



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE OBSTETRICIA  
CARRERA OBSTETRICIA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO  
A LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE  
OBSTETRICIA**

**TÍTULO PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO:**

**CONDUCTA OBSTÉTRICA DE PACIENTE DE 28 AÑOS DE EDAD,  
MULTÍPARA CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA  
CON EMBARAZO DE 18 SEMANAS DE GESTACIÓN**

**AUTORA:**

**Gina Dolores Ledesma García**

**TUTOR:**

**Dr. Hugo Alvarado Franco**

**BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR**

**2021**

## **RESUMEN**

Este estudio se basa en el seguimiento de una mujer embarazada multípara con 18 semanas de gestación, la cual acude a la consulta con cuadro clínico de 18 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal tipo contracciones de moderada intensidad, acompañada de secreción vaginal en abundante cantidad.

Se le realizan exámenes de laboratorio el cual reporta VIH, lo cual la paciente admite saberlo hace un año, se procede a la hospitalización para realizarle el seguimiento y poder evitar en lo posible la transmisión al producto de la concepción.

El tratamiento se debe empezar al momento del diagnóstico con retrovirales, así en lo posible impidiendo la reproducción del virus e infecciones al producto por parte de la madre, en este caso se tomó como decisión final concluir el embarazo a término del producto por una cesárea segmentaria.

## **PALABRAS CLAVES**

- GESTANTE
- MULTÍPARA
- VIH
- CUADRO CLÍNICO

## **RESUME**

This study is based on the follow-up of a multiparous pregnant woman with 18 weeks of gestation, who comes to the consultation with a clinical picture of 18 hours of evolution, characterized by abdominal pain type contractions of moderate intensity, accompanied by vaginal discharge in abundance.

Laboratory tests are carried out which reports HIV, which the patient admits to knowing about a year ago, she is hospitalized for follow-up and to be able to avoid as much as possible the transmission to the product of conception.

Treatment should begin at the time of diagnosis with retrovirals, thus, as far as possible, preventing the reproduction of the virus and infections to the product by the mother, in this case the final decision was made to conclude the pregnancy of the product at term by a segmental cesarean section.

## **KEYS WORDS**

- GESTANT
- MULTIPAROUS
- HIV
- CLINICAL PICTURE

# Índice

<b>CAPITULO I</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Campo Conceptual de la Investigación</b> .....	<b>3</b>
1.1. INTRODUCCION .....	3
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	4
1.3. OBJETIVOS .....	5
1.3.1. Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	5
<b>Capitulo II</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Marco Teórico de la Investigación</b> .....	<b>6</b>
<b>Capitulo III</b> .....	<b>11</b>
<b>3.- Metodología de la investigación</b> .....	<b>11</b>
3.1. Metodología del diagnostico.....	11
3.1.1. Anamnesis .....	11
3.1.2. Análisis del motivo de la consulta .....	12
3.1.3. Historia clínica de la paciente.....	12
3.2. Historia clínica de la enfermedad actual.....	13
3.3. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema .....	13
3.3.1. Exploración clínica.....	14
3.3.2. Formulación del diagnóstico previo al análisis de datos.....	14
3.3.3. Conducta a seguir en el curso clínico de la situación. ....	14
3.3.4. Tratamiento preventivo .....	16
3.3.5. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud.....	17
3.3.6. Seguimiento .....	17
3.3.7. Recomendaciones .....	18
<b>CAPITULO IV</b> .....	<b>19</b>
<b>4.- Conclusiones</b> .....	<b>19</b>
<b>Capítulo V</b> .....	<b>20</b>
<b>5.1. Referencias Bibliográficas</b> .....	<b>20</b>
<b>Capítulo VI</b> .....	<b>22</b>
<b>6. ANEXOS</b> .....	<b>22</b>

# CAPITULO I

## 1. Campo Conceptual de la Investigación

### 1.1. INTRODUCCION

CONE (Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial), propone su estrategia fundamentada en la premisa de que una cantidad no predecible de mujeres embarazadas, parturientas y puérperas desarrollen complicaciones obstétricas, con el objetivo de actuar rápido y de calidad a fin de prevenir la morbi-mortalidad materno-fetal. (MSP., 2013).

En La Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida del año 2016, se propone la estrategia de respuesta al VIH a fin terminar con la epidemia del Sida para el año 2030. Además en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas, a ejecutarse en junio de 2021, suspendida por la pandemia del COVI-19, se reforzaría esta lucha, que afecta a millones de personas de ambos sexos (MSP, 2021).

Entre los millones de personas con VIH, se estima que el 50% son mujeres, y la posibilidad de que una mujer embarazada y portadora del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) transmita el virus a su producto es entre 25-45%. Siendo hoy la causa líder de las muertes en mujeres con edad de 15 a 45 años en países de recursos limitados. La embarazada con VIH transmite la enfermedad a su hijo si no recibe un tratamiento antirretroviral. El tratamiento debe iniciarse en el momento del diagnóstico y mantenerse indefinidamente, Añade a esto (Tafur et, 2016) que indica dar profilaxis de antirretrovirales al recién nacido, controlar los efectos especialmente en mujeres que títulos bajos de CD4 y monitorear los posibles efectos adversos que son causales de abandono del tratamiento (MSP, 2012).

En este contexto el VIH/Sida se considera un problema de salud mundial. Sin embargo para afrontarlo se debe prestar atención a las características específicas de la epidemia, desde el punto de vista médico, de su dimensión social, económica y cultural (MSP, 2012).

Al año 2016, en el Ecuador se registran unas **33.000** personas que viven con el VIH según El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), de las cuales un número cada vez mayor son mujeres. El control adecuado y lo “ideal son **5 pruebas rápidas para detectar el VIH durante el embarazo**, una en cada trimestre, la cuarta antes de dar a luz y la última después del alumbramiento”, (Coello, 2016.-)

La transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es según (ONUSIDA., 2006), un proceso infeccioso que involucra el paso del virus de una mujer embarazada infectada a su producto, en gestación, trabajo de parto o lactancia. Existen cálculos de que alrededor de 38,6 millones de infectadas con VIH a nivel mundial y que 25 millones han fallecido a causa de la infección. a (Rodriguez et al, 2020).

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

Dentro del área de obstetricia, este caso clínico sobre el embarazo y el VIH, es de vital importancia, pues existe un incremento de VIH en mujeres con una feminización de la enfermedad, además muchas mujeres embarazadas no asisten a los controles prenatales y por lo cual no acceden a la prueba de VIH. Por lo que la finalidad del presente estudio, está en ponderar los conocimientos obstétricos adquiridos en los estudios universitarios ante las situaciones de embarazadas afectadas con el virus VIH, realizando un análisis minucioso del cuadro clínico, a fin de minimizar los riesgos de transmisión vertical (TV) al producto o evitar partos prematuros.

Se justifica el mismo al insistir en que el abordaje a la embarazada infectada con VIH debe hacerse en el control prenatal, durante el parto, en el período de lactancia materna y en las primeras semanas de vida del recién nacido, considerados estos, los períodos críticos en los que el personal de salud debe intervenir en el cuidado de la paciente y su producto de concepción.

Además, nos demuestra que, realizando una labor de prevención, un diagnóstico y un tratamiento eficaz se han podido reconciliar con una enfermedad crónica donde las personas que viven con el VIH, y, donde aún no se tiene la cura ni vacuna para la infección, puedan llevar una vida saludable y con mayor esperanza de vida.

También es importante este caso clínico al mostrar la evidencia disponible respecto al curso de la entidad durante el embarazo y de las recomendaciones para la prevención de la infección madre-hijo en los momentos antes mencionados. El profesional de obstetricia tiene la responsabilidad a través de una educación sanitaria mitigar las inseguridades de la embarazada con VIH, a través de un abordaje psicológico y a la vez farmacológico con la ayuda de todos los profesionales de la salud (Alvarez et al, 2021).

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Analizar problemas obstétricos en gestantes con inmunodeficiencia humana (VIH) y la transmisión de la infección al producto.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar las causas que por la falta de información no acude la gestante oportunamente al tratamiento antiretroviral
- Analizar cuadro clínico de la paciente para un tratamiento temprano y eficiente.
- Aleccionar a la paciente en la prevención del VIH y las enfermedades asociadas en el autocuidado de la paciente.

## Capítulo II

### 2. Marco Teórico de la Investigación

#### **VIH.**

El VIH, es el virus de inmunodeficiencia humana, causante del SIDA y que tiene especial relevancia durante la época fértil de las mujeres, ya que puede ocasionar complicaciones tanto en la gestante como en el feto desde el inicio de la concepción, se estima que una mujer **embarazada** con **VIH** sin tratamiento puede transmitir la infección a su bebé en alrededor del 25% en el embarazo, y hasta un 20% si lo alimenta con su leche materna.

Es un agente infeccioso determinante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), de la familia retrovirus del sistema inmunitarios, cuya infección en los seres humanos provoca un cuadro clínico sindrómico de evolución prolongada, que, al alcanzar su fase final provoca el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que se manifiesta produciendo una lenta, pero continúa destrucción del sistema inmune mediante múltiples mecanismos, siendo los linfocitos CD4+ las dianas más importantes.

#### **Transmisión del VIH**

Como un aspecto relevante del VIH tenemos que: La infección por el VIH puede ser adquirida a través de relaciones sexuales, de una exposición a sangre infectada o **transmisión materno-infantil (perinatal o por la leche materna)**. Además al compartir las vías de transmisión, es común que la infección por VIH se escolte del virus de la hepatitis B (VHB), del herpes virus humano y, o del virus de la hepatitis C (VHC) (Bennett, 2017.)

Los tratamientos antirretrovirales frente al VIH están indicados durante y en cualquier momento en el caso de un embarazo siempre que haya sospecha de una exposición significativa. Tomando en cuenta los riesgos que esta población podría tener especialmente durante el primer trimestre de gestación

## **Mecanismos de transmisión del VIH madre-hijo: (Fonseca, 2005)**

1. **Transmisión intra-parto.** Se manifiesta en el 40 y 80% de los casos y es causada al contacto fetal con la sangre y el líquido amniótico que contienen el virus VIH. Y puede suceder a través de micro transfusiones sanguíneas que suceden durante las contracciones uterinas, por el ascenso del virus a través del cérvix o el tracto digestivo del niño.
  
2. **Transmisión in útero.** En el tejido fetal y a la octava semana de gestación se ha evidenciado presencia del virus VIH. Este tipo de transmisión es responsable del 10% al 25% de los casos como causa de infección en el niño/a con evidencia esta de que puede producirse infección placentaria en cualquier instante de la gestación. Diferentes estudios indican que la transmisión vertical se produce especialmente en las últimas semanas de gestación. Y lo más importante asociado a la transmisión vertical, es la carga viral, pues a mayor carga mayor riesgo de transmisión, por lo tanto, la administración de antiretrovirales (ARV) debe iniciarse lo más temprano posible. (MSP, 2021).
  
3. **Transmisión a través de la leche materna.** Es por esta vía, que, la transmisión se hace presente en un 14% a 30% de los casos. Y los factores que se asocian a un mayor riesgo de transmisión a través de la lactancia materna son:
  - Mayor carga viral plasmática
  - Mayor deterioro inmunológico de la madre
  - Presencia de mastitis
  - Lesiones sangrantes en los pezones
  - Lactancia mixta\*
  - Primo-infección durante la lactancia

Se concluye pues que la transmisión de la infección de madre a hijo, es evitable, ya que, siguiendo las acciones planteadas en la Estrategia Nacional ETMI (Estrategia de transmisión materno infantil) Plus, la probabilidad del riesgo tiene una baja del 40% al 2%, por lo que, se deben hacer todos los esfuerzos para el efecto. (MSP, 2021).

Grafico 1.- Transmisión materno infantil en Ecuador año 2020





Fuente: Estrategia Nacional del VIH/Sida-ITS, MSP2020

La Estrategia Nacional del VIH/Sida-ITS indica que para el año 2020 fue de 2.8% la tasa de transmisión madre-hijo y estudios realizados con ONUSIDA a través de la herramienta Spectrum, indican que la prevalencia de VIH en mujeres en el Ecuador es del 0,25 %.

### **Pruebas De diagnóstico del VIH en el embarazo**

**ELISA** (Enzyme –Linked inmuno sorbent assay). Sensibilidad y especificidad mayor del 95%-Pruebas rápidas: de 20 minutos más de 6 tipo con Sensibilidad y especificidad del 95% al 99% (trabajo de parto Confirmatorio: Western Blood (WB))

### **Manejo de la infección durante el embarazo**

En el manejo de la paciente gestante infectada, que acude a consulta antes del parto: Es obligatorio ofrecer a toda embarazada la información adecuada y la realización de la serología frente al VIH. Este paso es básico en la atención por parte del o la obstetra para poder disminuir la transmisión viral, siendo parte de un equipo interdisciplinario con el médico, enfermera, psicólogo, odontólogo encargados de vigilar y controlar el embarazo.

A pesar del incremento de esta infección entre las mujeres, la exposición de las condiciones del riesgo y de vulnerabilidad, y de las estrategias definidas para prevenir la enfermedad. Se requiere también tener en cuenta que la eficacia y efectividad de cualquier actividad que se emprenda, depende de las perspectivas que ellas y sus familias tienen del problema (Rubiano, Munevar, & Goethe, 2016-).

## **Tratamiento**

En este caso clínico y considerando que cuando la edad gestacional es inferior a 34 semanas, nos encontramos ante la inmadurez fetal que condiciona un elevado riesgo de morbimortalidad

Hoy existe una combinación de fármacos que favorece el sistema inmunológico haciendo que la calidad de vida de estos pacientes crónicos mejore y aumenten su esperanza de vida. Lo más importante con respecto al TAR es la adherencia terapéutica, y en esto tiene un papel fundamental el personal sanitario, ya que deben tener estrategias para mejorar el cumplimiento mediante una colaboración interdisciplinar.

Para un adecuado control y manejo del embarazo de la mujer con VIH estos deben practicarse en unidades de atención integral de VIH aplicándose las mismas normas establecidas para salud sexual y reproductiva, pero considerando ciertas particularidades de una paciente de alto riesgo, las estrategias a seguir por el o la obstetras son:

- Historia clínica completa
- Normas de Salud Reproductiva; Materno-Perinatal.

El estado ecuatoriano garantiza las pruebas rápidas, y “provee el **tratamiento antirretroviral** de forma gratuita y al bebé (de madre VIH positivo) las fórmulas artificiales hasta los 18 meses de vida”. Los fármacos más seguros a usar en el embarazo son: zidovudin, lamivudina y el combinado lopinavir/ritonavir. El o la obstetra y el especialista en VIH deben decidir qué clase de tratamiento es más conveniente considerando la carga viral de la embarazada.

Para todas las embarazadas e independientemente del número de linfocitos CD4+ y de su carga viral (CV) se inicia el control antirretroviral. Este protocolo busca reducir la transmisión materno-infantil mediante el alcanzar o mantener una carga viral indetectable o baja y así, si una gestante decide renunciar al uso de TARV, en el área de obstetricia y durante las citas subsecuentes se le debe asesorar sobre los beneficios de la

TARV para conseguir su reinscripción de la paciente a la terapia, si es el caso. (MSP M. d., 2019).

El tratamiento farmacológico, es el mismo que para la población general, con la salvedad de que ciertos antiretrovirales son teratogénicos (agente capaz de causar un defecto congénito), por ello es adecuado hacer una revisión y si es necesario ajustar el tratamiento

Se recomienda a la mujer gestante VIH positivo evitar dar a luz por parto natural, tiene que ser una **cesárea idealmente electiva**, no de emergencia, y a las 38 semanas, Aunque la bibliografía recomienda el parto vaginal en aquellas mujeres que reúnen ciertas condiciones que minimizan el riesgo de contagio al producto, como son: adecuado control del embarazo, haber recibido tratamiento con antiretrovirales y presencia de carga viral indetectable en el momento del parto. En el procedimiento de la cesárea se da una dosis adicional de antiretroviral, el recién nacido RN también darle a tomar un jarabe por 4 a 6 semanas además la madre no debe proporcionar lactancia materna”. (Coello, 2016.-).

Anterretrovirales más empleado en gestantes y dosis usadas			
Grupo	Medicamento	Dosis	Observaciones
IRTNs	Zidovudina (AZT)	300 mg 2 veces/d	Preferido en gestantes.
	Lamivudina (3TC)	150mg 2 veces/d	Si se necesita triterapia la combinación de IRTNs recomendada es AZT y 3TC.

Fuente: Boletín Anual de VIH/sida Ecuador -2020

## Capítulo III

### 3.- Metodología de la investigación

#### 3.1. Metodología del diagnóstico

##### 3.1.1. Anamnesis

Es imprescindible otorgar a toda gestante la información adecuada para realizar serología frente al VIH. Este primer paso es básico para poder disminuir la transmisión materno -infantil y detectar oportunamente patologías e infecciones oportunistas ((SPNS), 2018)

#### Datos de filiación y estadística

- **Nombre y apellido:** Nombre protegido
- **Sexo:** Femenino
- **edad:** 38 años
- **Fecha de nacimientos** Febrero 11 de 1983
- **Lugar de nacimiento:** Parroquia La Unión, provincia de Los Ríos
- **Estado civil:** Unión libre
- **Ocupación:** Ama de casa
- **Grado de instrucción:** Primaria
- **Domicilio actual:** Parroquia La Unión
- **Tiempo de enfermedad:** 1 año
- **Religión:** Cristiana.

#### Antecedentes Gineco-Obstétrico (AGO)

- **Menarquia, edad:** 12 años
- **Ciclos:** 4/30
- **Gestas:** 5
- **Partos:** 4

- **Abortos:** 0
- **Cesárea:** 0
- **Hijos vivos.** 4

#### **Antecedentes personales (AP)**

- Niega el alcoholismo y el tabaquismo
- Niega el uso de drogas
- Niega sufrir alguna enfermedad y alergia

#### **Antecedentes familiares (AF)**

- Sin antecedentes hereditarios

#### **3.1.2. Análisis del motivo de la consulta**

Se admite el ingreso a la paciente quién refiere que hace aproximadamente 18 horas se le presento dolor abdominal tipo contracciones de moderada intensidad acompañadas de secreción mucosa con gran cantidad por lo que acude al Hospital Martin Icaza Roldós (HMIR), en donde le realizan exámenes de sangre que reportan VIH reactivo y se admite en la sala Gineco obstetricia para un seguimiento estricto de la gestante.

#### **3.1.3. Historia clínica de la paciente**

- VIH positivo hace 1 año.
- Acudió a control ambulatorio a las 18 semanas de gestación TBC pulmonar y renal hace 6 años. Episodios posteriores de broncoespasmo RAM (Negativo)
- Transfusiones (Negativo)
- N° parejas sexuales: 2
- 4 hijos, los últimos de 4 y 2 años, no tienen ELISA-VIH
- Pareja actual: SIDA y tuberculosis pulmonar.
- FUM: Enero 15 del 2021

### **3.2. Historia clínica de la enfermedad actual**

Paciente de 38 años de edad, múltipara con síndrome de inmunodeficiencia adquirida con embarazo de 18 semanas de gestación.

**Revisión actual de los órganos y sistemas:** SP. (Sin evidencia de patología)

- Órgano de los sentidos: SP
- Respiratorios: SP
- Cardio vascular: SP
- Digestivo: SP
- Genital: SP
- Urinario: SP
- Musculo esquelético: SP
- Endocrinólogo: SP
- Hemo linfático: SP
- Nervioso: SP.

### **3.3. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema**

La madre debe ser informada de los beneficios para ella el conocer su estado inmunológico actual, una aplicación inmediata de las medidas de prevención de la transmisión vertical, además la necesidad de iniciar de inmediato el tratamiento Anti-retroviral (TAR), pues su eficacia es mayor cuando se inicia oportunamente.

Los factores que inducen a aumentar el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo en estado gestante son: la carga viral elevada, madre infectados con SIDA avanzado, conteo CD4 disminuido, alcoholismo, drogadicción tabaquismo, deficiencia de vitamina A.

### 3.3.1. Exploración clínica

#### Examen Físico

- **Estado de conciencia:** consiente, y orientada en tiempo y espacio;
- **Tensión arterial** 105/62,
- **Frecuencia cardíaca:** 70 latidos por minuto;
- **Frecuencia respiratoria:** 20 respiraciones por minuto;
- **Temperatura:** 36,5°C,
- **Saturación de oxígeno:** 95%,
- **Tirilla** negativa;
- **Score Mama** de 0; Abdomen;
- **Útero:** gestante,
- **Altura de fondo uterino:** acorde a edad gestacional,
- **Movimientos fetales:** presentes,
- **Especulocopia:** Cérvix sin modificaciones
- **Feto:** único vivo cefálico longitudinal dorso derecho,
- **Frecuencia cardíaca fetal:** 140 latidos por minuto.
- **Abdomen:** globuloso, con producto vivo.

### 3.3.2. Formulación del diagnóstico previo al análisis de datos

**Diagnóstico presuntivo:** Embarazo de 18 semanas + VIH reactivo (segunda prueba)

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad hematológica

**Diagnóstico definitivo:** Embarazo de 18 semanas + VIH reactivo (positivo en la investigación de anticuerpos contra el virus VIH en la pruebas de Micro Elisa Y Western Blood.

### 3.3.3. Conducta a seguir en el curso clínico de la situación.

Es fundamental que se le otorgue a la embarazada y su pareja la información completa y adecuada del diagnóstico y la realización de la serología (detección de las

inmunoglobulinas, anticuerpos) frente al VIH a fin de determinar acciones y alcanzar la eliminación de la transmisión del VIH al hijo durante su embarazo, este primer paso se debe indicar en el primer control prenatal, también se informó la necesidad de realizarse controles cada 3 meses y su necesaria adherencia al tratamiento.

El seguimiento del embarazo se lo realiza con la conformación de un equipo multidisciplinario especializado que conozca medidas y alternativas a seguir para disminuir la transmisión vertical de la infección, ante la necesidad de iniciar inmediatamente el tratamiento antirretroviral (TARV) que son medicamentos que combinados permiten prevenir la reproducción del virus y la transmisión materno-infantil (independientemente del número de linfocitos CD4+ y CV).

La atención en asistencia y tratamiento de las gestantes infectadas por el VIH es un imperativo ético-médico, respetando la necesaria confidencialidad, la atención debe ser brindarla por un equipo multidisciplinario compuesto, entre otros, por un infectólogo, un obstetra y un pediatra con experiencia en la infección por el VIH de manera que con la atención abarquen aspectos relacionados con: Controles prenatales que incluyan la valoración de peso, presión arterial, proteinuria, necesidades de apoyo nutricional y psicológico; monitoreo ecográfico y realización de exámenes de laboratorio. Controles prenatales con mayor frecuencia de manera individualizada en casos complicados (poca adherencia al tratamiento, infecciones de transmisión sexual, infecciones oportunistas, efectos adversos de la TARV, etc.). (MSP M. d., 2019).

Entregar información a las gestantes de los riesgos más comunes a que están expuestas debido a la infección del VIH como son:

- Aborto prematuro
- Infecciones en el tracto genital
- Ruptura prematura de membranas
- Herpes zoster y La sífilis, que es la de mayor presencia en gestante con VIH.
- Placenta previa, etc.



### 3.3.4. Tratamiento preventivo

Con el fin de lograr la reducción de la transmisión materno-infantil y asegurar su estado de salud, toda gestante infectada por el VIH debe recibir tratamiento antirretroviral, el mismo que debe ser elegido por los especialistas (equipo médico) en este caso el (ARV) aplicado a gestantes que no ha recibido antes retrovirales, independientemente de su estado clínico, inmunológico o virológico, que se administran desde el momento del diagnóstico y se continúan indefinidamente, manteniendo un férreo control de la situación clínica virológica e inmunológica de la paciente. El tratamiento se inicia en si con:

- La toma y control de los signos vitales en forma constante
- Control secreción mucosa.
- Se pidió exámenes de laboratorio en sífilis y VIH
- Para determinar el grado de infección del VIH se realizaron las pruebas de tamizaje que son: pruebas rápidas, ELISA y prueba confirmatoria Western Blot.
- Se pidió una ecografía, para confirmar la edad gestacional y estimar la fecha más probable del parto, pues es muy importante la confirmación de la edad gestacional que será cuidadosamente establecida, para evitar prematurez iatrogénica
- Revisión de vacunas y hierro suministrado
- Tras recibir el diagnóstico y la valoración inicial, se inició la TAR, independientemente de la situación inmunoviológica, lo antes posible, por potencial transmisión intrauterina
- Se administró 1 pastilla al día de ácido fólico
- Se administró el fármaco SIDOBUDINA o AZT, en dosis de 300 mg 2 veces/día. el mismo que actúa inhibiendo la replicación viral al incorporarse a la cadena de DNA, impidiendo el ensamblaje de nuevas unidades. Demostrado ser efectivo en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en etapas diferentes; prenatal, intraparto y post natal.
- Es contraindicado el uso de sidobudina, en embarazadas con bajo niveles de hemoglobina, pues los bajaría aún más, en este caso debemos subir los valores de hemoglobina antes de administrar el medicamento.

- Se realizó observaciones de infecciones ginecológicas, dado el mayor riesgo de parto pretérmino que presentan.
- Se indicó a la paciente la necesidad de un buen estado nutricional durante la gestación y la No lactancia materna
- Se entregó información al jefe de la unidad para que solicite su derivación a la clínica del SIDA, sugiriendo la revisión del ginecólogo y consulta con el nutricionista.

### **.3.3.5. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud**

Se recalca de manera especial la importancia del equipo médico en seguir la pauta recomendada del tratamiento antirretroviral, y los controles de tamizaje, lo que favorecerá que la enfermedad esté lo más controlada posible y por tanto que el riesgo de transmisión vertical disminuya.

La probabilidad de una transmisión infecciosa del VIH de madre a hijo se determina conociendo el estado de inmunológico o la carga viral, pero también ciertas actuaciones durante el procedimiento van a condicionar el riesgo de transmisión, como es el tiempo de rotura de membranas o el tiempo total de duración del trabajo de parto (Latorre et al, 2019). La TAR debe iniciarse en la semana 14; cuando la CV es mayor de 100.000 copias/ml

Durante el embarazo se prevé la presencia de varias infecciones como son Toxoplasmosis, paludismo, listeriosis, poliomiелitis, histoplasmosis, y complicación principalmente de anemia, principios de amenaza de aborto, como también inflamaciones o ulceraciones vulvovaginal y otras lesiones pélvicas que pueden facilitar la infección por el VIH; por lo que los controles prenatales obstétricos son indispensables para el bienestar materno y su producto.

### **3.3.6. Seguimiento**

- La embarazada y previo a su consentimiento decidió cesárea selectiva
- Se la asesoró con Planificación familiar
- Se la asesoro en Educación Sanitaria, consejería, apoyo social y psicológico

— Cuidados obstétricos y de especialidad en VIH.

### **3.3.7. Recomendaciones**

Considerando el beneficio individual, Se recomienda a toda embarazada realizar un diagnóstico de la infección por VIH pues un tratamiento oportuno reduce la morbi-mortalidad de los pacientes, ya que los que desconocen su situación no podrán beneficiarse del TAR y tienen mayor probabilidad y riesgo de desarrollar Sida. Toda paciente de 18 semanas de gestación se recomienda el tratamiento conservador por el riesgo de secuelas graves secundarias a la prematuridad y la alta mortalidad neonatal (Alvarez et al, 2021).

Se recomienda un control prenatal adecuado que conste de:

- Un control de infecciones ginecológicas
- Prohibición de consumo de tabaco, alcohol y drogas
- Aconsejar a sobre un buen estado nutricional durante su embarazo
- Entre 30 y 34 semanas: la conducta general recomendada será poner término a la gestación. Dada la mayor tendencia al aumento de la TV reportada en partos prematuros incluso recibiendo TAR, la vía preferida será la cesárea.
- Se deja indicado que una vez nazca él bebe, este reciba AZT entre las primeras 24 horas de vida, con una prescripción de 4 veces por día, hasta las 6 semanas de vida.
- También se recomienda realizar a su bebé un análisis de sangre para la detección del VIH.

## **CAPITULO IV**

### **4.- Conclusiones**

En este estudio de Caso Clínico en paciente de 38 años de edad, 18 semanas de gestación con VIH, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Las 18 semanas de gestación de la paciente permiten un control oportuno con la aplicación de retrovirales para el control de la CV, impidiendo la reproducción del virus e infecciones al producto por parte de la madre.
- El profesional de obstetricia debe programar citas para control ginecológico de la paciente, esto permitirá asegurar que los medicamentos tengan efecto y que el bebé no se infecte.
- En este caso se decidió terminar el embarazo por cesárea electiva, la misma que será programada para 2 semanas antes de las 40 semanas, que se inicia el trabajo de parto, sin rotura de la bolsa.
- Es importante que en el manejo y tratamiento de mujeres gestantes infectadas por VIH a cargo de obstetricia, en forma inmediata se conforme equipo multidisciplinario para reducir el riesgo de transmisión vertical, disminuir su carga viral representativamente.

## Capítulo V

### 5.1. Referencias Bibliográficas

- (SPNS), S. G. (2018). *Guía Para El Tratamiento en el embarazo*. Internet: QUITO.
- Alvarez et al, D. R. (15 de Febrero de 2021). *Entre el deseo, el derecho y el miedo a ser madre tras seropositividad del HIV*. Obtenido de Enfermería Globo: 2014 . disponible:<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/enfermeria1.pdf>
- Bennett, N. ( 2017.). HIV Infection and AIDS. . *Medscape Reference*.
- Coello, C. (2016.-). Cada vez más mujeres con VIH en el Ecuador. *Edición médica. Reproducido el 1 Septiembre 1 de 2021. Quito, s/p-*.
- Fonseca, C. E. (2005). MANEJO DE LA INFECCIÓN MATERNA CON VIH Y DEL RECIÉN NACIDO EXPUESTO. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No.1* .
- Latorre et al, L. V. (2019). Actuación de la matrona en el seguimiento de la gestante portadora de VIH durante el embarazo y parto. *Revista Electronica de Portales Médicos.com, s/p*.
- MSP. (2012). El VIH/Sida se ha convertido en un problema de salud mundial. El Ecuador no escapa a esta tendencia; sin embargo la manera de afrontarlo debe prestar atención a las características específicas de la epidemia en el Ecuador desde el p. En D. d. MSP, *PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH Y SÍFILIS CONGÉNITA* (pág. 6). Quito: Dirección de Normatización del MSP.
- MSP. (2021). Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS. *Boletín Anual de VIH/sida Ecuador -2020 del MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR*.
- MSP, M. d. (2012). *Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil de VIH y sífilis congénita y de atención integral de niños/as con VIH/sida* [. Quito - Ecuador: Ministerio de Salud Pública, citado 2016.
- MSP, M. d. (2019). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos*. Guía de Práctica Clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública: Ministerio de Salud Pública.

- MSP. (2013). *Ministerio de Salud Pública. CONE en el Sistema Nacional de Salud. Quito:*. Obtenido de <http://salud.gob.ec>: <http://salud.gob.ec>,
- MSP., M. d. (2019). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos. Guía de Práctica Clínica.* Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- Rodríguez et al, C. V. (2020). Manejo y tratamiento de gestante joven con HIV positivo. Reporte de un caso. *Ciencias de la Salud.- Vol. 6, núm. 3, 693-705.*
- Rubiano, M. Y., Munevar, T. R., & Goethe, S. B. (2016-). Oportunidades de investigación en preeclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria: Un artículo de reflexión. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, vol. 48, núm. 3,, pp. 353-363.* tomado de Díaz y Serrano, 2008.
- Tafur et, a. V. (17 de ABRIL de 2016). *Adaptación del “Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral”* . Obtenido de *Ars Pharm* [Internet]. 2008 .

## Capítulo VI

### 6. ANEXOS.

#### Anamnesis



Entrevista a la paciente al ingreso al hospital Martin Icaza Roldós