

Oportunidades perdidas para evitar la transmisión materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana; Uruguay 2005-2007

Dres. Jorge Quian*, Stella Gutiérrez*, Cristina Zabala†, Virginia González‡, Psic. Elena Bernadá§, Dra. Silvia Guimil¶, Asist. Sociales Virginia Galeano††, Belén Amorín‡, Lucía Apolo‡, Mariana Castro‡

Resumen

Introducción: a pesar de que Uruguay tiene un Programa Nacional de ITS.SIDA en el Ministerio de Salud Pública, que los servicios de salud son aparentemente accesibles a la población y que los antirretrovirales (ARV) son gratuitos para los tributarios del sub sector público, las cifras de transmisión vertical del VIH son inaceptablemente elevadas.

Objetivo: analizar la existencia de oportunidades perdidas que hubieran evitado la infección.

Material y método: análisis de las historias clínicas de los niños infectados nacidos en el período 1° de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2007.

Se analizaron las siguientes variables: momento del diagnóstico, control de embarazo, medicación recibida, vía de finalización, ARV durante el nacimiento y al recién nacido, amamantamiento. Se estudiaron, cuando fue posible, las condiciones psicológicas de las madres.

Resultados: en ese período nacieron 264 hijos de madres infectadas con VIH; 13 resultaron infectados (transmisión vertical 4,9%).

De las 13 mujeres, 11 no controlaron su embarazo, por lo que no recibieron ARV, dos no recibieron zidovudina (AZT) durante el nacimiento a pesar del diagnóstico por test rápido en el parto, y cuatro recién nacidos no recibieron AZT y amamantaron.

Las condiciones sociales, económicas y culturales de las madres fueron de vulnerabilidad, ya que muchas de ellas estaban solas, consumían drogas, tenían problemas psicológicos y su cultura era escasa. Seis ejercían la prostitución.

Dos murieron durante el primer año de vida de los niños. Dos de los padres estaban presos y uno de ellos murió en la cárcel.

* Profesor Agregado de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

† Ex Asistente de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

‡ Pediatra. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay.

§ Psicóloga. Centro de Referencia VIH-SIDA, Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay.

¶ Psiquiatra. Centro de Referencia VIH-SIDA, Centro Hospitalario

Pereira Rossell. Uruguay.

†† Asistente Social, Centro de Referencia VIH-SIDA, Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay.

Correspondencia: Dr. Jorge Quian
Pilcomayo 5163. Montevideo, Uruguay
Correo electrónico: jorgeq@internet.com.uy

Recibido: 13/10/08.

Aceptado: 9/2/09.

Conclusiones: es necesario implementar políticas que logren captar a las mujeres embarazadas pertenecientes a los estratos más humildes de la población. El test rápido debe realizarse en forma sistemática en los embarazos mal controlados. El equipo de salud debe estar más comprometido con esta enfermedad, casi totalmente evitable para los niños.

Palabras clave: TRANSMISIÓN VERTICAL DE ENFERMEDAD.
VIH.
URUGUAY.

Key words: DISEASE TRANSMISSION, VERTICAL.
HIV.
URUGUAY.

Introducción

La transmisión vertical (TV) de la madre al hijo es la principal fuente de infección en los niños VIH positivos pudiendo ocurrir antes, durante o después del nacimiento.

El porcentaje de transmisión materno infantil del VIH en Estados Unidos y Europa Occidental es cercano a 1%^(1,2).

En los países en vías de desarrollo el porcentaje es variable, pero siempre más alto, como ocurre en Brasil, Argentina, Chile y Uruguay⁽³⁻⁷⁾.

Los avances en el conocimiento de esta enfermedad permitieron establecer los factores que inciden en el riesgo de la TV.

Entre los factores relacionados con la infección materna, la carga viral (CV) alta (>1.000 copias/ml), recuentos absolutos de linfocitos CD4 bajos, la presencia de enfermedades marcadoras de sida, de infecciones genito urinarias durante el embarazo y la coexistencia con otras infecciones (citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis) aumentan el riesgo de TV⁽⁸⁻¹²⁾.

En relación con el nacimiento, la vía vaginal constituye un riesgo mayor comparada con la cesárea realizada antes del inicio del trabajo de parto^(2,8-12). La rotura de membranas con más de cuatro horas de anticipación al nacimiento también aumenta el riesgo de transmisión.

En relación al niño, los procedimientos invasivos de monitoreo fetal, el parto prematuro y el amamantamiento, constituyen factores para un mayor riesgo de TV.

En 1994, se conocieron los resultados del protocolo ACTG 076, que demostró que la administración de zidovudina (AZT) a la madre durante el embarazo y parto, y al recién nacido durante las primeras semanas de vida, disminuía el riesgo de TV en 70%⁽¹³⁾. Desde ese estudio comenzaron a aplicarse otras estrategias para disminuir aún más la TV.

Uruguay es un país en vías de desarrollo que tiene algunas características particulares. Del total de los naci-

mientos, 99% se produce en centros de asistencia públicos o privados; no hay impedimentos geográficos para acceder a los servicios de salud y la asistencia prestada por el Estado es gratuita o con aranceles mínimos de acuerdo con los ingresos.

Desde 1997, el equipo de salud está obligado por Ordenanza del Ministerio de Salud Pública y Decreto del Poder Ejecutivo a ofrecer el test de VIH a toda mujer embarazada. En 1999, se implementó la cesárea programada a toda mujer infectada por el VIH y posteriormente el triple plan con antirretrovirales (ARV) durante el embarazo.

Desde enero de 2002 se realiza test rápido de VIH a las mujeres que llegan a la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) sin conocer su condición⁽¹⁴⁾.

No hay dificultades en obtener los ARV, ya que todos los ciudadanos tienen derecho a recibirlos en forma gratuita.

Se han publicado las pautas de atención a la mujer embarazada⁽¹⁵⁾, se pueden realizar exámenes de CV y estudiar las poblaciones linfocitarias (PL).

Por último, se provee de leches sustitutas a las madres que son aconsejadas a no amamantar a sus hijos.

Sin embargo, el nivel de TV del VIH es más alto que en los países desarrollados, por lo que es necesario conocer cuáles son los problemas que se presentan para diseñar políticas que permitan descenderla.

El objetivo de la presente comunicación es analizar la existencia de oportunidades perdidas que hubieran podido evitar la TV del VIH entre los años 2005 a 2007 y de acuerdo a ellas proponer soluciones.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo a partir del análisis retrospectivo de las historias clínicas de los niños infectados con VIH por TV nacidos en el período comprendido entre el 1° de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2007 y

que fueron captados hasta el 1º de agosto de 2008.

El estudio se realizó en el Centro Nacional de Referencia Obstétrico Pediátrico de VIH-SIDA del CHPR, que recibe más de 90% de los hijos de madre infectada con VIH del país.

Los niños hijos de madres infectadas con VIH se controlan en este centro desde el nacimiento, cuando se conoce que la madre es infectada.

Se otorga el alta al primer nivel de atención cuando se confirma que no está infectado. Si se confirma la infección se continúa el control y tratamiento.

También el centro recibe a niños diagnosticados tardíamente y que son enviados para su evaluación y tratamiento. Cuenta con obstetra, pediatra, infectólogo pediatra, psicólogo infantil, psiquiatra, nutricionista, asistente social, odontólogo, educadora comunitaria y enfermera.

El diagnóstico de infección VIH se realizó en los menores de 18 meses a través de la prueba de PCR-VIH y en los mayores de esa edad por ELISA y Western Blot confirmatorio.

De cada niño infectado, se analizaron factores maternos y fetales relacionados con la TV y la actuación del equipo de salud.

De la madre se registraron las siguientes variables: momento del diagnóstico, escolaridad, trabajo estable, número de controles del embarazo, medicación ARV que recibió durante el mismo, vía de finalización del embarazo, tratamiento con ARV endovenoso u otra medicación, uso de drogas no convencionales. En caso de concurrir al control con su hijo, la madre era entrevistada por el psicólogo o psiquiatra de la policlínica.

Del padre se registraron edad, escolaridad y trabajo estable.

Del recién nacido se registraron peso, edad gestacional, administración de AZT u otro ARV y lactancia materna.

Se consideraron de término los que nacieron entre las 37 y 42 semanas de edad gestacional; pretérmino a los nacidos antes de esa fecha (severo menos de 31 semanas, moderado entre 32 y 34 y leve entre 35 y 36). Se consideró bajo peso al nacer menor a 2.500 gramos; pequeño para la edad gestacional (PEG) al que tenía peso menor al percentil 10 según la edad gestacional.

Se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados

Durante el período analizado nacieron 264 niños hijos de madre infectada con el VIH. Se diagnosticaron 13 niños infectados; siete nacieron en el año 2005, cuatro en 2006 y dos en 2007. El porcentaje de transmisión anual fue de 6,6%, 5,4% y 2,4%, respectivamente. El porcentaje de transmisión global en los 3 años fue de 4,9%.

De los 13 niños, nueve nacieron en Montevideo, tres

en el interior y uno en Paraguay, hijo de una mujer uruguaya.

La edad promedio de las madres fue de 28 años (rango 17-37); una de ellas era analfabeta, dos cursaron estudios primarios sin haberlos finalizado, tres completaron sus estudios primarios, cuatro llegaron a secundaria y una de ellas la culminó. De tres madres no se obtuvieron datos.

Seis eran casadas o estaban en concubinato estable, seis solteras y en una no constaba el dato.

Once no tenían trabajo estable, una sí y en otra faltaba el dato.

La edad promedio de los padres fue de 30 años (rango 22-39), cuatro habían cursado estudios primarios completos o secundarios, o ambos, dos primaria incompleta, en siete no se registró el dato. Tres tenían trabajo estable, dos inestable y en los restantes no constaba el dato. Dos de los padres estaban reclusos en instituciones carcelarias y uno de ellos falleció en prisión.

Controlaron su embarazo tres de las 13 mujeres.

Dos mujeres sabían su condición VIH antes del embarazo y no lo controlaron; en dos se hizo el diagnóstico durante el embarazo y recibieron terapia ARV, una con tres ARV a partir de la semana 30 y otra con dos ARV. En ambos casos se realizó cesárea de coordinación. Se desconoce la CV durante el embarazo. En cinco mujeres el diagnóstico se hizo por test rápido previo al parto y en cuatro el diagnóstico fue posnatal (tabla 1).

Recibieron tratamiento con ARV durante el embarazo dos mujeres; 11 no lo recibieron.

La vía de nacimiento fue parto en siete, cesárea de elección en dos y en cuatro cesárea de urgencia (tabla 1). Uno de los partos fue en domicilio y el niño traído posteriormente al hospital.

Solamente en cuatro historias figura el tiempo de ruptura de membranas; en una fue de 15 días, en otra de 10 días, en otra 12 horas y en otra fue intracesárea.

No recibieron tratamiento durante el parto o la cesárea siete de las pacientes; seis recibieron AZT endovenoso.

Dos madres fallecieron al mes y a los diez meses del nacimiento de sus hijos.

De los recién nacidos, nueve fueron de término, cuatro pretérmino (uno leve, dos moderados y uno severo) dos de estos últimos PEG. Cuatro de los recién nacidos fueron de bajo peso.

Recibieron terapia con AZT vía oral los nueve RN con diagnóstico de expuestos al nacer. Los otros cuatro fueron de diagnóstico posnatal: uno a la semana de vida, otro a los 12 días (parto en domicilio), otro a los siete meses (test rápido negativo en el momento del parto) y otro a los dos años (con dos exámenes VIH negativos durante el embarazo). Estos recién nacidos que no recibieron terapia ARV fueron amamantados en períodos variables; los ocho restantes no recibieron pecho materno.

Tabla 1. Características de los 13 niños infectados (2005-2007)

	<i>Edad materna</i>	<i>Lugar de nacimiento</i>	<i>Diagnóstico VIH</i>	<i>ARV embarazo</i>	<i>ARV parto</i>	<i>Modo de nacer</i>	<i>AZT RN</i>	<i>PD</i>
1	32	Montevideo	TR (parto)	No	Sí	CU	Sí	No
2	23	Montevideo	PN	No	No	Parto en domicilio	No	Sí
3	17	Montevideo	PE	No	No	CU	Sí	No
4	25	Montevideo	Embarazo	Sí (tres ARV)	Sí	CE	Sí	No
5	33	Cerro Largo	PN	No	No	Parto	No	Sí
6	36	Paraguay	PN	No	No	CU	No	Sí
7	23	Soriano	TR (parto)	No	No	Parto	Sí	No
8	29	Montevideo	PE	No	Sí	Parto	Sí	No
9	37	Rivera	Embarazo	Sí (dos ARV)	Sí	CE	Sí	No
10	36	Montevideo	TR (parto)	No	No	Parto	Sí	No
11	25	Montevideo	TR (parto)	No	Sí	CU	Sí	No
12	21	Montevideo	PN	No	No	Parto	No	Sí
13	34	Montevideo	TR (parto)	No	No	Parto	Sí	No

TR: test rápido; PN: posnatal; PE: previo embarazo; CU: cesárea de urgencia; P: parto; CE: cesárea de elección; PD: pecho directo; AZT: zidovudina; ARV: antirretrovirales

Todos los niños se controlan actualmente en forma adecuada; dos de ellos están institucionalizados y concurren a los controles con cuidadoras.

Valoración psicológica-social. Cuatro mujeres presentaban rasgos de personalidad antisocial (promiscuidad sexual, conductas de riesgo y abandono de sus hijos). Seis de las mujeres ejercieron o aún ejercen la prostitución; dos de ellas consumían sustancias psicoactivas.

Tres de las mujeres presentaban sintomatología depresiva de tipo distimia y tres no evidenciaron enfermedad psiquiátrica. Una de las mujeres presentaba retardo mental moderado.

Discusión

En Uruguay, la TV disminuyó a medida que aparecieron medidas para controlarla⁽¹⁶⁾. Pese a ello, aún estamos lejos de las cifras deseadas. En estos tres últimos años la tasa de transmisión vertical global fue de 4,9%, cinco veces

mayor que la de los países desarrollados^(1,2).

Solamente tres de las 13 mujeres controlaron su embarazo en forma correcta; por tanto, no fue posible implementar las medidas aconsejadas para disminuir la TV y nacieron niños infectados.

El primer objetivo para reducir la TV en Uruguay es mejorar la captación de la mujer embarazada. Este grupo de mujeres corresponde a la realidad que se registra en el CHPR, donde el Sistema Informático Perinatal (SIP) del año 2007 informa que hay casi 28% de mujeres que no controlaron su embarazo o lo controlaron mal⁽¹⁷⁾.

Las causas por las cuales una mujer no controla su embarazo son multifactoriales. En la población analizada de madres infectadas con el VIH, pueden haber influido razones económicas (11 sin trabajo), culturales (ninguna superó los estudios secundarios, siendo tres de ellas analfabetas funcionales), y familias monoparentales (cinco madres eran solteras, lo que implica no tener el apoyo de su pareja).

En lo que respecta a los padres, también había carencias culturales, solamente tres tenían trabajo estable (es de hacer notar que en muchos faltaba el dato, ya que cinco madres eran solteras). Dos de los padres estaban recluidos en instituciones carcelarias y uno de ellos falleció en prisión.

Además, como se desprende del informe psicosocial, pueden haber otras causas de la falta de control: prostitución, abandono de otros hijos, consumo de sustancias psicoactivas, retardo mental. Todo esto se manifiesta en situaciones de gran vulnerabilidad psicosocial, mujeres que viven en su mayoría en condiciones sociales de riesgo.

A pesar de no surgir un perfil psíquico único, la mayoría de las mujeres manifestaban síntomas que aumentaban los riesgos para ellas y el recién nacido, ya sea por conductas antisociales o por la falta de iniciativa que les genera la sintomatología depresiva que atraviesan.

Estas causas son similares a las de otros países también en vías de desarrollo⁽¹⁸⁾.

Llamó la atención que dos de las mujeres sabían su condición VIH antes del embarazo y no controlaron el mismo. Dos posibilidades caben. En primer término que ignoraran que para evitar la TV necesitaban recibir medicación ARV y planificar en conjunto con el ginecólogo la vía de finalización del embarazo. Queda por investigar si al realizarse el diagnóstico recibieron consejería y la calidad de la misma. En segundo lugar, no se puede descartar que al saber su condición VIH no quisieran controlarse para evitar discriminaciones del equipo de salud.

Hay dos mujeres (casos 2 y 12) que tuvieron su hijo en el CHPR y no fueron diagnosticadas pese a la implementación del test rápido; los casos 5 y 10 tuvieron diagnóstico por test rápido y no recibieron AZT endovenoso; en estos casos hubo fallas del equipo de salud. Desde el año 2002 está implementado el test rápido que permite al menos intervenciones en el período neonatal⁽¹⁴⁾.

Dos mujeres recibieron ARV durante el embarazo (casos 4 y 9), se realizó cesárea de elección, los recién nacidos recibieron AZT, y no fueron amamantados. Pese a ello se infectaron. Hay un porcentaje bajo en que a pesar de todas las medidas, habrá igualmente TV. En estas mujeres, la que recibió tres ARV, los comenzó a las 30 semanas, y no se cuenta con carga viral ni valores de CD4 para evaluar el tratamiento y su efectividad. La otra recibió solamente biterapia, y tampoco se tuvo la evaluación de laboratorio.

Los autores plantean que es necesario mejorar las condiciones para que estas mujeres pobres económica, cultural y socialmente, sean captadas en el embarazo, pues uno de los objetivos del milenio es reducir la TV; si no se captan a tiempo, es imposible ofrecerle los mecanismos protectores para sus hijos⁽¹⁹⁾. Probablemente, las modificaciones introducidas con el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud contribuyan en algo a mejorar la situación.

Pero resulta evidente que no es solamente desde el sistema de salud que se deben realizar acciones.

También las acciones sobre los padres, logrando una paternidad responsable, para que acompañen a la mujer y a su futuro hijo son de fundamental importancia.

Es además imprescindible involucrar más al equipo de salud, ya que dos de las diez madres pasaron por el hospital y no se les realizó diagnóstico y, por lo tanto, tampoco consejería. Son necesarias auditorías de historias clínicas con todo el equipo de salud para evitar la omisión del diagnóstico en mujeres embarazadas.

Como se planteó en la XIV Conferencia Internacional de Sida en Barcelona, "la información es una condición necesaria, pero no suficiente para cambiar comportamientos. Ello es debido a que los comportamientos vienen determinados por múltiples componentes. Intervienen además de la información la percepción de la vulnerabilidad y de la gravedad de la enfermedad, la percepción de la norma social, la opinión de las personas de referencia, las actitudes ante la salud, la capacidad de comunicación con la pareja, la falta o presencia de habilidades concretas para adoptar conductas saludables, etcétera"⁽²⁰⁾.

Es claro que las intervenciones en tiempo adecuado, reducen la TV y que se deben monitorizar los resultados comprobando que los niños no están infectados en los plazos habituales y si por alguna razón fueron amamantados, el control continuará meses después de su interrupción⁽²¹⁾.

*"Hoy sabemos que el SIDA avanza allí donde los individuos no están en condiciones de informarse y reaccionar; lo que esencialmente ocurre en los grupos marginados, excluidos o víctimas de discriminación. De ellos se infiere que, cuanto mejor sepa una sociedad luchar contra la discriminación e imponer el respeto de los derechos y la dignidad de todos y cada uno de sus miembros, más fácilmente logrará poner dique a los avances del SIDA, porque de ese modo habrá sabido atacar la pandemia en sus causas más profundas". **

Summary

Despite Uruguay having a STD/HIV National Program under the Ministry of Health, health care services seemingly approachable, and antiretroviral drugs free for those in the public sub-sector, HIV vertical transmission figures are unacceptably high.

Objective: to analyze the existence of lost opportunities that would have avoided infection.

* Mann J. Salud y derechos humanos. El Correo de la UNESCO. 1995, junio, 26/31.

Method: the study examined the clinical records of infected children born between January 1, 2005 and December 31, 2007.

The following variables were analyzed: time of diagnosis, pregnancy follow-up, medication received, form of childbirth, antiretrovirals during birth and for the newborn, breastfeeding. Likewise, psychological condition of mothers was studied, whenever possible.

Results: during this period, 264 children were born of HIV-infected mothers; 13 were infected (vertical transmission 4.9%).

Out of 13 women, 11 of them had no prenatal follow-up, and thus were not administered antiretrovirals; two of them were not administered AZT during birth in spite of diagnosis made through a quick test upon delivery; and four newborns were not administered AZT and were breastfed.

Mothers were under vulnerable social, economic and cultural conditions, since many of them were on their own, took drugs, had psychological problems and evidenced little education. Six of them worked in prostitution.

Two of them died during the child's first year of life. Two of the fathers were in prison and one of them died in jail.

Conclusions: policies that appeal to pregnant women in the lower economic sectors need to be drafted. The quick test must be carried out systematically in pregnancies with poor prenatal follow-up. Health professionals must be more committed to this condition, almost completely avoidable for children.

Résumé

Bien que l'Uruguay compte sur un Programme national de ITS.SIDA au sein du Ministère de la Santé Publique, et que les services de santé sont apparemment accessibles à la population et que les antirétroviraux sont gratuits pour les tributaires du sous secteur public, les chiffres de transmission verticale du VIH sont inacceptablement élevés.

Objectif: analyser l'existence d'opportunités perdues qui auraient évité l'infection.

Matériel et méthode: analyse des histoires cliniques des enfants infectés nés pendant la période allant du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2007.

Les suivantes variables ont été analysées: moment du diagnostic, contrôle de la grossesse, des médicaments reçus, de la voie de fin, ARV pendant la naissance et au nouveau-né, allaitement. On a étudié, quand cela a été possible, les conditions psychologiques des mères.

Résultats: pendant cette période, 264 enfants sont nés de mères infectées avec VIH dont 13 ont été infectés (transmission verticale 4,9%).

Sur les 13 femmes, 11 n'ont pas contrôlé leur grossesse, donc elles n'ont pas reçu de ARV, deux n'ont pas reçu de AZT au moment de la naissance, malgré le diagnostic par test rapide pendant l'accouchement, et quatre nouveaux nés n'ont pas reçu de AZT et ont été allaités.

Les conditions sociales, économiques et culturelles des mères ont été de vulnérabilité, puisque, beaucoup d'entre elles étaient seules, consommaient des drogues, avaient des problèmes psychologiques et leur niveau culturel était faible. Six d'entre elles exerçaient la prostitution.

Deux sont décédées pendant la première année de vie de leurs enfants. Deux des pères étaient en prison et l'un d'eux y est décédé.

Conclusions: il est nécessaire de mettre en place des politiques qui réussissent à capter les femmes enceintes appartenant aux couches les plus humbles de la population. Le test rapide doit être effectué de façon systématique dans les cas de grossesses mal contrôlées. L'équipe de la santé doit être plus engagée avec cette maladie, presque totalement évitable pour les enfants.

Resumo

Apesar da existência de um Programa Nacional de DTS.SIDA do Ministério de Saúde Pública do Uruguai, de serviços de saúde aparentemente acessíveis à população e que os medicamentos anti-retrovirais (ARV) são gratuitos para as pessoas que utilizam o sub-setor público de atenção de saúde, as cifras de transmissão vertical de VIH são altas e inaceitáveis.

Objetivo: analisar a existência de oportunidades perdidas que poderiam evitar a infecção.

Material e método: análise dos prontuários de paciente das crianças infectadas nascidas no período 1º de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2007.

As seguintes variáveis foram analisadas: momento do diagnóstico, controle da gravidez, medicamentos recebidos, via de terminação, ARV durante o nascimento ao recém-nascido, aleitamento. Quando foi possível, as condições psicológicas da mãe foram estudadas.

Resultados: no período estudado nasceram 264 filhos de mães infectadas com VIH; 13 foram infectados (transmissão vertical 4.9%).

Das 13 mulheres, 11 não controlaram sua gravidez, por tanto não receberam medicamentos ARV, os recém-nascidos não receberam zidovudina (AZT) durante o nascimento apesar do diagnóstico por teste rápido no parto, e quatro recém-nascidos não receberam AZT e foram amamentados.

As condições sociais, econômicas e culturais das mães foram de vulnerabilidade, pois muitas estavam sozinhas, eram consumidoras de drogas, apresentavam problemas

psicológicos e tinham pouca cultura. Seis exerciam a prostituição.

Duas morreram durante o primeiro ano de vida das crianças. Dois pais estavam presos e um deles morreu na prisão.

Conclusões: é necessário implementar políticas que captem as gestantes dos estratos mais humildes da população. O teste rápido deve ser realizado de forma sistemática nas mulheres que não controlaram sua gestação. A equipe de saúde deve estar mais comprometida com essa patologia, praticamente evitável para as crianças.

Bibliografía

1. **Tabone M, Vaudre G, Dehée A, Dollfus C.** Transmission materno-foetale du VIH: progrès et perspectives. *Arch Pediatr* 2005; 12: 1-3.
2. **Cohan D.** Perinatal HIV: special considerations. *Top HIV Med* 2003; 11: 200-13.
3. **Chavez A, Álvarez A, Wu E, Peña A, Vizueta E.** Evolución de la transmisión vertical de la infección por el VIH en Chile. *Rev Chil Infect* 2007; 24(5): 368-71.
4. **González I, Díaz-Jidy M, Berdasquera D, Toledo ME, Pérez J.** Infección por VIH en Cuba por transmisión vertical. Reporte de nueve casos fatales en 10 años. *Rev Chil Infect* 2008; 25(1): 41-8.
5. **Sarubbi M, Vázquez L, Zárate M, Rodríguez G, Canete V, Luppino C, et al.** Results of 2 years experience with an HIV vertical transmission prevention program (AMAPES). *Int J Infect Dis* 2004, 8(Supl.1): S210.
6. **Quian J, Picón T, Rodríguez I, Gutiérrez S, González A, Nin M, et al.** Evaluación de la quimioprofilaxis con zidovudine a la mujer embarazada VIH positiva y su hijo. *Arch Pediatr Urug* 1999; 70(1): 5-10.
7. **Turchi M, da Silva Duarte L, Turchi C.** Mother-to-child transmission: risk factors and missed opportunities for prevention among pregnant women attending health services in Goiânia, Goiás State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 Sup.3: S390-S401.
8. Risk factors for mother-to-child transmission of HIV-1. European Collaborative Study. *Lancet* 1992; 339: 1007-2.
9. **Sperling R, Shapiro D, Coombs R, Todd J, Herman S, McSherry G, et al.** Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of HIV type 1 from mother to infant. *N Engl J Med* 1996; 335(22): 1621-9.
10. **Mayaux M, Dussaix E, Isopet J, Rekeciewicz C, Mandelbrot L, Ciraru N, et al.** Maternal virus load during pregnancy and mother-to-child transmission of HIV type 1: the French perinatal cohort studies. *J Infect Dis* 1997; 175: 172-5.
11. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. The European Mode of Delivery Collaboration. *Lancet* 1999; 353: 1035-9.
12. Maternal viral load and vertical transmission of HIV-1: an important factor but not the only one. The European Collaborative Study. *AIDS* 1999; 13: 1377-85.
13. **Connor EM, Sperling R, Gelfer R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ.** Reduction of maternal-infant transmission of HIV-type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 331: 1173-80.
14. **Quian J, Visconti A, Gutiérrez S, Galli A, Maturo M, Galeano V, et al.** Detección de infección VIH a través de test rápido en mujeres embarazadas: una estrategia exitosa para disminuir la transmisión vertical. *Rev Chil Infect* 2005; 22(4): 321-6.
15. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA). Guías para diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización adultos y embarazadas. Montevideo: OPS/OMS, 2006. Obtenido de: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?432,15993> (Consulta: 28 de abril de 2008).
16. **Quian J, Gutiérrez S, Visconti A, Sicco G, Telechea D, Nin M, et al.** Primeros 1000 hijos de madres VIH positivas en el Uruguay; análisis de las distintas intervenciones realizadas durante los 15 años de un centro nacional de referencia. *Saludarte* 2007; 5(2): 156-72.
17. **Sistema Informático Perinatal (SIP).** Centro Hospitalario Pereira Rossell. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2007
18. **Turchi M, da Silva Duarte L, Turchi C.** Mother-to-child transmission of HIV: risk factors and missed opportunities for prevention among pregnant women attending health services in Goiânia, Goiás State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 Sup: S390-S401.
19. **Pérez C.** Estrategias de Prevención del VIH/SIDA. *Revista Quark Ciencia Medicina Comunicación y Cultura* 2002; 24. XIV Conferencia Internacional de SIDA. Barcelona.
20. **Stringer E, Chi B, Chintu N, Creek T, Ekouevi D, Coetzee D, et al.** Monitoring effectiveness of programmes to prevent mother-to-child HIV transmission in lower-income countries. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 57-62.
21. **Coll O, Fiore S, Florida M, Giaquinto C, Grosch-Wörner I, Guiliano M, et al.** Pregnancy and HIV infection: a European consensus on management. *AIDS* 2002; 16(Suppl 2): S1-S18.