



Enfermería Global

E-ISSN: 1695-6141

eglobal@um.es

Universidad de Murcia

España

Veríssimo de Oliveira, MI.; Andrade Bezerra, MG; Bezerra Filho, JG.; Bezerra, JP.; Carvalho de Oliveira, RM.; Gonçalves Feitosa, RF.

Puérperas con virus humano de inmunodeficiencia adquirida positivo (VIH+) y las condiciones de sus recién nacidos

Enfermería Global, vol. 11, núm. 4, octubre, 2012, pp. 425-438

Universidad de Murcia

Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834801023>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



ENFERMERÍA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

Puérperas con virus humano de inmunodeficiencia adquirida positivo (VIH+) y las condiciones de sus recién nacidos

Puérperas com vírus humano da imunodeficiencia positivo (HIV+) e as condições de nascimento de seus recém-nascidos

*Veríssimo de Oliveira, MI. **Andrade Bezerra, MG. ***Bezerra Filho, JG.

****Bezerra, JP. *****Carvalho de Oliveira, RM. *****Gonçalves Feitosa, RF.

*Doutoranda em Saúde Coletiva. Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand-Universidade Federal do Ceará. E-mail: oliveira_ivoneide@yahoo.com.br **Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade de Fortaleza. Enfermeira da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand-Universidade Federal do Ceará. ***Biestatístico. Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. Docente do Programa de Pós Graduação UFC/UECE. ****Especialista em Neonatologia pela Faculdade Metropolitana de Fortaleza. ***** Professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Ceará. *****Doutora em Farmacología. Enfermeira do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará. Brasil.

Palabras clave: Cuidado prenatal; cesárea; recién nacido.

Palavras chave: Cuidado Pré-natal; Cesárea; Recém-nascido.

Keywords: Prenatal Care; Cesarean Section; Infant, Newborn

RESUMEN

Objetivos: Caracterizar el perfil de puérperas con virus humano de inmunodeficiencia adquirida positivo (VIH+) y condiciones de nacimiento de los recién-nacidos.

Método: Estudio retrospectivo descriptivo, enfoque cuantitativo, realizado en maternidad pública, en Fortaleza-Ceará-Brasil. Participaron todas las puérperas seropositivas VIH+ y sus recién nacidos admitidos en 2009, totalizando 27, registrados en el Núcleo de Vigilancia Epidemiológica (NUVE).

Resultados: En cuanto a las madres, 37,0%, tenían franja de edad de 21-25 años, 11,1% tomaron droga, 48,1%, tenían de una a dos gestaciones, 40,7% no realizaron seis consultas prenatal, 96,3% tuvieron parto cesárea, 74,0% tomaron Zidovudine (AZT). En cuanto al recién nacido 74,0 %, tenían estatura de 45-49 cm, 63,0%, perímetro cefálico 32-34 cm, 63,0%, perímetro torácico 30-33 cm, 14,8% con peso > 3.500g, 18,5% nacieron pre-término, 3,7% presentaron apgar en el primer minuto de 4-7 y 96,3% >7 y 37,1% presentaron taquipnea transitoria.

Conclusión: Fue relevante el número de gestantes con terapia antirretroviral en la gestación y parto, a pesar de que gran parte de las mujeres habían realizado menos de seis consultas prenatal. Un dato a tener en cuenta es el bajo número de recién nacidos dirigidos al nido. El peso de nacimiento, estatura y perímetrocefálico fueron en su mayoría satisfactorios, y equivalente al relatado en la literatura pertinente.

RESUMO

Objetivos: caracterizar o perfil de puérperas com vírus humano da imunodeficiência positivo (HIV+) e condições de nascimento dos recém-nascidos.

Método: estudo retrospectivo descritivo, abordagem quantitativa, realizado em maternidade pública, em Fortaleza-Ceará-Brasil. Participaram todas puérperas soropositivas HIV+ e seus recém-nascidos admitidos em 2009, totalizando 27 cada, registrados no Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE).

Resultados: quanto às mães, 37,0%, tinham faixa etária 21- 25 anos, 11,1% usaram droga, 48,1%, tinham uma a duas gestações, 40,7% não realizaram seis consultas pré natal, 96,3% tiveram parto cesárea, 74,0% usaram Zidovudine (AZT). Quanto ao recém-nascido 74,0 %, tinham estatura de 45-49 cm, 63,0%, perímetrocefálico 32-34 cm, 63,0%, perímetro torácico 30-33 cm, 14,8% com peso > 3.500g, 18,5% nasceram pré-termo, 3,7% apresentaram apgar no primeiro minuto de 4-7 e 96,3% >7 e 37,1% apresentaram taquipneia transitória.

Conclusão: foi expressivo o número de gestantes com terapia antirretroviral na gestação e parto, apesar de grande parte das mulheres terem realizado menos de seis consultas pré-natal. Um dado a merecer atenção é a baixa quantidade de recém-nascidos encaminhados para o alojamento conjunto. O peso de nascimento, estatura e perímetrocefálico foram na sua maior parte satisfatório, e equivalente ao relatado na literatura pertinente.

ABSTRACT

Objectives: To characterize the profile of mothers with positive human immunodeficiency virus (HIV+) and birth conditions of newborns. **Method:** A retrospective descriptive study, quantitative approach performed in a public maternity in Fortaleza, Ceará-Brazil. All the participants were HIV + seropositive mothers and their newborns admitted in 2009, totaled 27, recorded in the Epidemiological Surveillance Unit (NUVE). **Results:** the mothers, 37.0% were aged between 21-25 years, 11.1% used drugs, 48.1% had one to two pregnancies, 40.7% had not carried out at least six prenatal consultations, 96, 3% had a cesarean delivery, 74.0% used Zidovudine (AZT). Concerning the newborn 74.0% were 45-49 cm tall, 63.0%, head circumference 32-34 cm, 63.0%, chest circumference 30-33 cm, 14.8% weighed> 3500 g, 18.5% were born preterm, 3.7% had Apgar in the first minute of 4-7 and 96.3%> 7 and 37.1% had transient tachypnea. **Conclusion:** Although most women had done less than six prenatal visits, there were a significant number of pregnant women with antiretroviral therapy in pregnancy and childbirth. The number of newborns sent to rooming was quite low. Birth weight, height and head circumference were mostly satisfactory and equivalent to that reported in literature.

INTRODUCCIÓN

Al comienzo de la década de 1980, la humanidad se vio ante el gran desafío de enfrentar la pandemia del aids, enfermedad causada por el virus de la imunodeficiencia adquirida que hoy ocupa lugar preeminente entre los principales problemas de salud en el mundo. Al describir la trayectoria de esa pandemia según el número absoluto de casos, se observa que en los veintiseis primeros años de la epidemia, de 1980 a 30 de julio de 2006, Brasil notificó 433.067 casos. Se conoció, así, el impacto de la epidemia en las mujeres brasileñas¹.

En 1986, se contabilizaba una mujer infectada por cada dieciséis hombres en la misma situación. Hoy esa relación hombre-mujer ha pasado al orden de 2/1, mas hay regiones donde la relación es 1/1. Predominan casos de seropositividad entre jóvenes (sobre todo en la franja de los 15 a los 19 años) y mujeres menos escolarizadas (con

menos de ocho años de estudios). Según los datos actuales del Ministerio de Salud (MS), la epidemia del aids se da nueve veces más entre las mujeres².

El aumento del número de mujeres con aids trajo como consecuencia el crecimiento en las tasas de transmisión vertical (TV) del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Esta situación provocó la infección de percentual considerable de niños en todo el mundo con el virus VIH, debido a que muchas mujeres con aids se encontraban en edad reproductiva. Según estimaciones del Ministerio de Salud, cada año, 17.200 gestantes son infectadas por el VIH. De este modo, la TV es responsable de prácticamente todos los casos de la infección en niños menores de 13 años³.

Como muestran los datos, los patrones de difusión de la infección por el virus de imunodeficiencia adquirida (VIH) cambiaron, particularmente como consecuencia del predominio de la forma de transmisión heterosexual, siendo decisivos en el aumento de la incidencia de casos de aids en mujeres. Además, el aumento de casos de aids entre mujeres tuvo, como consecuencia, el aumento de la transmisión vertical de la infección por el VIH con aumento del número de casos de aids en niños, en todo el mundo. En Brasil, cerca del 80% de los casos de aids pediátrico, o sea, en niños de hasta 13 años de edad, proceden de transmisión vertical⁴.

Como se ha mencionado, el número de niños expuestos va en aumento pues, desde la aparición de esta enfermedad en nuestro medio, se ha observado el aumento del número de casos entre mujeres en edad fértil con infección por el VIH/aids. Esto persiste hasta los días actuales con la verificación de que la epidemia crece nueve veces más entre las mujeres⁵.

El elevado número de mujeres infectadas llevó al Ministerio de Salud a tomar medidas inmediatas para garantizar la asistencia especializada, en la perspectiva de la erradicación o de, por lo menos, atenuación de la transmisión vertical. En 1995 el Estado empezó a recomendar la realización del rastreo serológico para el VIH a través de tests rápidos durante la asistencia prenatal. Este test, si da positivo, propicia la reducción de la transmisión vertical, por medio de la profilaxis subsiguiente con Zidovudine (AZT)³.

Con la identificación precoz de la gestante portadora de VIH se facilita su acompañamiento, beneficiando a la madre y al bebé mediante la adopción de medidas preventivas, entre ellas la prohibición del amamantamiento materno y la utilización de la profilaxis para pneumocistosis, causa de muerte más frecuente en niños con aids menores de un año⁶.

Se recomienda que las gestantes infectadas por el VIH reciban la terapia antirretroviral objetivando la profilaxis de la transmisión materno-infantil. El Zidovudina debe ser utilizado por vía oral a partir de catorce semanas de gestación, es importante recoger sangre de la gestante para recuento de linfocitos CD4 y la media de la carga viral a fin de evaluar la necesidad de modificar el esquema terapéutico y de utilizar quimioprofilaxis para infección oportunística. Caso de cesárea electiva, el AZT será inyectado por vía endovenosa tres horas antes de la operación y mantenido hasta la ligadura del cordón umbilical. Si el recién nacido recibiera el AZT por solución oral, en las primeras ocho horas después del parto, la medicación permanece por seis semanas. Empleado correctamente el tratamiento con AZT, practicada la cesárea electiva, proscrito el amamantamiento materno, la tasa de transmisión vertical actual para el VIH es de 2%⁷.

También deben tomarse medidas para proteger al recién nacido de mayor exposición a la sangre y a los líquidos orgánicos maternos. La piel de este debe ser limpiada con jabón, con agua y con alcohol, antes de los procedimientos invasivos, como la administración de vitamina K o la punción en el talón. Todos los días el cordón umbilical debe limpiarse meticulosamente hasta la cicatrización completa. De modo general, el recién nacido puede ser cuidado en el nido normal. Además, no se exige el uso de guantes para actividades como vestir o alimentar al bebé⁸.

Es interesante destacar, sin embargo, lo siguiente: a pesar de nacer en buenas condiciones, como son excluidos del amamantamiento materno para prevención de contaminación, tales neonatos quedan expuestos a otros problemas inherentes a esa franja de edad, como infecciones generalizadas derivadas de la baja inmunidad. Así, es importante el acompañamiento clínico y las orientaciones para la salud relativas a la higiene y a la alimentación del niño, para la prevención de complicaciones, como también el control específico instituido por el Ministerio de Salud para hijos de portadoras de VIH⁶.

Virtualmente, todo bebé nacido de una madre seropositiva tendrá anticuerpos VIH al nacer; sin embargo, los recién nacidos no infectados pierden el anticuerpo materno entre los primeros ocho y quince meses de vida. Típicamente, el bebé infectado por VIH es asintomático al nacer y no presenta signos físicos obvios. Con todo, la ocurrencia de una infección oportunista (causada por un organismo que generalmente no provoca la enfermedad) en el neonato puede alertar al cuidador sobre la presencia de la infección VIH, o ayudar en la confirmación del diagnóstico. En cuanto a la edad media de inicio de las infecciones oportunistas, gira alrededor de los tres a los seis meses de vida⁸.

El lactante expuesto al VIH debe ser acompañado con consultas quincenales en los dos primeros meses de vida, mensuales hasta los seis meses y trimestrales de los dieciocho a los veinticuatro meses. En todas las consultas es imprescindible el examen físico completo del niño, con evaluaciones del peso, estatura, perímetrocefálico y desarrollo neurológico. Como observado, los niños infectados pueden presentar bajo aumento de peso y retraso del desarrollo neuropsicomotor en los primeros meses de vida. En el primer mes, a los diez, quince y treinta días de vida, se debe reforzar la adhesión al uso AZT, que el niño debe estar recibiendo desde el nacimiento, así como ajustar la dosis según el peso actualizado del paciente y reforzar con el responsable la indicación de no alimentarlo con leche materna⁹.

Antes de un año de vida, los niños infectados manifiestan algunos síntomas semejantes a los observados en los adultos, incluyendo la linfadenopatía, la hepatoesplenomegalia, la diarrea crónica, la pneumonite intersticial y la estomatitis persistente. Además, presentan deficiencia de crecimiento y atraso en el desarrollo, infecciones bacterianas graves recurrentes y, ocasionalmente, aumento de las glándulas parótidas. La pneumonía por Pneumocystis carinii (PCP) ocurre en 62% de los bebés afectados y el sarcoma de kaposi, en 5% de estos. Comúnmente, la infección viral causada por el Citomegalovirus (CMV) y por el virus Epstein-Barr es observada en los niños con aids. La sepsis bacteriana también puede constituir una manifestación inicial⁸.

Se debe orientar a la familia sobre la vacunación. Niños con VIH, sintomática o asintomática, deben recibir todas las vacunas de rutina, excepto la poliovirus oral. Recuérdese también: las personas en contacto con la familia tampoco deben recibir la

vacuna de polio oral, pues el virus puede ser transmitido al niño inmunodeprimido. Sí puede aplicarse la vacuna inactivada de la poliomelitis⁸.

Rutinariamente, el momento del alta de la maternidad acostumbra ser revestido de un estrés adicional en relación a cualquier otro recién nacido, pues el diagnóstico de la infección por VIH en la madre generalmente constituye secreto debido al estigma y al preconcepto asociado a la enfermedad, y tanto el uso del jarabe de AZT como la preparación de la leche son bastante reveladores. Es esencial ofrecer soporte emocional y social para esa familia, asegurando sigilo y no discriminación. Se recomienda también que el bebé debe tener alta con consulta agendada en ambulatorio especializado en el manejo clínico de niños nacidos de madres portadoras de VIH¹⁰.

Al revisarse la literatura científica sobre VIH se observa la importancia epidemiológica y social de esta patología, sin embargo, conforme se constata, existe al mismo tiempo una producción incipiente de investigaciones explorando al recién nacido de mujeres portadoras de VIH. Así, al saber que esa problemática afecta a población más vulnerable de niños y mujeres, se hace necesario conocerla y discutirla para concienciar a los profesionales que prestan asistencia a esa población de la vigencia de la utilización de estrategias capaces de mejorar sus acciones. Se fundamenta, así, la importancia de la realización de esa investigación.

Ante lo expuesto, el objetivo del estudio fue caracterizar el perfil de las puérperas con el virus humano de la inmunodeficiencia adquirida positivo VIH+ y las condiciones de nacimiento de sus recién nacidos en una institución en el año de 2009.

METODOLOGÍA

Estudio de naturaleza descriptiva retrospectiva de carácter exploratorio, con enfoque cuantitativo, realizado en una maternidad pública de nivel terciario, federal, integrada en la red SUS, en la ciudad de Fortaleza-Ceará. Le incumbe, prioritariamente, promover la formación de recursos humanos en acciones de aprendizaje, enseñanza, investigación y extensión, buscando la excelencia en la atención global y humanizada a la salud de la mujer y del recién nacido. La mencionada institución dispone de área física de 10.842,18 m², constituida por: ocho salas de centro cirúrgico; un centro de parto natural y 38 salas de ambulatorios. En cuanto al número de camas, se disponen del siguiente modo: 24 de ginecología; 124 de obstetricia; 22 de UTI neonatal; 30 de medio riesgo; 05 de madre canguro y 4 de UTI materna. Al cuadro de funcionarios pertenecen los siguientes profesionales: 176 médicos, 86 enfermeros y 360 auxiliares y técnicos de enfermería. La referida maternidad ofrece a la población un alto standar de calidad en el servicio de obstetricia, ginecología, prenatal de bajo y alto riesgo, banco de leche, planificación familiar, siendo referencia para el tratamiento de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) y en la atención de recién nacidos.

Durante el periodo estudiado de enero a diciembre de 2009 ocurrieron 4.872 partos y fueron identificadas a través del Núcleo de Vigilancia Epidemiológica (NUVE) 27 madres VIH+ y sus recién nacidos. Todas ellas y sus recién nacidos formaron parte del estudio. El criterio de inclusión en el estudio fue la madre ser identificada y diagnosticada seropositiva VIH+ a través de test rápido y de exámenes de laboratorio registrados en los prontuarios. Aquellas que no tuvieron confirmación fueron excluidas del estudio.

En relación a la madre, se consideraron las siguientes variables: franja de edad, consumo de alcohol, de drogas, número de gestaciones, de consultas de prenatal, tipo de parto, uso de AZT durante la gestación y en el parto. En cuanto al recién nacido, las variables fueron: estatura, perímetro cefálico, torácico, peso, edad gestacional, Apgar, alteraciones en el examen físico y destino después del parto.

Se procedió a la recolecta de datos en los meses de enero y febrero de 2010. El primer momento fue la identificación del número de los prontuarios en el Centro de Proceso de Datos (CPD). Con estos números, se dio el segundo momento en el NUVE donde los datos fueron recolectados a través de las fichas de notificación para gestante VIH+ y niño expuesto al riesgo. Posteriormente, se realizó un levantamiento en los prontuarios para comprobar si estos podrían formar parte del grupo de inclusión de la investigación. Esto se comprobó por diagnóstico médico, confirmado en los exámenes médicos. Se utilizó como instrumento de investigación un formulario con cuestiones preestablecidas padronizado por el Ministerio de Salud y usado rutinariamente por los profesionales del NUVE.

Para análisis estadístico, se utilizó el Sistema Epi-Info 6.04^a - procesador de texto, banco de datos y estadísticos para epidemiología, producido por el Centers of Disease Control and Prevention (CDC) USA. Posteriormente los resultados fueron presentados a través de tablas analizadas con base en la literatura pertinente.

De acuerdo con lo exigido para pesquisa científica, el proyecto fue sometido y aprobado por el Comité de Ética de la Maternidade Escola Assis Chateaubriand/Universidade Federal de Fortaleza con número 89/08, conforme la Resolución 196/96, sobre investigaciones que involucran a seres humanos, del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud. Se incorporaron al estudio los presupuestos basilares de la bioética, configurados en la mencionada resolución, los cuales son: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

RESULTADOS

Para mejor comprensión del lector, los datos se agruparon y presentaron en tablas. Las características demográficas y obstétricas de las gestantes participantes del estudio son descritas en la tabla 1.

Tabla 1- Características de las gestantes. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza-CE, 2009

Variable	Frecuencia	%
Franja de edad		
15_____20	02	7,4
21_____25	10	37,0
26_____30	09	33,3
31_____35	03	11,1
36_____40	03	11,1
Consumo de alcohol		
Sí	02	7,4
No	25	92,6
Consumo de droga		
Sí	03	11,1
No	24	89,9

Número de gestaciones		
1_____2	13	48,1
3_____4	09	33,3
5_____6	05	18,5
Número de consultas de prenatal		
< 6	11	40,7
≥ 6	16	59,3
Tipo de parto		
Cesárea	26	96,3
Normal	01	3,7
Usó AZT en la gestación		
Sí	20	74,0
No	07	26,0
Usó AZT en el parto		
Sí	25	92,6
No	02	7,4

Fuente: MEAC/UFC.

En relación a las madres, conforme datos de la tabla 1, el mayor número de gestantes, 37,0%, estaba concentrado en la franja de edad de 21 a 25 años. La gestación en adolescentes (15-20) ocurrió en 7,4% de los casos. En cuanto al consumo de alcohol, 7,4% respondieron afirmativamente y 11,1% eran usuarias de droga.

Al analizar el número de gestaciones entre ellas, se observó que casi la mitad de las mujeres, 48,1%, mencionaron de una a dos gestaciones, 33,3% de tres a cuatro, y 18,5% de cinco a seis.

De las 27 gestantes evaluadas, 40,7% no realizaron seis consultas frente a 59,3% que las realizaron, como preconiza el Ministerio de Salud para un seguimiento de prenatal adecuado. En cuanto a la vía de parto utilizada, 96,3% fueron parto cesárea y 3,7% vaginal. En lo tocante al uso de AZT en la gestación, 74,0% lo hicieron durante la gestación y 92,6% por ocasión del parto.

En la tabla 2, constan las características de los recién nacidos participantes del estudio.

Tabla 2 Características de los recién nacidos. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza-CE, 2009

Variable	Número	%
Estatura (cm)		
45-49	20	74,0
50-54	07	26,0
Perímetro cefálico (cm)		
32-34	17	63,0
35-37	10	37,0
Perímetro torácico (cm)		
30-33	17	63,0
34-37	10	37,0

Peso (P)		
> 3.500	04	14,8
2.500 a 3.500	21	77,8
<2.500	02	7,4
Edad gestacional (Ig)		
Pre-término <37 semanas	05	18,5
A término (37-41) semanas	22	81,5
Pos-término >42 semanas	-	-
Apgar en el 1º minuto		
4-7	01	3,7
>7	26	96,3
Apgar en el 5º minuto		
4-7	03	11,1
>7	24	88,9
Alteración en el examen físico		
Taquipneia transitoria	10	37,1
Sin alteraciones	17	62,9
Destino después del parto		
Alojamiento conjunto	02	7,4
Unidad de bajo riesgo	25	92,6

Fuente: MEAC/UFC.

Como muestran los datos de la tabla 2, el mayor número de recién nacidos, 74,0 %, tenía una estatura media de 45-49 cm y solo 26,0% de 50-54 cm.

En cuanto al perímetro cefálico analizado, más de la mitad, 63,0%, de los recién nacidos presentó un perímetro de 32-34 cm y 37,0% de 35-37 cm.

En relación al perímetro torácico, también más de la mitad, 63,0%, estaban concentrados con un perímetro de 30-33 cm y 37,0% de 34-37 cm.

Al analizar el peso de los recién nacidos, se observó que solo 14,8% tuvieron peso > 3.500g, 77,8% entre 2.500g y 3.500g y 7,4% <2.500g.

Sobre la edad gestacional, 18,5% de los recién nacidos nacieron a pre-término, con menos de 37 semanas, y 81,5% a término, con 37-41 semanas.

En lo tocante al Apgar presentado en el primer minuto, 3,7% fue de 4-7 y 96,3% >7.

En el quinto minuto, 88,9% persistieron con Apgar mayor que 7 mientras que solo 11,1% persistieron en 4-7.

Entre las alteraciones encontradas en el examen físico, 37,1% manifestaron taquipneia transitoria y 62,9% no manifestaron.

Conforme se verificó, 92,6% de los recién nacidos no tuvieron como destino inmediato el nido tras el nacimiento.

DISCUSIÓN

Actualmente el aids constituye uno de los más graves problemas de salud pública en el mundo. A consecuencia del aumento de la transmisión heterosexual, es cada vez mayor el número de mujeres infectadas por el VIH. Consecuentemente aumentó el número de niños infectados por medio de la transmisión materno-infantil¹¹.

Ante las nuevas estadísticas, todavía queda mucho por hacer tanto en la identificación de las gestantes seropositivas como en la prevención de la transmisión vertical para que el niño tenga una vida saludable.

En cuanto a los datos encontrados en el estudio sobre la edad de las pacientes de la investigación, 37% estaban en la franja de edad de 21 a 25 años. Se corrobora, así, el estudio realizado en Sergipe sobre prevalencia de la infección por VIH en parturientas de maternidades vinculadas al SUS, en el cual los autores encontraron una media de edad en la franja de edad de 20 a 29¹². Corrobora también el estudio realizado en São Paulo sobre evolución clínica y laboratorial de recién nacidos de madres VIH positivas donde la media de edad encontrada entre las madres fue de 26,8 años¹¹.

Sobre el consumo de bebidas alcohólicas y droga en el estudio, estas no fueron representativas entre la población investigada. Se acredita que la gestante seropositiva sea orientada sobre los riesgos inherentes a su situación frente a los demás factores posibles de contribuir al aumento de la transmisión de la infección por el VIH para el bebé. Es posible también que haya subestimación de datos por vergüenza de declararse consumidora de alcohol y de otras drogas¹⁰.

Al evaluarse el número de gestaciones, se observa que la mayoría, 51,8%, ya estaba entre la tercera y la sexta gestación, y 48,2% entre una y dos gestaciones. Esta investigación confirma el estudio realizado en el municipio do Rio de Janeiro donde los autores encontraron 47,3% de las mujeres con dos a tres gestaciones¹³.

En estudio desarrollado en 1997 con 148 mujeres en un centro de atención para DST/aids, referencia en la ciudad de São Paulo, conforme revelado, la infección por el VIH no alteraba el deseo de las mujeres de tener más hijos. Del total, 21% pensaba en tener más hijos en el futuro. Al mismo tiempo, tener muchos hijos fue un factor asociado a no querer tener más hijos¹⁴.

En Brasil, el deseo de una mujer VIH positiva de tener hijos puede estar reforzado por la situación significativa en el riesgo de transmisión vertical, proporcionado por el uso de regímenes medicamentosos específicos. A diferencia de muchos países desarrollados, tales medicamentos están disponibles gratuitamente para todos los brasileños portadores de VIH¹⁵.

Respecto a la asistencia prenatal, elevado número, 40,7%, de pacientes no hizo las seis consultas de prenatal. De ese modo, no cumplieron una de las metas del Ministerio de Salud, según la cual todas las gestantes deben someterse al prenatal con el mínimo de seis consultas para una gestación saludable, un parto seguro para la madre y el concebido. En relación a las que realizaron menos de seis consultas, existen relatos en la literatura sobre el difícil acceso al prenatal con profesionales habilitados para el manejo correcto de esas gestantes portadoras del virus VIH. Esta afirmación se contrapone al estudio desarrollado en Sergipe donde los autores refieren que 57,8% de las pacientes comparecieron a seis o más consultas. Como

menciona el autor, un inicio tardío del prenatal, tras el primero trimestre de gestación, también se presenta como barrera para la prevención de la transmisión vertical. De esa forma, mejorar la cobertura y captar precozmente a las gestantes para prenatal de calidad es fundamental para instituir, en tiempo hábil, medidas de prevención de la transmisión vertical del VIH¹².

En lo tocante al tipo de parto, como muestran los datos, 96,3% de las pacientes se sometieron a cesárea. Sin embargo, en estudio realizado en la Escuela Paulista de Medicina (EPM) - Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP) en 2001, de 207 pacientes analizadas, el parto vaginal ocurrió en 15,4% de los casos y la cesárea en 62,8%. Para el referido autor, el papel de la vía de parto en la transmisión materna fetal (TMF) fue extensamente analizado, y, según relatan varios trabajos, la cesárea está siendo relacionada con menores tasas de TMF¹⁶.

En cuanto a la utilización del AZT, de acuerdo con los resultados, la proporción de mujeres que recibieron AZT en la gestación fue de 74,0% y en el parto el percentual fue aún mayor, 92,6%. Sin embargo, en estudio sobre transmisión vertical del VIH en Fortaleza, 82,1% de las mujeres recibieron la profilaxis del AZT durante el prenatal. Este dato supera al del presente estudio, pues solo 76,2% hizo uso durante el parto¹⁷.

Vistos los excelentes resultados obtenidos con la utilização del AZT (prenatal, durante el parto y en el período neonatal) reduciendo el riesgo de TV del VIH-1 en 67,5%, este régimen fue recomendado por los órganos oficiales de prevención de los Estados Unidos de América en 1994¹⁸.

Esta terapia profiláctica con el AZT, aliada a otras medidas tales como el asesoramiento universal y la recomendación del test anti-VIH para todas las gestantes, la indicación de terapia antirretroviral para la gestante que se revele seropositiva para el VIH, la indicación de la vía de parto cesárea electiva en situaciones específicas y la suspensión del amamantamiento materno pueden contribuir a una reducción aún mayor del riesgo de transmisión perinatal⁵.

En lo concerniente a los recién nacidos, los datos encontrados sobre la estatura en el estudio revelaron que 74% tenía estatura entre 45-49 cm. Tal información es semejante a la mencionada en la literatura, según la cual la estatura del recién nacido a término debe variar de 48 a 53 cm. Por tanto, a pesar de observarse una diferencia muy pequeña entre los datos de la presente investigación donde los números fueron algo menores que los citados en la literatura, estos pueden ser atribuídos a la necesidad de atender la recomendación del parto cesárea electivo en el intento de disminuir el percentual de transmisión vertical¹⁹.

En cuanto al perímetrocefálico, fue otro dato encontrado próximo al de la literatura, 63% entre 32 e 34 cm. Conforme refieren los autores, el ideal sería entre 32 y 38 cm en cuanto el perímetro torácico normalmente debe ser igual o menor en hasta 2 cm que el perímetro cefálico⁽¹⁹⁾.

En relación al peso de nacimiento, según se constató, 77,8% de los recién nacidos tenía entre 2.500 y 3.500g, 14,8% superior a 3.500g y solo 7,4% estaba dentro de los parámetros de clasificación de "RN de riesgo" (<2.500g). Consiguientemente se acredita que la infección por el VIH no parece influir en el crecimiento fetal. Sin embargo, conforme datos del estudio realizado en el Hospital de las Clínicas de la

Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (HC-FMUSP), 18,7%, de los recién nacidos indicaba bajo peso al nacer¹¹.

De acuerdo con los valores encontrados en cuanto a la edad gestacional, 81,5% de los recién nacidos a término estaban con edad gestacional de 37 a 41 semanas mientras que 18,5% nacieron prematuros. El estudio corrobora investigación realizada en la Escuela Paulista de Medicina sobre morbilidad febril puerperal en pacientes infectadas por el VIH, pues los autores demostraron en el estudio una edad gestacional media, en el momento del parto, de 37,8 semanas¹⁶.

De los 27 recién nacidos incluídos en el estudio, 96,3% nacieron con Apgar >7 en el primer minuto de vida y persistieron tras el quinto minuto y solo 3,7% de 4-7. En el quinto minuto, el mencionado índice fue de 88,9% > 7 y 11,1% <7. En otro estudio desarrollado de 1996 a 2003, en diecisiete maternidades públicas de cuatro regiones brasileñas, Sudeste, Nordeste, Sur y Centro-Oeste, en relación al Apgar, 4% niños mostraron al nacer algún grado de asfixia²⁰.

Respecto a las alteraciones reveladas en el examen físico, 37,1% de los recién nacidos manifestaron taquipnea transitoria al nacer, necesitando, así, de asistencia especializada. Se postula que los signos y síntomas respiratorios sean derivados de edema pulmonar fetal tras el nacimiento. En ese caso, el parto cesárea electivo, sin el trabajo previo del parto, es uno de los principales factores que aumentan la cantidad de líquido pulmonar¹⁹.

En lo referente a las condiciones en que el bebé nació, aunque 81,5% había nacido a término y 92,6% con peso adecuado, solamente 7,4% fueron llevados al alojamiento conjunto con la madre. Por tanto, 92,6% de ellos se llevaron a las Unidades de Riesgo (UTI Neonatal), por precisar de alguna asistencia especializada. En otro estudio sobre coeficientes de transmisión vertical del VIH en diecisiete maternidades públicas de las cuatro regiones brasileñas, la mitad de los recién nacidos precisó cuidados especiales al haber nacido fuera de la franja de peso normal, o presentar asfixia, relacionada probablemente con la prematuridad o parto traumático, entre otras causas²⁰.

Por definición, el alojamiento conjunto se refiere a un sistema especial de instalación en maternidad, en el cual el recién nacido sano permanece al lado de la madre durante las 24 horas del día, desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria. Tal iniciativa favorece, por medio de esa proximidad y del contacto físico prolongado, la atención de las necesidades afectivas, sociales y biológicas del niño y de su madre. Esto se consigue cuando la cuna del niño es puesta al lado o a los pies de la cama de la madre o con instalaciones que permitan a la madre observar al niño y atender sus solicitudes, teniéndola cerca de él. Como una de las situaciones especiales se menciona la cesárea. En este caso, el recién nacido será llevado con su madre entre dos y seis horas después del parto, respetando las condiciones pos-quirúrgicas de la madre¹⁹.

CONCLUSIÓN

Como evidenciado en lo tocante a las madres tras este estudio, la mayor parte de ellas estaba en la franja de edad de 21 a 30 años, fase considerada reproductiva. También como evidenciado, el consumo de droga o de alcohol no fue significativo y la mayoría era multipara con un prenatal de menos de seis consultas.

Otro dato indica la prevalencia de parto tipo cesárea, mas conforme se acredita la cesárea continúa siendo ventajosa para la reducción de la TMF, principalmente en las gestantes que no frecuentaron prenatal adecuadamente o que fueron mal orientadas respecto al consumo de drogas antirretrovirales.

Se advierte, por ello que cuando un prenatal se hace adecuadamente, y el parto es bien conducido en los casos de parto vaginal o en la cesárea electiva, pueden ser factores importantes en la reducción de las complicaciones maternas y neonatales, con menores tasas de TMF de VIH e infección materna.

Como observado, resulta relevante el número de gestantes sometidas a terapia antirretroviral en la gestación y en el parto, a pesar de que buena parte de las mujeres había realizado menos de seis consultas de prenatal. Ante esa realidad, se desprende: tal vez estas mujeres habían enfrentado algún tipo de dificultad para tener acceso a ese prenatal específico para su condición clínica. En ese contexto, se evidencia la gravedad de las consecuencias de la falta de un prenatal y se recomienda que este sea hecho por profesionales capacitados, pues, a pesar de los avances en la terapia antirretroviral, si no hubiera una asistencia a la gestación de calidad, puede aumentar la tasa de transmisión vertical del VIH.

En cuanto a los recién nacidos, según se identificó en los resultados de la investigación, la mayoría nació de parto abdominal, una pequeña parte prematuros, con índice de Apgar <7 en el primer minuto, y no alcanzaron peso adecuado para la edad gestacional.

Se constata que la mayor parte de los RNs nació de parto abdominal, siendo este un factor de riesgo para la taquipnea transitoria del RN, situación destacada en el presente estudio, por cuanto los recién nacidos no sufren los mecanismos ejercidos sobre los pulmones durante su paso por el canal del parto. Con todo, a pesar de ser mínimo el número de prematuros y de pequeños para la edad gestacional, el apgar de una gran mayoría fue satisfactorio.

Fue posible, así, detectar en el estudio que el peso del nacimiento, estatura y perímetrocefálico de los hijos de madre VIH+ fueron en su mayor parte satisfactorios y equivalentes a lo relatado en la literatura pertinente.

Se enfatiza: la mayoría nació a término con un buen índice de Apgar. Preocupa, sin embargo, el alto número niños con taquipnea transitoria y que necesitaron de atención en la Unidad Neonatal de Terapia Intensiva.

Un dato que merece atención es la baja cantidad de recién nacidos llevados con la madre al alojamiento conjunto. Sin embargo, muchos hijos de madre VIH+ fueron llevados a unidades de riesgo.

En este contexto, el enfermero ocupa papel fundamental en el acompañamiento a las gestantes en el prenatal de bajo riesgo. El puede detectar precozmente el diagnóstico del VIH y si es positivo dirigirlo al acompañamiento de alto riesgo.

En el puerperio es fundamental que la madre sea bien orientada respecto a los cuidados con ella y su RN. De esta forma, se propician medios para aumentar el vínculo entre madre e hijo ya que la madre no podrá amamantar a su criatura.

Así, se considera necesaria la capacitación de los profesionales que van a interactuar con esos RNs, principalmente en lo tocante a la integración del equipo que promoverá una asistencia integral y humanizada, dirigida al restablecimiento y promoción de la salud del recién nacido y el compromiso de los padres en ese cuidado.

REFERENCIAS

1. Abdalla FTM, Nichiata LYI. A Abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Saúde Soc.* 2008; 17: 140-52 .
2. Amaro STA. A questão da mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. *Saúde Soc.* 2005; 14: 89-99.
3. Matos SD, Baptista RS, França ISX, Medeiros FAL, Brito VRS. Conhecimento das gestantes atendidas nos serviços de pré-natal acerca do teste anti-HIV. *Rev Rene.* 2009; 10: 122-30
4. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40 (supp 1): 9-17.
5. Marques HH. Evolução clínica e laboratorial de recém-nascidos de mães HIV positivas. *Rev Assoc Med Bras.* 2005; 51: 71-2.
6. Spindola T, Alves CF. Perfil epidemiológico de mulheres portadoras do HIV de uma maternidade no Rio de Janeiro. *Rev Escola de Enferm USP.* 1999; 33: 66-80.
7. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental.* 9^aed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
8. Askin DO. Recém-nascido de risco: condições adquiridas e congênitas. In: Lodermark, DL, Perry SE, Bobak IM. *O Cuidado em Enfermagem Materna.* Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 99-218.
9. Silva CLO, Silva MG, Lermer M. Infecção pelo HIV em crianças In: Ducan BB, Schimidt MI, Giuglianii ERJ. *Medicina Ambulatorial Condutas de Atenção Primária em Evidências.* Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 1440-1447.
10. Chaves E, Silva CLO, Kuchenbecker R. Infecção pelo HIV em gestantes In: Ducan BB, Schimidt MI, Giuglianii EI. *Medicina Ambulatorial Condutas de Atenção Primária em Evidências.* Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 391-99.
11. Yoshimoto CE, Diniz EMA, Costa VFAC. Evolução clínica e laboratorial de recém nascidos de mães HIV positivas. *Rev Assoc Med Brás.* 2005; 51: 100-5
12. Lemos LMD, Gurgel RQ, Dal Fabbro AL. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27: 32-6.
13. Oliveira MIC, Silva KS, Gomes Junior SC, Fonseca VM. Resultado do teste rápido anti-HIV após o parto: uma ameaça à amamentação ao nascimento. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44: 60-9.
14. Santos NJ, Buchala CM, Filipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev de Saúde Pública.* 2002; 36 (Sup4): 12-23.
15. Barbosa RM, Knauth DR. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19 (suppl.2): 365-S76 .
16. Marcos A, Luciana L, Prescilla CL, Abes MA, Castelo Filho A. Morbidade febril puerperal em pacientes infectadas pelo HIV. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25: 155-61
17. Cavalcante MS, Ramos Junior AN, Silva TMJ, Pontes LRSK. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do nordeste. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004; 26: 131-38.

18. Duarte Go, Gonçalves CV, Marcolin AC, Paschoini MC, Quintana SM, Mussi-Pinhata M M. Teste rápido para detecção da infecção pelo HIV-1 em gestantes. Rev Bras Ginecol Obstet. 2001; 23: 107-11.
19. Varella IRS, Magdaleno SRM. Situações Especiais da Saúde Materna in: Nader SS, Pereira DN. Atenção Integral ao Recém-nascido: guia de supervisão de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2004. p 85-97.
20. Vasconcelos ALR, Hamann EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes / parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. Rev Bra Saúde Mater Infant. 2005; 5: 483-92.

ISSN 1695-6141

[© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia](#)