendo serológicamente a 16. En 2001, se analizaron 752 excluyendo a 11. En 2002, fueron 1351 excluyendo a 20.

En 2003, 3.440 sueros excluyendo a 12. Y en los meses de enero y febrero del año 2004, se analizaron 694 sueros excluyendo a 12. La prevalencia de positividad general observada en el periodo de estudio fue de 0,9%; siendo 2000 el año donde se halló la prevalencia más alta (2,39%), disminuyendo ésta progresivamente: en 2001 (1,46%), en 2002 (1,18%), en 2003 (0,34%) y en 2004 (0,28%). Observamos, un aumento progresivo del número de donantes del primer al último año de estudio (duplicándose en el 2º año, y quintuplicándose en el 3º, superando a las de 2000, en los 2 meses de 2004) y paralelamente, un descenso progresivo del porcentaje de positividad. El marcador que mayor porcentaje de reactividad presentó fue anti VHB ELISA (32,%) seguido de ELISA anti VHI 1-2 (29,3%), anti VHC ELISA 3º(23%); VHI RIBA indeterminado (5,1%), HBs Ag ELISA (3,7%), PCR-VHC (3,4%), por último, no hubo reactividad luetica. Mayor prevalencia para cada marcador se observó en mujeres salvo anti VHB, de predominio masculino, siendo mayor el rango de edad de 30 a 39. Si bien es cierto que pueden haber donantes en periodo ventana (y para minimizarlo se aplican las técnicas NAT), la selección de aquellos que pudieran tener factores de riesgo infeccioso es efectiva, de modo que podemos decir que entre los donantes, estos factores son residuales.

### 188.- Análisis de la tuberculosis en una gran ciudad: influencia de los nuevos inmigrantes

A. Orcau<sup>1</sup>, J. Edisson<sup>1,2</sup>, J.M. Jansà<sup>1</sup>, J.A. Caylà<sup>1</sup>, J. Gómez<sup>2</sup>, J. González<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona, Plaça Lesseps No. 1, 08023 Barcelona, España. <sup>2</sup>Unitat de Malalties Tropicals i Importades, CAP Drassanes, Institut Català de la Salut, Av. de les Drassanes, Barcelona, España. <sup>3</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

El gran crecimiento migratorio ocurrido en la ciudad de Barcelona en el último quinquenio, ha determinado un considerable incremento de casos de tuberculosis (TB) en algunos colectivos de inmigrantes. Analizar el impacto de estos nuevos, en la evolución epidemiológica de la TB en Barcelona, representa uno de los retos principales para su prevención y control. A partir de la notificación individualizada de los casos y la realización de la encuesta epidemiológica, se lleva a cabo el seguimiento de los pacientes y el estudio de sus contactos, contándose para las poblaciones inmigrantes con el apoyo de un equipo de agentes de salud de distintos países. El estudio epidemiológico, comprende: identificación del foco, análisis de variables de riesgo, y estudio de las características de la enfermedad. Las muestras biológicas de los pacientes son enviadas al laboratorio de microbiología de referencia donde se realiza un estudio mediante técnicas de RFLP para el estudio de epidemiología molecular. Durante el año 2003, se han detectado en Barcelona 481 enfermos con TB (incidencia: 30 casos por 100.000 hab.), un 7% menos que en el año anterior (497 casos). El porcentaje de pacientes extranjeros ha aumentado ligeramente, situándose en un 34 % (vs 31 % en 2002). La tasa de incidencia calculada entre la pobla-

ción autóctona ha sido de 22/100.000 y entre la población extranjera de 99/100.000. Entre los enfermos extranjeros, las formas pulmonares han representado el 80,4 % del total, siendo bacilíferos el 54%. La mediana de retraso diagnóstico de los bacilíferos ha sido de 37 días, mucho menor que en el caso de los autóctonos (48 días). Comparando el año 2002 con el 2003, el porcentaje de casos con tuberculosis pulmonar bacilífera y estudio de contactos realizado ha pasado del 56% al 65% y el número de contactos estudiado por enfermo ha pasado de una mediana de 1 (rango 0-57) a una mediana de 2 (rango 0-38). Respecto al estudio convencional de contactos de enfermos bacilíferos y comparando el año 2002 con el 2003, el porcentaje de casos secundarios detectados ha pasado de un 11,8 a 12,4 sin diferencia entre autóctonos y extranjeros. Los resultados RFLP todavía no son concluyentes. Los programas de prevención y control de la TB en las grandes ciudades, deben tomar en consideración el impacto de los casos detectados en población inmigrante, y aplicar las medidas adecuadas para estos pacientes, entre ellas la incorporación de agentes de salud.

Proyecto Financiado por el FISS No. PI02/1489.

### 189.- Evolución de la prevalencia y de la resistencia antibiótica de *Escherichia coli* enteroagregativo y *E. coli* enterotoxigénica causantes de diarrea de viajero

M.E. Mendez Arancibia<sup>1</sup>, J. Ruiz<sup>2</sup>, J. Gascón<sup>2</sup>, J. Vila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servei de Microbiologia, Hospital Clinic, Barcelona, España. <sup>2</sup>Centro de Salud Internacional, IDIBAPS, Hospital Clinic, Barcelona, España

El objetivo de este trabajo fue comparar y estudiar el origen, prevalencia y niveles de resistencia a diversos agentes antimicrobianos de *Escherichia coli* enteroagregativa (EAEC) y enterotoxigénica (ETEC) aislados como causa de diarrea del viajero (DV), entre dos periodos, 1994-1997 y 2001-2004. Mediante PCR se detectaron las cepas EAEC y ETEC aisladas como causa de DV en los periodos citados. Mediante el método de Kirby-Bauer se evaluó la sensibilidad a los siguientes agentes antimicrobianos: ampicilina (AMP), tetraciclina (TET), cloranfenicol (CL), cotrimoxazol (TS), amoxicilina más ácido clavulánico (AMC), ácido nalidixico (NAL) y ciprofloxacino (CIP). Los análisis estadísticos se realizaron por Mantel-Haenszel. Se estudiaron ciento treinta y dos (50 EAEC y 82 ETEC) y 173 (71 EAEC y 102 ETEC) *E. coli* recuperadas durante los periodos 1994-1997 y 2001-abril de 2004, respectivamente. Los niveles de resistencia a todos los antimicrobianos estudiados en el periodo 2001-2004 muestran un incremento con respecto a los obtenidos en el periodo 1994-1997 excepto CL que decrece segundo período. Así, entre las cepas EAEC: AMP aumenta de 52 a 58%, TET de 64 a 73%, TS de 48 a 65%, CIP de 2 a 5%, los cuales no son estadísticamente significativos y NAL de

6 a 21%, AMC de 0 a 14% ( $p < 0,001$ ), los niveles de resistencia a CL mostraron una leve disminución 28 a 27%. Entre las ETEC: AMP, TET y TS no presentan diferencias significativas pero sugieren un incremento en la resistencia de 43 a 53%, 57 a 64% y 50 a 56% respectivamente; NAL, CIP y AMC, aumentan de 6 a 22%, 1 a 12% y 0 a 8% ( $p < 0,01$ ), en tanto que la resistencia a CL disminuye de 20 a 16% sin significación estadística. En ambos periodos la incidencia de ETEC y EAEC entre las cepas de *E. coli* aisladas en pacientes con DV, permaneció inalterada, en valores entorno a 9% para ETEC y a 6% para EAEC. No obstante dentro de las cepas ETEC, los datos apuntan a una disminución de cepas productoras de toxina ST (de 6% a 3%) y a un incremento de cepas productoras de toxina LT (de 3% a 6%). En suma, se observa una tendencia a aumentar la resistencia de AMP, TET, TS, AMC, NAL y CIP en cepas diarreogénicas de *E. coli* causantes de DV y a una alteración en la importancia relativa de las cepas LT y ST. Cabe destacar el aumento en la resistencia a quinolonas, agentes antimicrobianos de amplia utilización. Estos resultados, resaltan la necesidad de mantener una continua vigilancia epidemiológica, para poder conocer las tendencias evolutivas de las resistencias importadas.

### 190.- Mecanismos moleculares de resistencia en cepas esporádicas de *Salmonella spp.* causantes de gastroenteritis aguda en Cuba

R. Cabrera<sup>1,2,3</sup>, J. Ruiz<sup>3</sup>, M. Ramírez<sup>2</sup>, L. Bravo<sup>2</sup>, A. Fernández<sup>2</sup>, A. Echeíta<sup>4</sup>, J. Gascón<sup>3</sup>, P.L. Alonso<sup>3</sup>, J. Vila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Microbiología, IDIBAPS, Hospital Clínic, Barcelona, España. <sup>2</sup>Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí", Ciudad Habana, Cuba. <sup>3</sup>Centro de Salud Internacional, Universidad de Barcelona, Hospital Clínic, Barcelona, Spain. <sup>4</sup>Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid, España

La gastroenteritis aguda sigue constituyendo en la actualidad un problema para la salud pública mundial que se ha incrementado con la aparición de cepas resistentes. En nuestro trabajo decidimos determinar la susceptibilidad antimicrobiana así como los mecanismos moleculares de resistencia en cepas de *Salmonella spp.* causantes de gastroenteritis aguda. Se estudiaron 50 cepas de *Salmonella spp.* aisladas de pacientes en diferentes provincias de Cuba. La identificación se llevó a cabo por los métodos bioquímicos convencionales. La susceptibilidad antimicrobiana se determinó frente a: ampicilina (AMP), amoxicilina/ácido clavulánico, ácido nalidixico (NAL), tetraciclina (TET), trimetoprim/sulfametoxazol (SXT), cloranfenicol (CHL), gentamicina, ciprofloxacino y espectinomicina por el método de Kirby-Bauer. Los mecanismos de resistencia fueron detectados mediante la técnica de PCR, la actividad cloranfenicol acetil transferasa (CAT) se realizó a través de un ensayo colorimétrico y se analizaron los perfiles genéticos por campo pulsado. 19 cepas presentaron resistencia al menos a un antimicrobiano, siendo el 78,9% de ellas multirresistentes.

De las 19 cepas resistentes, el serotipo Typhimurium fue el más frecuente (16 cepas; 84 %), la mayoría de ellas pertenecieron al fagotipo 104 y presentaron perfiles genéticos similares. Los antimicrobianos frente a los cuales hubo mayor resistencia fueron TET (94,7%), AMP (78,9%), CHL (73,6%) y espectinomicina (73,6%). La resistencia a tetraciclina estuvo determinada por la presencia de *tet G* y *tet A*. La resistencia a AMP estuvo marcada por la presencia de  $\beta$ -lactamasas tipo CARB. *floR* fue el principal mecanismo responsable de la resistencia a CHL. La presencia de *aadA2* fue la responsable de la resistencia a espectinomicina. El 73,6% de las cepas resistentes presentaron integrones Clase I que contenían los genes *carb* y *aadA2*. El hecho de ser cepas esporádicas aisladas en diferentes regiones del país y pertenecer la mayoría a un mismo serotipo y fagotipo, así como, detectarse la presencia en ellas de un mismo fenotipo de resistencia y los mismos mecanismos moleculares de resistencia, y presentar un perfil de campo pulsante similar permite inferir la circulación de un mismo clon en todo el país.

## 191.- Apoyo al programa de maternidad sin riesgo en la provincia de Tetuán bajo el modelo de los tres retrasos, Marruecos 2000-2003

R. Bekkali<sup>1</sup>, E. Grau<sup>2</sup>, X. Mas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Delegación de Salud Tetuán, Ministerio de Sanidad, Marruecos. <sup>2</sup>Hospital Español de Tetuán, Fundació Clínic, Barcelona. <sup>3</sup>Centre de Salut Internacional, IDIBAPS, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Según la encuesta PAPCHILD'97 la razón de mortalidad materna (RMM) en Marruecos fue de 270 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos para los años 94-96. La puesta en marcha el año 2001 del programa Maternidad Sin Riesgo, estrategia avalada por la OMS, en la provincia de Tetuán, pretende incidir en este problema. El presente trabajo presenta las actividades realizadas siguiendo el modelo descrito por Thadeus y Maine (1994) en el cual se identifican tres tipos de retrasos asociados a la demora en recibir atención obstétrica especializada: el retraso tipo 1 (R1) es el retraso en la toma de la decisión de buscar atención especializada, el tipo 2 (R2) en llegar al nivel de atención apropiada y el tipo 3 (R3) en recibir atención adecuada en la formación sanitaria. Las actividades realizadas se agrupan bajo tres grandes bloques: asistencia y prevención, formación y mejora de infraestructuras y equipamiento. Desde 2001 se ha producido un aumento del 11% de la cobertura de partos atendidos por personal cualificado (R3). La puesta en marcha de la consulta de embarazos de riesgo (R1+R3) en junio del 2003 permitió 316 nuevas visitas y 816 sucesivas durante junio-diciembre 2003. También se observa un incremento de casos complicados referidos al segundo nivel (R2+R3) -130% más desde el 2001-

gracias a dos ambulancias sin coste para el usuario. El equipo móvil realizó 220 salidas (R1+R3) para mejorar el acceso a cuidados de salud. En 2002, 25 mujeres en riesgo fueron referidas por las mujeres centinelas (R1). La construcción de una casa de partos y rehabilitación de otras 7, de la maternidad del hospital español y de la unidad de reanimación del hospital provincial y su informatización permitió mejorar la gestión de las estructuras sanitarias (R3). Un total de 496 estudiantes y personal de salud se beneficiaron de actividades de formación entre las que destacan la actualización y divulgación de protocolos obstétricos, del sistema de referencias y contrarreferencias y del programa de control prenatal y posparto (R3). Las actividades realizadas han llevado a consolidar el sistema de referencias y urgencias obstétricas. Además, el bloque de investigación del programa realizó una encuesta de mortalidad materna (autopsia verbal) para el período 96-02 que señala una cierta tendencia a la disminución en la RMM.

Trabajo de la Fundació Clínic subvencionado por la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) mediante la convocatoria ONGD's o ayuda al desarrollo 01PR2030 de 2001.

## 192.- Mortalidad materna en la Provincia de Tetuán, Marruecos 1996-2002

M. Llach<sup>1</sup>, E. Grau<sup>2</sup>, R. Sala<sup>3</sup>, X. Mas<sup>1</sup>, P. Alonso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centre de Salut Internacional, IDIBAPS, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. <sup>2</sup>Hospital Español de Tetuán, Tetuán, España.

<sup>3</sup>Fundació Clínic, Barcelona, España

El 99% de las defunciones maternas que se producen en el mundo cada año suceden en países de baja renta, en los cuales la asistencia durante el parto apenas alcanza el 50% y el control prenatal es aproximadamente del 65%. La mayoría de estos países carecen de unos registros vitales fiables que permitan calcular adecuadamente indicadores sanitarios. Este es el caso de Marruecos y por ello en este estudio se pretendió estimar la Razón de Mortalidad Materna (RMM) y determinar sus causas específicas en la provincia de Tetuán durante el período 1996-2002. Se revisaron todas las defunciones de mujeres de 15-49 años inscritas en el registro civil y, mediante la realización de una Autopsia Verbal y el uso de algoritmos diagnósticos, se determinó cuáles de ellas eran muertes maternas y se investigó las causas y las circunstancias que acompañaron dicha muerte. De 1.044 defunciones, 136 se clasificaron como maternas según definición del ICD-9. La RMM global fue 145,7 por 100.000 nacidos vivos (IC 95%: 122,3-172,3) apreciándose un cierto descenso a lo largo de los años estudiados y con una persistente disparidad entre medio rural [217,5 (172,2-361,51)] y urbano [99,9 (75,7-129,5)]. La edad media fue 33 años (sd=6,8). Realizó consulta prenatal el 32,3% de las mujeres (n=127). El 62,8% (n=86) dio a luz en domicilio (5,1% no atendidas, 6,8% atendidas por comadrona-enfermera, 40,7% por la familia, 47,8 % por comadrona tradicional), el 32,6 % en el hospital,

el 2,3% en clínica privada y el 2,3% por el camino al centro sanitario. El 63,9% (n=83) fallecieron durante el parto y el puerperio inmediato (<3 días). El 81,6% de las defunciones fueron por causa directa. El análisis bivariante determinó más riesgo de morir en las mujeres que vivían en zona rural [Odds Ratio (OR)=2,18, Intervalo de Confianza (IC) 95%=(1,55-3,06)] y en los grupos de mayor edad, sobre todo el de 40-45 años [OR=7,2 (2,49-21,0)]. El retraso en adquirir atención especializada de tipo 1 estuvo presente en el 60,3%, el tipo 3 en el 47,7% y el tipo 2 en el 11,8% (n=128). Nuestros resultados muestran unas RMM que, aunque con tendencia a la disminución, siguen siendo elevadas y el perfil predominante entre las mujeres fallecidas es el de una mujer de edad media, con niveles culturales bajos, residente en áreas rurales, múltipara y con baja cobertura asistencial, tanto prenatal como en el momento del parto. Alcanzar coberturas de atención prenatal elevadas es esencial para realizar un buen cribado de embarazos de riesgo con el objetivo de reducir la proporción de defunciones acontecidas durante el embarazo y concienciar a la mujer de la importancia de recibir atención obstétrica especializada.

Trabajo de la Fundació Clínic subvencionado por la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) mediante la convocatoria ONGD's o ayuda al desarrollo 01PR2030 de 2001.

### 193.- Identificación de indicadores de desigualdades socioeconómicas asociados a la mortalidad infantil en Manhiça (Mozambique)

C. Ascaso<sup>1,2</sup>, J.J. Aponte<sup>2</sup>, R. Abellana<sup>1,2</sup>, L. Lujan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona, Barcelona, España. <sup>2</sup>Centro de Salud Internacional de Barcelona, IDIBAPS, Barcelona, España

Se ha estudiado la población de niños menores de un año de Manhiça (Mozambique) durante los años 1998 a 2003. En total se han reclutado 10.455 niños en el momento de su nacimiento. A cada niño se le ha medido el número de días vividos durante el primer año de vida, el sexo, parto múltiples, las características de la casa familiar (tipo de material de construcción, número de edificios, casa con o sin cocina, casa con o sin sanitarios) y el nivel de estudios de su madre (con o sin estudios). Las tasas de mortalidad se han calculado por año a riesgo y los factores de riesgo se han evaluado usando modelos de regresión logística. Se ha fijado un riesgo alfa del 5%. Los análisis estadísticos se han realizado con el paquete SPSS versión 11. De los 10.455 niños nacidos en este periodo de tiempo han fallecido en el primer año de vida 605. La tasa de mortalidad infantil por año es de 76,76 por 1000 nacidos vivos. La mortalidad infantil además de estar asociada a existencia de partos múltiples (Odds Ratio=2,73,

$p < 0,05$ ) está relacionada con las características de la casa familiar. La mortalidad está asociada positivamente con las familias que tienen casas construidas exclusivamente con productos vegetales (Odds Ratio=1,504,  $p < 0,05$ ) y con las que no tienen cocina (Odds Ratio=1,18,  $p < 0,05$ ). Además existen evidencias para explorar la hipótesis de que en los casos de partos múltiples el riesgo atribuido a las construcciones tradicionales se incrementa. Los modelos de regresión utilizados han puesto de manifiesto que una vez controlado el riesgo de mortalidad atribuidos a las características del recién nacido y de la madre, las características de la casa familiar también están relacionadas con la mortalidad infantil. El tipo de material usado en la construcción de la casa y la ausencia/presencia de cocina se pueden interpretar como indicadores del nivel socioeconómico de las familias. En tal caso las familias con niveles socioeconómicos más bajos se asociarían a un mayor riesgo de mortalidad infantil.

### 194.- Experiencia de un gabinete de asesoramiento y testage voluntario (GATV) para un programa de prevención de transmisión vertical en una zona rural en el Sur de Mozambique, Manhiça: análisis descriptivo de los primeros 6 meses

A. Berenguera<sup>1</sup>, J. Gascón<sup>2</sup>, C. Menéndez<sup>2</sup>, A. Bardají<sup>1</sup>, A. Espiwa<sup>1</sup>, E. Bilana<sup>1</sup>, L. Nhandale<sup>3</sup>, P.L. Alonso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Investigaçao em Saude da Manhiça, CISM, Mozambique. <sup>2</sup>Centre de Salut Internacional, Hospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona.

<sup>3</sup>Centro de Saúde de Manhiça., Ministério de Saúde de Mozambique, MISAU, Mozambique

La pandemia del VIH/SIDA afecta gravemente a Mozambique, los últimos datos disponibles señalan que la prevalencia en individuos entre 15-49 años en la nación es de cerca de un 14%, con claras diferencias entre regiones, siendo la zona sur y centro las más afectadas con un 17% en el año 2002 (Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Saúde). Con esta prevalencia, Mozambique se sitúa entre uno de los 10 países más afectados del mundo. El Programa de Control al VIH/SIDA considera como prioridad esencial los Programas de Prevención de Transmisión Vertical como una forma de romper la cadena del VIH/SIDA en un grupo tan vulnerable como son las mujeres embarazadas. El objetivo principal de este trabajo es la implementación de un Programa de Prevención de Transmisión Vertical en la consulta pre-natal del Centro de Saúde de Manhiça. Siendo uno de los primeros programas que existen en una zona rural en Mozambique. Para la realización de esta experiencia, la metodología empleada en el programa tiene como componentes principales: charlas de Información-Educación y Comunicación en la sala de espera de la consulta pre-natal, asesoramiento individual y teste voluntario, asesoramiento en parejas y teste voluntario, tratamiento profiláctico con Nevirapina (1 dosis madre durante los dolores del parto - 1 dosis niño durante las prime-

ras 72 horas de vida) y asesoramiento nutricional. Desde la inauguración del GATV-PTV, el día 16 de julio hasta finales de enero de 2004, han pasado 1.045 personas (mujeres  $n=958$ ; hombres  $n=87$ ). Los resultados sugieren una de aceptación del 100% en el asesoramiento y un 83% en las mujeres para hacerse el teste de VIH. De estas mujeres un 18% resultaron seropositivas a diferencia de los hombres que tienen un índice mayor alrededor del 25%. Un 44% ( $n=66$ ) de las mujeres seropositivas han dado a luz, de ellas 79% en la maternidad. De estas últimas un 85% han recibido el tratamiento profiláctico completo con Nevirapina en la maternidad. De las que dieron a luz fuera de la maternidad un 72% recibieron el tratamiento completo. Los datos sugieren que a pesar de tener una buena aceptación y un buen cumplimiento del tratamiento con Nevirapina se tiene que reforzar el asesoramiento en pareja para que realmente no sólo sea una medida eficaz para la reducción de transmisión vertical sino que pueda ayudar a reforzar la prevención y los cambios de comportamiento en las relaciones sexuales.

Programa financiado por la Generalitat de Catalunya y Fundació la Caixa.