



CLÍNICA

Conocimiento de los profesionales de la salud en la prevención de la transmisión vertical del VIH en una maternidad pública brasileña

O conhecimento dos profissionais de saúde na profilaxia da transmissão vertical do HIV em uma maternidade pública brasileira

The knowledge of health professionals in prophylaxis of HIV vertical transmission in a Brazilian public maternity

***Barbosa, Bruna Lígia Ferreira Almeida **Guimarães, Janaína Valadares
Salge, Ana Karina Marques *Fávaro, Ludmila Camilo**

*Máster en Enfermería por la PPGENF/UFG. E-mail: brunalfalmeida@yahoo.com.br **Doctora en Enfermería. Profesora de la Facultad de Enfermería. *** Estudiante del Curso de Graduación en Enfermería. Bolsista del PIBIC/UFG. Universidad Federal de Goiás – FEN/UFG. Goiânia-GO, Brasil.

Palabras Clave: Personal de Salud; Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa; VIH

Palavras chave: Profissionais de Saúde; Transmissão Vertical; HIV

Keywords: Health professionals; mother to child transmission; HIV

RESUMEN

El objetivo fue evaluar el conocimiento de los profesionales de la salud que atienden a las mujeres embarazadas VIH positivas, en lo que se refiere a las medidas profilácticas del riesgo de transmisión vertical del VIH. Estudio transversal con la participación de 25 profesionales de la salud. La recolección de datos se llevó a cabo entre abril y junio de 2012 en una maternidad pública en Goiás, Brasil. De los profesionales encuestados el 76% tenían un conocimiento inadecuado sobre la prueba del VIH en mujeres embarazadas, el 80% desconocía a qué edad gestacional se realiza la cesárea electiva cuando la carga viral es mayor de 1000 copias / ml, el 66% no sabe cuál es la dosis recomendada de ataque AZT y el tiempo transcurrido antes de la entrega, el 84% no sabe cuál es el método adecuado para la inhibición de la lactancia. Se concluye que es necesaria la implementación de estrategias dirigidas a la formación de los profesionales de la salud que atienden a las mujeres embarazadas VIH-positivas en su lugar de trabajo.

RESUMO

Objetivou-se avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde que cuidam de gestantes HIV positivo, quanto as medidas profiláticas do risco de transmissão vertical do HIV. Estudo transversal envolvendo 25 profissionais de saúde. A coleta de dados realizou-se de abril a junho de 2012 em uma maternidade pública do Estado de Goiás, Brasil. Dos profissionais investigados 76% apresentaram conhecimento

inadequado sobre o teste anti-HIV nas gestantes, 80% desconheciam com que idade gestacional realiza-se a cesárea eletiva quando carga viral for superior a 1000 cópias/ml, 66% não sabiam a dose para ataque do AZT e o tempo de no mínimo duas horas a ser utilizado antes do parto, 84% não conheciam qual o método indicado para inibição da lactação. Conclui -se como necessárias a implantação de estratégias que visem a capacitação dos profissionais de saúde que cuidam das gestantes HIV positivo em seu ambiente de trabalho.

ABSTRACT

The objective was to assess the knowledge of health professionals who care for pregnant HIV positive, as prophylactic measures the risk of vertical HIV transmission. Cross-sectional study involving 25 health professionals. Data collection took place from April to June of 2012 in a public hospital in the State of Goiás, Brazil. Of the professionals surveyed 76% had inadequate knowledge about HIV testing in pregnant women, 80% unaware that gestational age is held elective caesarean section when viral load is greater than 1000 cop / ml, 66% could not attack dose for AZT and the elapsed time before delivery, 84% did not know which method is suitable for inhibition of lactation. Concludes as necessary the implementation of strategies aimed at training health professionals who care for HIV positive pregnant women in the workplace.

INTRODUCCIÓN

El AIDS se ha convertido en uno de los dos problemas más serios de salud pública, con alta tasa de morbi-mortalidad, gran crecimiento y propagación en diversos territorios¹.

La transmisión vertical (TV) es la principal causa de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en menores de 15 años, debido a la infección del HIV transmitido de la madre a su hijo, durante la gravidez, parto y/o amamantación².

Existen intervenciones efectivas para la prevención de la TV basadas en el diagnóstico precoz de la infección y no utilización de protocolos asistenciales bien establecidos³.

El riesgo de TV puede caer de un 30% a menos de un 2% gracias a las intervenciones biomédicas que pueden ser suministradas al gestante y RN, durante el embarazo, parto y o amamantación⁴.

A pesar de los progresos en la adhesión a las conductas recomendadas para la prevención de la TV del HIV, lagunas importantes persisten en la capacidad de captación y en la adhesión al pre-natal. Así, casos de TV que podrían ser evitados continúan ocurriendo a pesar de la disponibilidad del diagnóstico y del tratamiento de la gestante⁵.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2010 estimó que apenas 53% de las gestantes portadoras del virus HIV en países de bajo y medio desempeño, recibieron los medicamentos antirretrovirales durante el año de 2009⁶.

Como consecuencia de la baja calidad de los cuidados que han sido realizados por profesionales de la salud en relación al cuidado a gestantes portadoras del virus HIV, algunos manuales recomiendan la implementación de la rutina de consejo y test de HIV, como parte de los servicios de cuidados durante el pre-natal⁶.

El cuidado inadecuado es una importante razón para la falta de conocimiento de las madres sobre la prevención de la TV del HIV, lo que puede impedir el uso de los servicios de salud por este público⁷.

Desde el inicio de la epidemia, han sido evaluados diferentes aspectos asociados al conocimiento, información, aptitudes y prácticas relacionadas a la infección por el HIV, tanto en grupos poblacionales como en profesionales de la salud involucrados en la asistencia a personas infectadas por el virus. Una investigación realizada en una capital del nordeste brasileño muestra que parte de los profesionales inmersos en el estudio desconocían los factores que podrían contribuir a la TV del HIV⁸.

Se destaca la necesidad de considerar la condición peculiar del cuidado que debe ser ofrecido a este grupo de mujeres⁹. De esta forma, se hace indispensable una mayor atención a la promoción de la salud de la gestante portadora del virus HIV, no solamente por los riesgos inherentes a su condición, sino también, por la carencia de acciones educativas y preventivas del sistema de salud.

A partir de lo expuesto y de la reflexión sobre la importancia del papel del profesional de la salud en la diseminación de la TV del HIV, surgió el interés en desarrollar el presente estudio. En este sentido, se tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de los profesionales de la salud, que cuidan de gestantes portadoras del virus HIV, en cuanto a las medidas profilácticas de riesgo de TV del HIV.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio transversal, incluyendo a 25 profesionales trabajadoras en una maternidad pública de Goiás, Brasil, correspondiendo 10 de ellos al Equipo Médico y 15 al Equipo de Enfermería, que concordaron en responder al cuestionario sobre el conocimiento de los profesionales de la salud acerca de las medidas profilácticas de la TV del HIV. Además de esto, se realizó el análisis de 323 prontuarios de gestantes portadoras de HIV, que tuvieron el parto entre enero de 2006 y diciembre de 2011, en este servicio.

El cuestionario utilizado contempló datos referentes a las medidas profilácticas de TV del HIV realizadas por los profesionales de la salud, que fueron revisadas y analizadas siguiendo el manual de recomendaciones para profilaxis de la transmisión vertical del HIV y terapia antirretroviral en gestantes, publicado por el Ministerio de la Salud, en el año 2010⁶. Esta Institución es de gran tamaño y atiende mayoritariamente a una clientela de bajo nivel socio económico. En 1999 recibió el título de Hospital Amigo del Niño, distinción que es otorgada por el Ministerio de Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef).

Los profesionales fueron invitados a participar del estudio en sus lugares de trabajo y se distribuyeron los cuestionarios autoaplicables basados en las recomendaciones de medidas profilácticas de transmisión vertical del HIV. Después de cinco contactos infructuosos, se interrumpe la tentativa de entrega del cuestionario para aquellos profesionales; lo que pasó con seis profesionales, correspondiendo a cuatro rechazos y dos abandonos.

El Proyecto de Investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa Local, recibiendo el número de protocolo 29/11, nº 02/12, y atiende las recomendaciones de la resolución n.196/96, referente a la investigación con seres humanos.

RESULTADOS

Entre los profesionales entrevistados; 5 (20%) de ellos trabajan en el sector desde hace menos de un año, 9 (36%) de ellos varía entre uno y cinco años, y 11(44%) trabajan hace más de cinco años, siendo uno enfermero y diez profesionales pertenecientes al equipo de auxiliares de enfermería.

Conforme a la Tabla 1, al ser cuestionados sobre cuándo debe ser realizado el test rápido anti-HIV en la gestante, 8 (32%) de los profesionales respondieron que debe ser realizado siempre. Cuando cuestionados sobre el número necesario de tests para confirmación serológica, 19 (76%) de ellos sabían de la necesidad de dos tests rápidos si resultados iguales.

Tabla 1: Conocimiento de los profesionales de la salud sobre las medidas profilácticas para evitar la transmisión vertical del HIV en gestantes portadoras del HIV, durante el pre-natal, parto y puerperio inmediato. Goiania, Goiás, 2012.

Variable	N	%
Cuándo realizar test rápido anti-HIV en la gestante		
Siempre	08	32
Solamente cuando no fue realizado durante el pre-natal	06	24
Otros	11	44
Cuántos tests rápidos anti- HIV para confirmación Serológica		
Apenas 1 test	03	12
Mínimo 2 tests si resultados iguales	19	76
Mínimo 3 tests si resultados iguales	02	8,0
Desconoce	01	4,0
Edad Gestacional para realización de cesárea selectiva		
38 semanas de gestación	05	20
39 semanas de gestación	10	40
40 semanas de gestación	08	32
Desconoce	02	8,0
Vía de parto para CV 1000 cop/ml, ≥ 34 semanas de gestación		
Cesárea selectiva	18	72
Cesárea de urgencia	03	12
Parto Normal	02	8,0
Desconoce	02	8,0
Inicio administración AZT endovenoso anterior cesárea selectiva		
5 horas antes del parto	01	4,0
3 horas antes del parto	11	44
1 hora antes del parto	11	44
Desconoce	02	8,0

Dosis indicada de AZT IV ataque (1ª hora de infusión)

2 mg/kg	05	20
3 mg/kg	11	44
Desconoce	09	36

Dosis indicada de AZT IV manutención (infusión continua)

1 mg/kg	15	60
2 mg/kg	02	8,0
Desconoce	08	32

Cuál método es utilizado para inhibición de la lactancia

Mecánico (Vendaje de las mamas)	04	16
Farmacológico	05	20
Ambos métodos	16	64

Si es utilizado antibiótico profiláctico materno posterior expulsión fetal

Sí	13	52
No	08	32
Desconoce	04	16

Si posee acceso a ficha de notificación específica para gestante HIV+

Sí	17	68
No	08	32

En relación a la Edad Gestacional (EG) recomendada para la realización de la cesárea selectiva, 10 (40%) de los entrevistados contestaron que era con 39 semanas de gestación y 18 (72%) de los profesionales también dijo que la cesárea selectiva, es la vía de parto recomendada para carga viral menor que 1000 copias/ml y edad gestacional igual o superior a 34 semanas.

En cuanto a la recomendación sobre el inicio de administración de AZT endovenoso anterior a la cesárea selectiva, obtuvimos la misma cantidad de profesionales 11 (44%) que dijeron que debería ser realizado tres horas antes al parto y 11 (44%) que alegaron que debería ser realizado una hora antes. Once (44%) profesionales dijeron que la dosis de ataque de AZT IV, debe ser de 3 mg/kg y 15 (60%) de los profesionales consideran que la dosis de manutención de AZT IV debe ser de 1 mg/kg.

Al ser cuestionados sobre qué método de inhibición de lactación utilizan, 16 (64%) de los profesionales alegaron usar los métodos mecánico y farmacológico, 13 (52%) dijeron que es utilizado antibiótico profiláctico materno posterior a la expulsión fetal en esta institución y 17 (68%) de los profesionales poseen acceso a la ficha de notificación específica para gestantes HIV +.

Cuando abordados los primeros cuidados al RN expuesto al HIV (Tabla 2), 19 (76%) de los entrevistados informaron que es realizado el pinzamiento del cordón sin realización de ordeño, 17 (68%) entrevistados dijeron que debe ser realizado baño en agua corriente posterior al parto de un RN expuesto, 22 (88%) de ellos encaminan al RN al alojamiento conjunto cuando madre y RN están en buen estado y 20 (80%)

conocen que la dosis de AZT oral al RN debe ser realizada en las primeras dos horas de vida.

Tabla 2: Conocimiento de los profesionales de la salud sobre las medidas profilácticas de transmisión vertical del HIV con recién nacidos expuestos al HIV. Goiania, Goiás, 2012.

Variable	N	%
Procedimiento con cordón umbilical posterior al parto		
Pinzamiento del cordón con realización de ordeño	01	4,0
Pinzamiento del cordón sin realización de ordeño	19	76
Desconoce	05	20
Procedimiento con RN posterior al parto		
Dar baño en agua corriente	17	68
Dar baño en bañera pediátrica	01	4,0
Desconoce	07	28
Cuándo iniciar AZT oral al RN		
Hasta 2 horas de vida	20	80
Desconoce	05	20
Cuándo encaminar al RN al Alojamiento Conjunto		
En todos los casos	03	12
Cuando madre y RN en buen estado	22	88
Manera indicada para amamantar al RN		
Alimentación mixta	01	4,0
Fórmula láctea infantil proveniente del Banco de Leche	17	68
Ninguna	07	28
Cuándo vacunar al RN contra Hepatitis B y Tuberculosis BCG- IG		
Primeras 12 horas de vida	19	76
Primeras 24 horas de vida	01	4,0
Primeras 48 horas de vida	02	8,0
Desconoce	03	12

Sobre la forma recomendada de amamantar al RN, 17 (68%) de los entrevistados optaron por la fórmula láctea infantil proveniente del Banco de Leche Humano y 19 (76%) dijeron que el RN debe ser vacunado en las primeras 12 horas de vida, contra Hepatitis B y Tuberculosis BCG – IG.

Al ser analizada la operativa de los profesionales en los prontuarios de las gestantes y RN en estudio (Tabla 3), podemos observar que entre los 323 prontuarios analizados, en 215 (66,6%) de los casos la administración de AZT en las gestantes se efectuó con más de 3 horas de antecedencia al parto, y el inicio de administración de AZT oral al RN, se efectuó en 191 (59,1%) de los casos, de 2 a 48 horas posterior al parto.

Tabla 3: Medidas adoptadas por los profesionales de la salud para profilaxis de transmisión vertical del HIV durante el pre-natal, parto y puerperio. Goiania, Goiás, 2012.

Variable	N	%
Administración de AZT en gestante		
< 3 horas	79	24,0
> 3 horas	215	66,6
No	24	7,40
NI	05	1,50
Inicio de administración de AZT al RN		
< 2 horas	111	34,4
2 - 48 horas	191	59,1
No	02	0,60
Natimuerto	05	1,50
NI	05	1,50
Prescripción de AZT al RN hasta 6 semanas de vida		
Sí	297	92,0
No	08	2,50
Natimuerto	05	1,50
NI	13	4,00
Baño al RN en agua corriente		
Sí	64	19,8
No	222	68,7
Natimuerto	05	1,50
NI	32	9,90
Vacunación del RN Hep. B e BCG-ID		
Sí	101	31,3
No	157	48,6
Natimuerto	05	1,50
NI	60	18,6
Realización de amamantamiento		
Sí	03	0,90
No	312	96,6
Natimuerto	05	1,50
NI	03	0,90
Inhibición de lactación		
Ambas	159	49,2
Farmacológica	127	39,3
Mecánica	10	3,10
No	23	7,12
NI	04	1,24

Suministro de complemento lácteo MS		
Sí	301	93,2
No	01	0,30
Natimuerto	05	1,50
NI	16	5,00
Profilaxis con antibiótico		
Sí	211	65,3
No	108	33,4
NI	04	1,20
Procedimiento invasivo durante el parto		
Sí	09	2,80
No	310	96,0
NI	04	1,20
Encaminamiento al SAE		
Sí	185	57,3
No	15	4,60
NI	123	38,1

En relación a los primeros cuidados con el RN, la prescripción de AZT oral hasta las seis semanas de vida, se efectuó en 297 (92%) de los casos entrevistados, no fue realizado baño en agua corriente en 222 (68,7%) de los casos y en 19 (76%) de ellos no existió registro de vacunación del RN contra Hepatitis B e BCG – IG en el período de hasta 12 horas como es recomendado por el Ministerio de la Salud.

En cuanto a las prácticas abordadas en relación a la amamantación del RN expuesto al HIV, 312 (96,6%) puérperas no realizaron amamantación materna, considerando que 5 (1,5%) eran natimueertos y en los demás casos existió notificación. En 159 (49,2) de los casos se produjo la inhibición de la lactación utilizando los métodos mecánico (vendaje de mamas) y farmacológico. Se efectuó suministro de complemento lácteo infantil de acuerdo con las normas del Ministerio de la Salud para 301 (93,2%) de los RN.

Fue realizada la profilaxis con antibiótico en 211 (65,3%) partos y no existió ningún tipo de procedimiento invasivo en 310 (96%) partos, además de eso, 185 (57,3%) de las puérperas y RN fueron encaminados para algún Servicio de Atención Especializado (SAE).

DISCUSIÓN

Este estudio buscó analizar el conocimiento y la práctica de los profesionales de la salud, en relación a las recomendaciones de profilaxis de la TV de HIV, en una Institución de referencia en cuanto al cuidado a este tipo de público, basado en el Manual de Recomendaciones para profilaxis de la transmisión vertical del HIV y terapia antirretroviral en gestantes, creado por el Ministerio de la Salud en 2010.

Obsérvese que entre los profesionales participantes del estudio, la mayoría trabajaba en el sector desde hacía más de cinco años, caracterizando un grupo significativo de

profesionales con experiencia en el área. En contrapartida, un estudio que investiga el cuidado prestado a puérperas portadoras de HIV revela que la mayoría de los profesionales actuantes trabajaban en el sector por un período inferior a los cinco años⁹

Se espera que los profesionales experimentados presenten mayor adhesión a las medidas profilácticas, sin embargo, nuestros resultados contrarían esta lógica, y ese hecho nos inquiera a averiguar las causas de esta discrepancia, reforzando la importancia del estudio.

De acuerdo con Oliveira et al., la ausencia de detección del HIV durante el pre-natal representa una oportunidad perdida de prevención de la TV, el uso del test rápido para la detección de anticuerpos anti-HIV en el momento del ingreso para el parto debería ser una excepción, sin embargo, no es lo que está siendo visto en los servicios de salud¹⁰.

La mayoría de los entrevistados en este estudio, alegaron que el test rápido debe ser realizado siempre, sin embargo esta información diverge de lo recomendado por el Ministerio de la Salud, pues durante el pre-natal es recomendada la realización de exámenes más sensibles como el conteo de carga viral y linfocitos TCD4+. Siendo así, el test rápido anti- HIV debe ser realizado preferencialmente cuando no existe ningún otro examen a lo largo del pre-natal.

Gran parte de los profesionales conocen la necesidad de realizar dos tests rápidos si los resultados son iguales, conforme consta en el Manual del Ministerio de la Salud (2010)⁶. Siguiendo esta recomendación, existe mayor confiabilidad diagnóstica, posibilitando que las conductas preconizadas sean seguidas de forma segura.

En cuanto a la vía de parto recomendada para carga viral menor que 1000 copias/ml y edad gestacional igual o superior a 34 semanas, los profesionales apuntaron a la cesárea selectiva como el procedimiento indicado. El Ministerio de la Salud preconiza que sea realizada la cesárea selectiva, o sea, fuera del trabajo de parto y la edad gestacional recomendada es con 38 semanas de gestación⁶. Sin embargo, contrariando las recomendaciones del Ministerio de la Salud, un estudio con obstetras demostró la falta de información de los profesionales sobre los criterios de elección de la vía de parto, pues 63,6% de los obstetras realizarían la cesárea en cualquier situación y 38% prescribirían el parto vaginal en gestantes HIV positivo⁸. Este hecho llama la atención considerando que la vía de parto de la gestante portadora del HIV constituye factor esencial a ser respetado, pues el período intraparto es un momento de gran riesgo para el RN y la ruptura prolongada de las membranas amnióticas es reconocida como el principal factor asociado a la TV del HIV.

En Brasil se recomienda la cesárea selectiva en las mujeres con carga viral arriba de 1000 copias/ml y edad gestacional superior a 34 semanas de gestación, sin embargo, la finalidad de la terapia antirretroviral para gestante es justamente tornar la carga viral incapaz de ser detectada, pues cuanto menor carga viral menor el riesgo de TV¹².

En relación a la edad gestacional indicada para la realización de cesárea selectiva, una pequeña parte de los profesionales alegaron ser con 38 semanas de gestación. Este resultado nos alerta sobre la deficiencia de informaciones obtenidas por estos profesionales, incluso existiendo un Manual que rige las conductas a ser utilizadas en

los servicios que atienden a este público, pues fue verificado que se desconoce la edad gestacional correcta.

Entre tanto la mayor parte de los profesionales, respondieron ser la cesárea selectiva la vía de parto indicada para la gestante con carga viral superior a 1000 copias/ml. Comprobando la importancia de la elección correcta de la vía de parto, un meta análisis de 15 estudios mostró que la cesárea selectiva, realizada antes de la rotura de las membranas amnióticas, redujo la transmisión del HIV en un 50%, cuando comparada a otras formas de parto. Cuando relacionada al uso del protocolo que asocia AZT oral hasta el parto la dosis intravenosa administrada antes y durante el parto, esta reducción llegó a un 90%¹³.

El Ministerio de la Salud recomienda que el inicio de la infusión de AZT intravenoso 3 mg/kg sea realizado 3 horas antes del parto, al responder esta pregunta en el cuestionario auto aplicativo, verificamos la falta de preparación de los profesionales.

El análisis de los datos de la práctica profesional demostró que la mayor parte de las gestantes recibieron la infusión de AZT intravenoso con más de 3 horas de antecedencia al parto, información semejante fue verificada en otro estudio, donde más de la mitad de los profesionales sabían cuándo debe ser realizada la infusión de AZT en las gestantes¹⁴.

Observamos mayor conocimiento, cuando los profesionales fueron cuestionados sobre las medidas profilácticas prestadas al RN, tales como el pinzamiento precoz del cordón¹¹ sin realización de ordeño.

Es preconizado que sea administrado AZT oral al RN expuesto al HIV en las dos primeras horas de vida⁶, otro estudio brasileño mostró que 90% de los RN hizo uso de profilaxis con AZT oral en las primeras 48 horas de vida¹⁵. De este modo identificamos un atraso en la administración de esta medicación que posee un carácter emergencial ya que protege al RN del HIV presente en la sangre y en las secreciones cérvico-vaginales en el momento del parto.

Al ser entrevistados la mayoría de los profesionales respondieron correctamente a esta pregunta, lo que nos alerta sobre la existencia de una diferencia entre el conocimiento de los profesionales y las acciones que están siendo realizadas en la práctica.

El *Aids Clinical Trials Group* (ACTG 076) preconiza que sea administrado AZT oral al RN hasta las 6 semanas de vida, este factor depende en gran parte de la colaboración de la madre en seguir la prescripción de la administración de este medicamento, siendo así, es necesario el acompañamiento y control del servicio de salud para que realmente exista el cumplimiento adecuado de esta medida¹⁶.

El baño en las primeras horas de vida en RN expuestos al HIV es practicado debido a la preocupación con la posibilidad de transmisión de infecciones para profesionales de la salud y familiares a través del contacto con sangre y secreciones presentes en la piel del RN¹⁷. Nuevamente los profesionales demuestran tener conocimiento al respecto y no siguen esta medida en la práctica.

En relación a la inmunización, fue grande el número de RN expuestos al HIV que no recibieron vacunación contra la hepatitis B y tuberculosis (BCG-ID) contrariando las

recomendaciones del Ministerio de la Salud que indica estas vacunas en las primeras 12 horas de vida⁶.

Este dato nos alerta sobre la deficiencia del servicio en cuanto a ofertar tales medidas de extrema importancia necesarias en las primeras horas de vida del RN, requiriendo investigación para averiguar el motivo de la no realización.

Diversos estudios muestran que el amamantamiento materno puede estar asociado con la TV del HIV, pudiendo determinar un riesgo adicional de transmisión de hasta un 22%¹⁸. La investigación sobre la práctica del amamantamiento materno demostró una conducta satisfactoria por parte de los profesionales investigados, divergiendo de un estudio realizado entre los años de 1998 a 2006 en la región norte de Brasil, donde 70% de las mujeres amamantaban a sus hijos¹⁹, contrariando las recomendaciones del Ministerio de la Salud. Para la prevención de la transmisión del HIV, la World Health Organization (WHO) orienta que para bebés de madres portadoras del HIV, sea suspendida la amamantación y se utilicen los sustitutos de la leche materna cuando fueran aceptables, factibles, accesibles, seguros y sustentables; en caso contrario la WHO recomienda la amamantación exclusiva durante los seis primeros meses de vida del bebé²⁰.

Un estudio realizado en una capital del sudeste brasileño constató que los parámetros recomendados para la prevención de la TV del HIV por inhibición de lactación mecánica o farmacológica, o por la asociación de los dos métodos no fueron seguidos en el período de puerpério⁹, diferente del presente estudio que contó con mayor adhesión por parte de los profesionales, que relataron en su mayoría el uso de la asociación de los dos métodos de inhibición de la lactación (mecánica y farmacológica).

Los procedimientos para inhibición de la lactación consisten en un período penoso y enfatizan para las madres la imposibilidad de amamantación, factor que influye en el papel cultural de la mujer. La inhibición farmacológica de la lactación debe ser realizada inmediatamente después del parto, pero el Ministerio de la Salud⁶ recomienda el vendaje de las mamas por un período de diez días, evitándose así la manipulación y estimulación de las mamas, un procedimiento que debe ser considerado como medida de excepción solo para casos en que la inhibición farmacológica no esté disponible²¹.

En Brasil está garantizada la disponibilidad de fórmula láctea infantil a todos los RN expuestos al HIV, desde su nacimiento, hasta el sexto mes de vida, a fin de promover de forma adecuada su desarrollo pondoestatural²¹.

Se obtuvo un índice de adhesión superior al encontrado en un estudio nacional, realizado en el año 2010, donde la disponibilidad de la fórmula infantil fue de un 73% y el grado de implementación de este insumo en las maternidades fue considerado aceptable²².

Los entrevistados presentaron conocimiento de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de la Salud en relación al suministro de fórmula láctea infantil a los RN expuestos al HIV. Cuando se abordó la cuestión de la amamantación, observamos mayor coherencia entre la práctica y conocimiento de los profesionales acerca de las medidas a ser realizadas, lo que no fue observado en las demás medidas.

La realización de profilaxis con antibiótico inmediatamente después del parto disminuyó la incidencia de infecciones postoperatorias²³. Siguiendo las recomendaciones de profilaxis de TV del HIV del Ministerio de la Salud, se obtuvieron datos satisfactorios en relación a la realización de la profilaxis con antibiótico durante el parto, sin embargo, cuando fue observado el conocimiento de los profesionales, se detectó un índice inferior de profesionales que sabían de la importancia de la profilaxis con antibiótico post-expulsión fetal.

Otro factor de vulnerabilidad es la realización de procedimientos invasivos durante el parto, pues el uso de fórceps o vacuoextractor están asociados a mayor tasa de transmisión vertical del HIV²⁴. En la mayoría de los partos del presente estudio no existieron procedimientos como la amniocentesis, monitorización fetal interna, uso de fórceps o vacuoextractor y episiotomía, lo que podría aumentar el riesgo de transmisión.

Se verificó que los recién nacidos fueron enviados a un Servicio de Atención Especializado (SAE), pues es imprescindible que se realice el encaminamiento para un acompañamiento adecuado de su serología y que sea verificado por un profesional si las medidas profilácticas están siendo seguidas conforme a las recomendaciones del Ministerio de la Salud.

CONCLUSIONES

El análisis del conocimiento de los profesionales de la salud acerca de las medidas profilácticas de TV del HIV relacionadas con la práctica asistencial permitió evaluar la calidad del servicio prestado, identificando los aspectos que merecen atención especial por no cumplir plenamente las recomendaciones preconizadas por el Ministerio de Salud.

Los datos observados en nuestro estudio son preocupantes y evidencian lagunas existentes en la asistencia prestada a gestantes HIV positivos y RN expuestos, a través de informaciones obtenidas que contradicen esta práctica.

El estudio evidencia divergencias entre el conocimiento y la práctica profesional, y nos lleva a cuestionar en qué punto del servicio se debe intervenir a fin de subsanar esta diferencia. Se cree que la baja capacitación de los recursos humanos implicados sea uno de los motivos, indicando la necesidad de promover estrategias de educación permanente dirigidas a los profesionales que trabajan en el cuidado a gestantes HIV positivo.

El entrenamiento y actualización constantes constituyen un medio para alcanzar prácticas seguras y resolutivas en el combate a la TV, dada la importancia y eficacia comprobada en la aplicabilidad de las medidas profilácticas.

REFERENCIAS

1. Barroso LMM, Galvão MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(3):463-69.
2. World Health Organization (WHO): PMTCT Strategic Vision 2010-2015, Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millenium Development Goals. Moving towards the elimination of Paediatric HIV. Geneva; 2010.

3. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health*. 2011 set; 11(3): 1-9.
4. Touré H, Audibert M, Dabis F. To what extent could performance-based schemes help increase the effectiveness of prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) programs in resource-limited settings? a summary of the published evidence. *BMC Public Health*. 2010;10:702.
5. Darmont MQR, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(9):1788-96.
6. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010.
7. Lim Y, Kim JY, Rich M, Stulac S, Niyonzima JB, Fauzi MCS et al. Improving Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Care and Related Services in Eastern Rwanda. *PLoS Med*. 2010; 7 (7).
8. Farias JPQ, Franco A, Santos KP, Dourado I, Galvão-Castro B. Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil. *Ver Bras Ginecol Obstet*. Rio de Janeiro. 2008; 30(3).
9. Araújo CLF, Signes AF, Zampier VSB. O Cuidado à puerpéra com HIV/AIDS no alojamento conjuto: a visão da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(1):49-56.
10. 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*. São Paulo. 2010; 44(1).
11. Ministério da Saúde. Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.
12. Gianvecchio RP, Golberg TBL. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2): 581-88.
13. The International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1: a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *N Engl J Med* 1999; 340:977-87.
14. Lima CTD, Oliveira DR, Rocha EG, Pereira MLD. Clinical management of the hiv positive pregnant women in reference maternities from the region of Cariri. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(3): 468-76.
15. 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. *Ver Bras Saude Matern Infant*. 2005; 5(4):483-92.
16. Aids Clinical Trial Group Protocol 076. Protocol of mother to infant transmission of HIV. 1994.
17. Pugliesi VEM, Deutsch ADA, Freitas M, Dornaus MFOS, Rebello CM. Efeitos do banho após o nascimento sobre as adaptações térmica e cardiorrespiratória do recém-nascido a termo. *Rev Paul Pediatr*. 2009; 27(4):410-15.
18. Rousseau MC, Nduati RW, Richardson AB, John-Stewart GC, Mbori-Ngacha AD, Kreiss JK et al. Association of levels of HIV-1 infected breast milk cells and risk of mother-to-child transmission. *J Infect Dis*. 2004; 190:1880-88.
19. Silva MJM, Mendes WS, Gama MEA, Chein MBC, Veras DS. Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010; 33 (4).

20. WHO (World Health Organization). World Health Assembly. Infant and young child nutrition. Geneva; 2001. (Resolution n WHA 54.2).
21. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto Nascer. Versão Preliminar. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003.
22. Santos EM, Reis AC, Westman S, Alves RG. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer". Epidemiol Serv Saude. 2010; 19(3): 257-69.
23. Rivlin ME, Carroll S, Morrison JC. Infectious necrosis with dehiscence of the uterine repair complicating cesarean delivery. A review. Obstet Gynecol Surv. 2004; 59(12):833-37.
24. Newell ML, Dunn DT, Peckham CS, Semprini AE, Pardi G. Vertical transmission of HIV-1: maternal immune status and obstetrics factors. The European Collaborative Study. AIDS 1996; 10: 1675-81.

Recibido: 10 de julio 2014; Aceptado: 20 de septiembre 2014

ISSN 1695-6141

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