



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



**Componente práctico del Examen Complexivo
previo a la obtención del grado académico de Obstetrix**

TITULO DEL CASO CLINICO:

**VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN PACIENTE DE 27 AÑOS
CON 18 SEMANAS DE GESTACION**

AUTORA:

VANESSA DEL ROCIO SALCEDO FLORES

TUTOR:

DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

Babahoyo - Los Ríos- Ecuador

2018



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ana Maria Pasos Baños', written over a horizontal line.

OBS. ANA MARIA PASOS BAÑOS
DELEGADO (A) DEL DECANATO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Herman Romero Ramirez', written over a horizontal line.

DR. HERMAN ROMERO RAMIREZ
DELEGADO (A)
COORDINADOR DE LA CARRERA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Maite Mazacon Mora', written over a horizontal line.

QF. MAITE MAZACON MORA
COORDINADOR GENERAL DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
O DELEGADO (A)

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carlos Freire Nivelá', written over a horizontal line.

ABG. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIA GENERAL
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **HUGOLINO ORELLANA GAIBOR**, en calidad de Docente - Tutor del estudiante Srta. **VANESSA DEL ROCIO SALCEDO FLORES**, el mismo que está matriculado en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, "**VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN GESTANTE DE 27 AÑOS CON 18 SEMANAS DE GESTACION.**", de la Carrera de **OBSTETRICIA** de la Escuela de **OBSTETRICIA**, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de Septiembre del año 2018

Hugolino Orellana Gaibor

Dr. Hugolino Orellana Gaibor
MÉDICO OBSTETRA
M3003 POLIO 0017 M. 0000

Nombres y Apellidos:

CI: 1201835467

17/09/18
[Signature]



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Obstetricia
Carrera de Obstetricia

Por medio del presente dejo constancia de ser la autora del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:

**VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN GESTANTE DE 27 AÑOS
CON 18 SEMANAS DE GESTACION.**

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizó, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: 17 de septiembre del 2018

Autora

VANESSA DEL ROCIO SALCEDO FLORES

CI: 1206125013



BABAHOYO, 17 de septiembre del 2018

CERTIFICACION DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACION, EXAMEN COMPLEXIVO.

Lcda. Betty Narcisa Mazacón Roca. PhD.

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.

COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

En mi calidad de tutor de la señorita **SALCEDO FLORES VANESSA DEL ROCIO** en el CASO CLINICO-EXAMEN COMPLEXIVO, entrego el certificado del sistema URKUND

URKUND

Documento [VIH Y EMBARAZO- 1.1.docx](#) (D41473396)

Presentado 2018-09-15 17:23 (-05:00)

Presentado por vanersalcedof@gmail.com

Recibido horellana.utb@analysis.urkund.com

11% de estas 9 páginas, se componen de texto presente en 6 fuentes.

Hugolino Orellana Gaibor

DR HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

Dr. Hugolino Orellana Gaibor
GINECO OBSTETRA
LIBRO 3 POLIO 0027



*Recibido
17/09/18
del 1*

Palabras Claves: Decisiones, Embarazo, VIH,

RESUMEN

El presente caso clínico se basó en el estudio de una paciente embarazada de 18 semanas, con antecedentes patológicos personales de VIH de más o menos 2 años de evolución.

El propósito de este caso es de constatar el aumento de las complicaciones por el VIH en mujeres gestantes debido a la falta de información, lo cual nos sirve de guía en la toma de decisiones ante la embarazada, tomando en cuenta su incidencia, y con ayuda del manejo de estas pacientes basándonos en las normas del Ministerio de Salud Pública, Analizar las complicaciones durante el embarazo y la transmisión vertical del VIH al feto. debemos Instruir a las pacientes y tratar de disminuir la morbimortalidad por SIDA y enfermedades asociadas y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH, mediante el tratamiento de antirretrovirales de eficacia, durabilidad y seguridad probadas. Según ONU en Ecuador aumentaron el 54 % en el 2016. De 3.152 en el 2015 pasaron a 4.862 el año pasado, reporta el Ministerio de Salud Pública (MSP). En promedio, cada día se detectan 13 nuevos contagios en Ecuador, el 50 % de ellos vive en Guayas (seis por día).

KEY WORDS: DECISIONS, PREGNANCY, HIV.

SUMMARY

The present clinical case was based on the study of a pregnant patient of 18 weeks, with a personal pathological history of HIV of more or less 2 years of evolution.

The purpose of this case is to verify the increase in complications due to HIV in pregnant women due to the lack of information, which serves as a guide in making decisions with the pregnant woman, taking into account their incidence, and with help of the management of these patients based on the norms of the Ministry of Public Health, to analyze complications during pregnancy and the vertical transmission of HIV to the fetus. We must instruct patients and try to reduce morbidity and mortality from AIDS and associated diseases and improve the quality of life of people living with HIV, through the treatment of antiretrovirals with proven efficacy, durability and safety. According to the UN in Ecuador, they increased by 54% in 2016. From 3,152 in 2015 they increased to 4,862 last year, reports the Ministry of Public Health (MSP). On average, 13 new infections are detected every day in Ecuador, 50% of them live in Guayas (six per day).

ÍNDICE

Contenido

RESUMEN	I
SUMMARY	II
INTRODUCCION	III
I. MARCO TEORICO	1
<i>Transmisión Sexual:</i>	3
<i>Transmisión sanguínea:</i>	3
<i>Transmisión Materno Infantil:</i>	4
<i>VIH y embarazo</i>	5
<i>Momentos de la transmisión materno infantil del VIH</i>	5
<i>Transmisión Intrauterina</i>	6
<i>Transmisión Intraparto</i>	6
<i>Transmisión por leche materna</i>	6
1.1. Justificación.....	8
1.2. Objetivos	9
1.2.1. Objetivo general	9
1.2.2. Objetivos específicos	9
1.3. Datos generales	10
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	11
Determinar el curso clínico de esta situación	15
Generalidades sobre la transmisión del VIH de madre a hijo/a	17
<i>Infeción Intrauterina</i>	17
<i>Infeción Intraparto</i>	17
<i>Infeción por Lactancia Materna:</i>	18
<i>Tratamiento farmacológico</i>	18
Drogas antiretrovirales contraindicadas durante el embarazo:	19
INDICACIÓN DE INICIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA)	19
<i>Terapia corta con Zidovudina (AZT)</i>	19
<i>Contraindicaciones del uso de la Zidovudina</i>	20
<i>Recomendaciones generales</i>	20
<i>Atención preventiva</i>	21

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	21
2.8. Seguimiento	22
2.9. Observaciones	23
CONCLUSIONES	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	27

Título del Caso Clínico

Virus de inmunodeficiencia adquirida en paciente de 27 años con 18 semanas de gestación

INTRODUCCION

En todo el mundo, las mujeres se ven afectadas por el Virus de Inmunodeficiencia adquirida (VIH) al igual que los hombres, el porcentaje de mujeres infectadas está en continuo crecimiento; y se presenta entre los 20 y 40 años; y que a su vez muchas de ellas desean tener hijos como la mayoría de la gente a esa edad.

Hasta ahora desde el descubrimiento del virus de VIH, el diagnóstico de infección por el VIH en una mujer embarazada la mayoría de las veces termina en aborto. Pero, desde que la tecnología ha ido avanzando han mejorado la calidad de vida de estas personas, y lo que mas importante, desde que nuestros conocimientos sobre el virus y su transmisión nos permiten tomar precauciones para prevenir la transmisión madres infectadas a sus hijos. Por otro lado, es de esperar que en el futuro aumenten las cifras de VIH a medida que aumente el número de pacientes contagiadas.

La transmisión de madre a hijo puede producirse durante el embarazo, en el momento del parto y durante la lactancia materna. El riesgo de transmisión perinatal (últimas semanas de embarazo y durante el parto), en su mayoría es a partir de la semana 36 de embarazo. La lactancia materna aumenta el riesgo durante el primer año de vida. Puesto que las complicaciones que acarrear las gestantes con VIH incluye: Aborto espontáneo, Amenaza o parto prematuro, Anemia, Infección de Vías urinarias, Retardo de crecimiento intrauterino, Mortinato, Bajo peso al nacer.

El presente caso clínico se basó en el estudio de una paciente de 28 años de edad, con embarazo de 18 semanas de gestación, con antecedentes patológicos personales de VIH de más o menos 2 años de evolución.

I. MARCO TEORICO

El VIH o virus de Inmunodeficiencia Humana son las siglas de un retrovirus que ataca el sistema inmune y causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El síndrome de inmunodeficiencia humana destruye progresivamente la habilidad de luchar contra diversos tipos de cáncer e infecciones.

Cararach refiere que las personas que son diagnosticadas con SIDA, pueden contraer infecciones oportunistas como son llamadas, estas infecciones son causadas por varias bacterias, parásitos, virus y hongos contra los que las personas sanas generalmente pueden luchar. Si una paciente está infectada con el VIH es posible que tarde diez años o más en desarrollar SIDA, é incluso sin haber recibido tratamiento, o puede que ocurra rápidamente. Pero con un tratamiento adecuado y agresivo a base de medicamentos, es mucho mejor su pronóstico. Cararach, M. (2013)

Medicamentos que puedan erradicar el virus no existen, pero hay tratamientos que pueden ayudar a suprimir el virus, siendo indetectable para que el sistema inmune funcione durante periodos de tiempo mucho más largos y así retrasar la aparición de infecciones graves.

Muchos consideran que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función de combatir las enfermedades y las infecciones. Las personas inmunodeficientes son más débiles y vulnerables a las diversas infecciones, la mayoría de las cuales es poco común entre personas sin inmunodeficiencia. Las infecciones graves se conocen como "infecciones oportunistas", ya que aprovechan la debilidad del sistema inmunitario.

Al revisar ciertos textos clásicos como Larousse, se considera que la mayoría de las personas que se han infectado por el virus de inmunodeficiencia adquirida no lo saben por qué los síntomas no se manifiestan inmediatamente luego de contraer el virus. Sin embargo, algunas de ellas desarrollan el "síndrome retroviral agudo" durante la seroconversión, una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa fiebre, inflamación de los nódulos linfáticos, dolor articular.

La seroconversión alude al desarrollo de anticuerpos contra el VIH y principalmente tiene lugar entre la primera y la sexta semana luego de la infección. Una persona infectada por el VIH, independientemente de que presente o no síntomas iniciales, es altamente contagiosa durante este periodo inicial. Una vez que el VIH ha provocado un deterioro del sistema inmunitario, la vulnerabilidad ante las diferentes infecciones puede hacer visibles todos los síntomas. El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en función de diversos indicios de infecciones, síntomas, y cánceres. Larousse. (2015)

La transmisión del VIH ocurre en diversas situaciones que facilitan el intercambio de fluidos con capacidad infectante (leche materna, fluidos vaginales, líquido pre seminal, semen, sangre).

Las principales vías de transmisión son:

- Transmisión sexual
- Transmisión sanguínea
- Transmisión materno-infantil

Transmisión Sexual:

La transmisión sexual es la principal forma de infección en el mundo, responsable de aproximadamente el 75% de todos los casos. La propagación por esta vía es superior a cualquiera de las otras, y es máxima en las parejas femeninas de drogadictos por vía intravenosa, El virus está presente en el semen, libre y dentro de los linfocitos; además se encuentra y en las células de la mucosa cervical de las mujeres infectadas y en las secreciones vaginales. Cabe destacar que el riesgo de transmisión es mucho mayor en el sentido varón a mujer que de mujer a varón. Esto se debe principalmente a que el semen queda depositado en la vagina de la mujer teniendo mayor tiempo de exposición, por contacto con el semen. (obstetricia y ginecología, 2015).

Las relaciones sexuales con penetración vaginal o anal sin uso de preservativo tanto heterosexuales como homosexuales, pueden transmitir el VIH. Cabe recalcar que las relaciones sexuales buco-genitales (boca-pene, boca-vulva) también implican un riesgo de transmisión.

Transmisión sanguínea:

Por esta vía el virus puede transmitirse de las siguientes maneras:

- Transfusiones de sangre. El riesgo de que esto ocurra es muy bajo gracias a las medidas de tamizaje que se utilizan: la búsqueda de anticuerpos anti-VIH en plasma donados y sangre, el tratamiento con calor de los concentrados de factores de coagulación, y la detección selectiva de donantes a partir de sus antecedentes. Aun así existe un riesgo muy pequeño de infección a través de sangre “no reactiva” para los anticuerpos anti-VIH , es el caso de donantes que se encuentran dentro del “período ventana”.
- Compartiendo jeringas u objetos cortopunzantes contaminados con sangre infectada, por ejemplo, tatuajes, piercings, o en el uso de drogas intravenosas.

- Mediante el consumo de drogas que se aspiran o el uso de latas para su consumo. Existe riesgo siempre que se comparta el “canuto” (para aspirar) y haya sangrado por la nariz o la “lata” y haya cortes a nivel de la boca.
(American Public Health Association), 2000.

Transmisión Materno Infantil:

La transmisión madre-hijo es la causa más importante de SIDA pediátrico. La transmisión puede Suceder:

- Durante el embarazo: Sucede cuando el virus traspasa la barrera placentaria e infecta al feto. El riesgo de transmisión en esta etapa depende de la etapa de la infección en que se encuentre y de la carga viral de la mujer.
- En el momento del parto: Los riesgos de transmisión son mayores, debido al contacto estrecho del bebé con la sangre de la madre y con secreciones vaginales.
- A través de la lactancia: El riesgo por esta vía aumenta con el tiempo de duración del amamantamiento, la alternativa de alimentación mixta no lo reduce.
- La Infección por el VIH: puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo.
- Etapa clínica I: inflamación general de los nódulos linfáticos o asintomática.
- Etapa clínica II: pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.
- Etapa clínica III: fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, diarrea crónica sin causa aparente, tuberculosis pulmonar e inflamación aguda en la boca. Algunas personas tienen sida en esta etapa.
- Etapa clínica IV: incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen sida.
(OMS. 2005)

VIH y embarazo

El diagnóstico de infección por VIH/SIDA en la gestante es el primer y más importante paso en la prevención de la transmisión materno infantil del VIH; este se realiza mediante la prueba de tamizaje: pruebas rápidas, el VIH/SIDA Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia". (2012). OMS.

Normalmente en el embarazo existe una inmunodeficiencia con disminución de los niveles de inmunoglobulina y de la inmunidad celular entre otros cambios, lo cual lleva a pensar que el embarazo en mujeres VIH positivas pudiera acelerar el progreso de la infección.

El embarazo parece tener poco efecto en la progresión de la enfermedad en mujeres VIH positivas sin síntomas, pero puede haber una progresión rápida en aquellas mujeres que se encuentren en un avanzado estadio. Esto no parece debido a aceleración de la enfermedad inducida por el embarazo. (Danforth, 2015)

Momentos de la transmisión materno infantil del VIH

Para plantear una estrategia óptima de prevención de la transmisión materno infantil del VIH es necesario conocer los momentos y circunstancias que aumentan el riesgo de transmisión.

Transmisión Intrauterina

El VIH es capaz de atravesar la placenta e infectar al feto, esto ocurre por vía transplacentaria o por transfusión materno-fetal, especialmente por microdesprendimientos placentarios. Los principales mecanismos serían por contaminación con sangre materna en el espacio intervelloso, en el corion y por el líquido amniótico, Generalmente los estudios indican que la transmisión intrauterina ocurren al momento del parto.

Transmisión Intraparto

Esta transmisión es la más común. Por contacto directo del feto con sangre materna infectada y con secreciones del tracto genital durante el parto, microtransfusiones materno-fetales durante contracciones uterinas, infección ascendente por el cérvix, absorción del virus por el tracto digestivo del niño.

Transmisión por leche materna

El virus se ha aislado de células del calostro, de histiocitos y de extractos no celulares en leche de mujeres infectadas. Los factores que se asocian a una mayor transmisión son:

- Mayor carga viral plasmática del VIH
- Mayor carga viral del VIH en la leche materna
- Mayor deterioro inmunológico de la madre Presencia de mastitis
- Lesiones sangrantes en los pezones en lactantes
- Erosiones en la mucosa oral del niño o la presencia de candidiasis oral en lactantes.

Por todo ello, la serología VIH debe realizarse en toda mujer embarazada y debe incluirse dentro del protocolo a realizar en la primera visita. Este constituye el primer paso para poder ser efectivos en la disminución de la transmisión vertical. Algunas características que debe reunir la serología VIH en la embarazada son:

Universal. Debe realizarse a todas las mujeres, independientemente de los posibles factores de riesgo.

- Voluntaria.
- Consejo. La petición de serología VIH debe ir acompañada siempre de consejo pretest y postest.
- Confirmación. No debe informarse nunca una primera serología VIH de screening ya que, en la población de bajo riesgo, como son el conjunto de las embarazadas, el valor predictivo positivo del ELISA VIH-1 es bajo. Siempre hay que realizar una segunda determinación de ELISA VIH seguida de la técnica confirmatoria de WesternBlot.

Las mujeres embarazadas portadoras de VIH. Se deben realizar anamnesis, examen físico completo y exámenes complementarios para etapificar la infección VIH. Las gestantes infectadas por el VIH deberán ser atendidas durante el embarazo, parto y posparto por un profesional de salud capacitado, para llevar a cabo el control de cada una de las pacientes con responsabilidad, privacidad, y eficacia, Se ha demostrado que se puede disminuir la transmisión de madre a hijo del 25% - 40% a 0 – 2% con la aplicación de las estrategias de prevención de la transmisión vertical: Control Prenatal, Profilaxis y/o tratamiento de la mujer embarazada con ARV, Cesárea electiva. (N. Cordeiro 2012).

1.1. Justificación

Esta investigación va dirigida a identificar los factores de riesgos que conlleva toda mujer embarazada que presentan el virus de VIH, que llevan una vida sexual activa y las múltiples dificultades y peligros, que tienen en caso de quedar en gestación, además implementar programas para su manejo, En el momento de la práctica hospitalaria se crearon muchas interrogantes sobre las complicaciones que padecen aquellas mujeres embarazadas portadoras del VIH y los principales factores que influyen a lo largo de su gestación; y con interés la evolución del neonato.

Esta enfermedad se puede conllevar sin que tenga dificultad el producto siempre y cuando se lleve un control prenatal adecuado y una buena alimentación y un estilo de vida adecuado y tomando los antirretrovirales necesarios.

La infección del VIH no se debe simplemente a la ignorancia de la forma de transmisión sino, a su falta de información generalizada; puesto que la mayor parte de las mujeres embarazadas se infectan por el VIH como consecuencia del comportamiento de alto riesgo de su pareja sobre el cual tienen poco o ningún control.

El propósito de este caso es de constatar el aumento de las complicaciones por el VIH en mujeres gestantes debido a la falta de información, lo cual me sirve de guía en la toma de decisiones ante la embarazada, tomando en cuenta su incidencia, y con ayuda del manejo de estas pacientes según las normas del Ministerio de Salud Pública.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Analizar las complicaciones durante el embarazo y la transmisión vertical del VIH al feto.

1.2.2. Objetivos específicos

- Instruir a las pacientes y tratar de disminuir la morbimortalidad por SIDA y enfermedades asociadas y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH, mediante el tratamiento de antirretrovirales de eficacia, durabilidad y seguridad probadas.

- Reconocer los efectos mas comunes que se producen por falta de información, a las mujeres embarazadas portadoras de VIH.

1.3. Datos generales

Nombres completos:	NN
Edad:	27 años
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	25/03/1991
Lugar de Nacimiento:	Santa Elena
Estado civil:	Casada
Hijos:	2
Nivel de estudios:	Secundaria
Nivel sociocultural/económico:	Medio Bajo
Raza:	Mestizo
Religión:	ninguna
Procedencia Geográfica:	Santa Elena, Santa Elena, Santa Elena
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR:	Casa de construcción mixta sin pintar con dos cuartos, poco alumbrado, cuenta con agua potable y energía eléctrica, no hace uso de líneas de teléfonos e internet.
PRESUPUESTO ECONÓMICO	
Ocupación:	Empleada Domestica
Salario:	320 dólares
INGRESO TOTAL:	320 dólares mensuales

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Paciente De 28 años de edad, multípara con abdomen globuloso producto de embarazo de más o menos 18 semanas de gestación mediante ecografía, FUM incierta, con antecedentes patológicos personales de VIH de más o menos 2 años de evolución, abandona el tratamiento hace 6 meses, al momento refiere rinorrea mas tos, más cefalea más odinofagia de 24 horas de evolución.

Historial clínico del paciente

Antecedentes familiares: no refiere

Antecedentes personales: VIH

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente de 28 años multípara procedente del Cantón Santa Elena, cursa con 18 semanas de gestación según ecografía, refiere cansancio y debilidad generalizada con apetito normal, niega otros síntomas. trae **CD4 (8/11/2016) 317 células** sin reporte de carga viral.

2.3. Examen físico (exploración clínica)

Inspección general:

Actitud: Semifowler

Facies: Normal

Marcha y movimiento: Eubásia

Estado de conciencia: Orientada en tiempo y espacio.

Piel y faneras: Normales, sin edema

Examen físico:

Cabeza: Simétrica

Fascias: Normopálidas

Ojos: Simétricos

Nariz: Mucosas húmedas, permeable, sin laceraciones

Boca: Normal

Oídos: Simétricos bilaterales sin problemas auditivos

Cuello: Sin adenopatías, su estructura morfológica se encuentra dentro de lo normal

Auscultación cardíaca: Normales

Tórax: Simetrico

Miembros superiores: Morfológicamente normales sin presencia de edemas, dermatitis, eritemas.

Abdomen: Globuloso compatible con embarazo de 18 semanas.

Especuloscopia: Cervix sin modificaciones

Miembros inferiores: Simétricos, sin presencia de edemas.

AMNANESIS

A la exploración el paciente se encuentra orientado en tiempo y espacio, bien nutrida. Presenta una tensión arterial de 120/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto y una saturación basal de oxígeno del 99%. Auscultación cardíaca normales.

Destacable observación de fatiga en la paciente así como su cuadro de debilidad, exámenes de laboratorio.

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

EXAMENES DE LABORATORIO			
	13 JULIO	10 DE SEP	28OCTUBRE
HEMOGLOBINA	11, g/dl	12,0 g/dl	11,0 g/dl
GLUCOSA	80 mg/dl	88mg/dl	90 mg/dl
VDRL	NO REACTIVO		NO REACTIVO
HIV	REACTIVO		REACTIVO
TOXOPLASMA	NEGATIVO		NEGATIVO
ECOGRAFIAS	13 DE JUNIO. 18 SEMANAS POR ECOGRAFIA. FUM INCIERTO		
CD4	317		

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnóstico presuntivo:	Embarazo 18 semanas más VIH
Diagnóstico diferencial:	Enfermedad Hematológica
Diagnóstico definitivo:	Embarazo 18 semanas más VIH

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

El propósito de este análisis es de constatar el aumento de las complicaciones por el VIH en mujeres gestantes debido a la falta de información, lo cual nos sirve de guía en la toma de decisiones ante la embarazada, tomando en cuenta su incidencia, y con ayuda del manejo de estas pacientes basándonos en las normas del Ministerio de Salud Pública.

Las múltiples investigaciones indican que las principales complicaciones fueron anemia con el mayor porcentaje, seguido de amenaza de aborto, ya que a su vez se da por que la mayoría de las pacientes acuden a los controles prenatales pero no como se tiene previsto; ya que juega un papel importante para el bienestar materno y fetal se pudo concluir que hasta el momento el índice de mujeres embarazadas con VIH ha aumentado en gran cantidad, y con ello el riesgo de transmisión perinatal, si no tiene la debida precaución durante el embarazo; ya que la infección muchas veces se la diagnostica durante el embarazo o después del parto. (Lavender T. 2014)

Varias infecciones tienden a mostrar evolución más grave durante el embarazo en todas las mujeres: histoplasmosis, coccidioidomicosis, toxoplasmosis, paludismo listeriosis y poliomielitis. En teoría, se esperaría que el embarazo tuviera efecto adverso sobre la evolución de la enfermedad por VIH.

También hay informes de que la gestación parece acelerar la evolución clínica de la enfermedad por VIH en mujeres, en comparación con mujeres infectadas por VIH no embarazadas. En un estudio se valoraron tres grupos de mujeres infectadas por el VIH: las que completaron un embarazo, las que fueron objeto de aborto, y las que no tuvieron embarazo. Quince por ciento de las que lo completaron progresaron a infección por VIH en etapa IV, en comparación con 3.6% de las que abortaron y 5.7% de las que no tuvieron gestación. (Blix E. 2014)

Determinar el curso clínico de esta situación

Instruir a las pacientes y tratar de disminuir la morbimortalidad por SIDA y enfermedades asociadas y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH, mediante el tratamiento de antirretrovirales de eficacia, durabilidad y seguridad probadas.

Reconocer los efectos mas comunes que se producen por falta de información, a las mujeres embarazadas portadoras de VIH.

En relación con el efecto de la infección por el VIH sobre el embarazo coinciden en mencionar varias de ellas como son:

- Aborto espontaneo
- Amenaza o parto pretérmino se presenta con una frecuencia duplicada
- Infección del tracto genital por otros gérmenes (N.gonorrhoeae, Clamidia trachomatis, Cándida albicans, Trichomonas vaginalis)
- También se describe la ruptura prematura de membranas
- Herpes zoster
- La sífilis estuvo presente en el 33 % de las gestantes VIH positivas, por lo que todas las gestantes VIH positivas deben ser pesquisadas con serología para sífilis, aun en regiones de baja prevalencia.
- Placenta previa
- Embarazo ectópico.

Según ONU en Ecuador aumentaron el 54 % en el 2016. De 3.152 en el 2015 pasaron a 4.862 el año pasado, reporta el Ministerio de Salud Pública (MSP). En promedio, cada día se detectan 13 nuevos contagios en Ecuador, el 50 % de ellos vive en Guayas (seis por día). El aumento de los casos preocupa a fundaciones y organizaciones como la Sociedad Ecuatoriana de Infectología, pero en cambio, al director nacional de Estrategias de Prevención y Control del MSP, Ronald Cedeño, le parece “epidemiológicamente bueno para el país”. El funcionario atribuye el incremento a la mayor cobertura de diagnósticos: “Es importante este fenómeno, que quiere decir que las cosas se están haciendo bien”. (ONU. 2016)

Se debe realizar Exámenes basales, monitoreo de pacientes sin TAR y en terapia El diagnóstico de infección por VIH se efectúa mediante la determinación de anticuerpos específicos contra el virus, mediante técnica de ELISA y posterior confirmación de esta por medio de Inmunofluorescencia, Inmunoblot (LIA) eventualmente reacción de polimerasa en cadena (PCR). Las evaluaciones clínica y de laboratorio están orientadas a determinar el grado de inmunodepresión y nivel de CV, la presencia de co-infecciones y co-morbilidades y la existencia de factores de riesgo cardiovascular (GUIA-AT.ADULTOS-VIH. 2014).

Estadísticas mundiales
20,9 millones de personas tenían acceso a terapias antirretrovirales en junio del 2017.
36,7 (30,8 millones- 42,9 millones) de personas en el 2016 vivían con VIH en todo el mundo.
1,8 millones (1,6 millones-2,1 millones) de personas contrajeron la infección del VIH en el 2016,
1 millon (830.000-1,2 millones) de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA en el 2016.
76,1 millones (65,2 millones-88,0millones) de personas contrajeron la infección del VIH desde el comienzo de la epidemia.
35,0 millones (28,9 millones-41,5 millones) de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia.

Generalidades sobre la transmisión del VIH de madre a hijo/a

La transmisión vertical de VIH, de madre a hijo, explica la mayor de las infecciones pediátricas por el virus en todo el mundo.

Se estima que 3 millones de menores de 15 años han sido infectados de SIDA en todo el mundo. La transmisión madre a hijo/a puede ocurrir en tres momentos; durante el embarazo (intrauterino), parto y lactancia materna. Se estima que el total del riesgo de transmisión por esta vía oscila entre 30% y 36%. 3. La transmisión vertical del VIH ocurre antes del parto, durante este último y después (más probablemente por alimentación al seno materno).

Infección Intrauterina

Se define como infección intrauterina o durante el embarazo cuando el genoma VIH1 es detectado dentro de las 48 horas del parto por la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (ADN-PCR) o por cultivo viral. Las condiciones que pueden aumentar el riesgo de que se produzca la infección en este momento pueden ser atribuidas, a que durante el embarazo la barrera placentaria se afecte debido a posibles infecciones oportunistas que sufra la madre, la carga viral esta aumentada y si es caso SIDA. El porcentaje que se atribuye a la transmisión en este período es de alrededor del 7% aproximadamente. (Ginecología y Obstetricia. 2014)

Infección Intraparto

Se define como infección intraparto cuando el genoma VIH1 no es detectado en la muestra tomada durante las primeras 48 horas post-parto (ADN-PCR o cultivo viral) pero se vuelven positivas en muestras tomada entre los 7 y 90 días después del parto, las condiciones que pueden aumentar el riesgo de transmisión son las siguientes: Ruptura prematura de membranas (por más de 4 horas) contacto de la piel y mucosa del bebe con las secreciones vaginales y sangre de la madre al momento del alumbramiento, al realizar una episiotomía.

El porcentaje que se atribuye a la transmisión en este momento es de alrededor de 12% aproximadamente.

Infección por Lactancia Materna:

El riesgo de infección cuando el niño es amamantado es de alrededor del 16% aproximadamente, varios estudios revelan que el virus ha sido encontrado en componentes de la leche materna. Hijos/as de mujeres infectadas que nacieron sin infección y que fueron diagnosticados como negativos a los 6 meses de edad, resultaron infectados después de esta edad, siendo la lactancia materna el único factor de riesgo. (OPS/OMS/UNICEF. 2016)

Tratamiento farmacológico

El tratamiento dependerá de los resultados de las pruebas, condición clínica, lo avanzado que esté el embarazo y si ya estaba tomando medicamentos antirretrovirales. Decidir qué drogas usar para tratar a las personas infectadas con VIH es especialmente complicado durante el embarazo porque hay dos pacientes, la madre y su bebé. Sin embargo, existe un antirretroviral llamado **Zidovudina** que es muy efectivo y previene la transmisión vertical hasta en un 70 por ciento. No solamente disminuye la carga viral, sino que cruza la placenta y ofrece también protección directa al feto. Hay tratamientos opcionales como: son Abacavir (ABC) y Didanosina (ddi) (Puckett RM. 2013)

Preparto: AZT entre las 14 y 34 semanas de gestación:

AZT 100 mg vía oral 5 veces al día o

AZT 200 mg vía oral 3 veces al día o

AZT 300 mg vía oral 2 veces al día.

Intraparto: AZT 2 mg/kg endovenosa durante una hora, seguida de infusión continua de 1 mg/kg hasta el expulsivo

Postparto: AZT al neonato a partir de las 8 a 12 horas de nacido en dosis de 2 mg/kg (jarabe) cada 6 horas durante las primeras 6 semanas de vida

Drogas antiretrovirales contraindicadas durante el embarazo:

- Efavirenz, Zalcitabina, Hidroxiurea (Riesgo teratogénico)
- Indinavir, (Riesgo elevado de toxicidad sobre el feto)
- Asociación zidovudina (AZT) + estavudina (D4T)
- Asociación didanosina (DDI) + estavudina (D4T)

INDICACIÓN DE INICIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA)

El tratamiento ARV en una embarazada con infección por VIH se debe iniciar lo más pronto posible para lograr la disminución de la CV (carga viral) a través de lo cual se impedirá la transmisión de virus al niño. Al mismo tiempo se debe mantener una estricta vigilancia de la situación clínica virológica e inmunológica de la paciente. La carga viral permite evaluar la eficacia del tratamiento y cuando es menor a 1.000 copias/ml al final del embarazo apoya la decisión de realizar parto normal. Si la embarazada se encuentra en buen estado clínico, inmunológico y virológico no necesita iniciar tratamiento por su propia salud, en este caso se debe administrar TARGA como profilaxis de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH después de la semana 14 de embarazo.

Al iniciar un TARGA es necesario tener en cuenta la edad gestacional del feto, los efectos adversos del TARGA en la mujer embarazada los posibles efectos de la exposición intrauterina a los fármacos (Manejo activo farmacológico. 2013)

Terapia corta con Zidovudina (AZT)

Fue el primer medicamento autorizado en el tratamiento de la infección por VIH. Este medicamento se une con mucha mayor afinidad al lugar de actuación del ADN polimerasa dependiente de ARN del VIH, esto explica su efecto selectivo sobre la reducción de la replicación del VIH. Regímenes cortos con AZT en el

embarazo han demostrado ser efectivos en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en etapas diferentes; prenatal, intraparto y post natal.

Los efectos que puede producir la Zidovudina en la mujer embarazada son los siguientes: Anemia, náuseas, vómitos, cefalea, fatiga, confusión, malestar general, miopía y hepatitis, si presentara hepatitis, el niño podría presentar ictericia en el nacimiento, lo cual es transitorio. La acidosis láctica en la madre no es frecuente, pero puede ser mortal. No se han asociado malformaciones fetales si se administra la Zidovudina tras el primer trimestre del embarazo, ni efectos secundarios en el niño. (Ziarrusta, G. B. 2014)

Contraindicaciones del uso de la Zidovudina

El uso de AZT está contraindicado en una mujer embarazada que tenga menos de 8 mg/dl de hemoglobina ya que está demostrado que el medicamento puede bajar los valores de hemoglobina. Por lo tanto, si la paciente tiene anemia hay que subir los valores de la hemoglobina antes de administrar el medicamento. En el caso de que el medicamento produzca la disminución de la hemoglobina a menos de los valores indicados deben de suspenderse el tratamiento y esperar la recuperación de la paciente.

Recomendaciones generales

Se debe ofrecer un adecuado control prenatal a las embarazadas con infección por VIH. Durante el control prenatal se recomienda:

- La realización de un screening de infecciones ginecológicas, dado el mayor riesgo de parto pretérmino que presentan.
- La reducción del consumo de tóxicos como tabaco, alcohol y drogas.
- Procurar un buen estado nutricional durante la gestación.

- En caso de cirugía previa en el cuello uterino, frecuente por la alta incidencia de displasia en VIH, evaluar su competencia en el primer trimestre de la *gestación y la necesidad de un cerclaje*.

Atención preventiva

Durante la terminación del embarazo en una mujer con VIH, se recomienda:

- A toda mujer infectada con VIH-SIDA se le debe ofrecer la oportunidad de una cesárea electiva (programada antes del inicio de labor de parto) a las 37-38 semanas de gestación. La confirmación de la edad gestacional será cuidadosamente establecida, para evitar prematurez iatrogénica.
- La cesárea electiva debe ser siempre planificada y ejecutada en condiciones adecuadas para reducir todo riesgo, para la madre, recién nacido y personal de salud. Por ellos, el equipo responsable y las unidades de salud deberán establecer el día y la hora para la admisión de la embarazada con VIH-SIDA.
- Todas las mujeres en las que se realice la cesárea deben recibir AZT por vía intravenosa tres horas antes de efectuarse este procedimiento.
- Cabe anotar que está plenamente establecido que la ruptura de membranas mayor a cuatro horas aumenta el riesgo de transmisión fetal, por lo cual se debe evitar esta situación al igual que el trabajo de parto

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

Cuando se diagnostica una paciente infectada de VIH, Sin tratamiento, la infección evoluciona en fases y empeora con el transcurso del tiempo. El VIH destruye gradualmente el sistema inmunitario.

Es muy indispensable el rol que desempeña el equipo médico de tal manera que influya cognitivamente en la paciente, así como también el control y seguimiento

del tratamiento indicado, mediante controles de tamizajes los cuales se realiza con el fin de prevenir una transmisión vertical.

- Se realizo una atención oportuna para ayudar al correcto manejo de su tratamiento.
- Al ingreso se monitorizaron los constantes signos vitales
- Todas las embarazadas con infección del VIH deben recibir TARGA, como profilaxis de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH después de la semana 14 de embarazo
- Cesárea programada en caso que lo amerite (carga viral < 1000 copias en TARGA se puede recomendar parto vaginal)
- Procurar un buen estado nutricional durante la gestación
- No lactancia materna
- Profilaxis del recién nacido con ARV
- Alimentación del niño con leche de fórmula

2.8. Seguimiento

- De acuerdo a la targa del virus se decide programar cesárea selectiva a las 38 semanas
- Se la asesoró con Planificación familiar
- Se le brindo Educación, consejería, apoyo social y psicológico
- Cuidados obstétricos y de especialidad en VIH
- Seguimiento a la paciente en la post-cesárea por tratamiento hasta el puerperio tardío y luego referirla a las clínicas del SIDA

2.9. Observaciones

- Se realizó una entrevista a la paciente, ella predispuesta a colaborar, mostró el interés necesario para el tratamiento
- Además, se revisaron guías de práctica clínica, artículos de revisión y diferentes bibliografías con el fin de profundizar conocimientos acerca del tema, y poder evaluar en conjunto con el caso clínico su diagnóstico y manejo.

CONCLUSIONES

En esta caso se estudio a una paciente con antecedentes de VIH el cual abandonó su tratamiento antes de quedar embarazada, actualmente cursa con embarazo de 18 semanas.

El VIH/SIDA representa un problema de salud pública mundial, Las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras de VIH y la no asistencia a los controles prenatales influyen en el deterioro del estado físico y emocional en gestantes.

Al concluir este Caso Clínico se obtienen los siguientes resultados:

- El diagnóstico temprano y el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral impiden que el virus se reproduzca (se multiplique), lo que reduce la concentración del VIH en el cuerpo (carga viral) y por tanto existe menor probabilidad de que cualquier infección por el VIH pase de madre a hijo durante el embarazo y el parto.
- El tipo de parto más indicado para evitar la infección del RN por el VIH dependerá principalmente del estado de salud de la madre. Para las embarazadas seropositivas con una carga viral mayor o igual a 1000 copias/ml o desconocida después de la semana de gestación 34, lo más aconsejable es la cesárea electiva, la realizada antes del inicio del trabajo de parto, sin rotura de la bolsa. Por lo general, la cesárea debe programarse para la semana 38 del embarazo
- Aparentemente la Zidovudina, la Nevirapina en la cesárea programada son muy efectivos para reducir el riesgo de transmisión vertical del VIH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Bertha Serret Rodríguez, Llamas Sierra N, et al. Temas de Medicina Interna. 4ed. Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.304 -21.

Klatt EC. Pathology of AIDS [citado 28 Sep 2013].

Fauci AS, Longo DL. The human retroviruses. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's. Principles of Internal Medicine. 16th. México, DF: McGraw-Hill Interamericana; 2005.p.1131-5.

Joanes Fiol J, Isela Lantero M, Cancio Enrique I. Atención médica: conocimientos básicos para la optimización del manejo de la mujer infectada por el VIH, la embarazada y la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. La Habana: Editorial Lazo; 2006.p.20-8.

Antela A. Historia natural y clasificación de la infección por VIH. Manual de capacitación para el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipo de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe. Washington, DC: OPS;2004.p.3-7

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/Sida. Dirección Nacional de Asistencia Médica. Pautas para la atención integral al paciente con infección por VIH/sida en Cuba. La Habana: MINSAP;2009.

Cancio Enrique I, Sánchez Fuentes J, Reymond González V, Aleandró Rodríguez K, Joanes Fiol J, Díaz Torres HM, et al. Información práctica para la atención integral a personas con VIH/sida [citado 21 Ene 2012].

INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH/SIDA).
Guías para diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización adultos y embarazadas. 2006 Uruguay. OPS-MSP

N. Cordeiro, R. Taroco, D. Ruchansky

Actualizado abril de 2012 por D. Ruchansky,

Etapas clínicas provisionales del VIH y el sida y definiciones de caso para la
vigilancia de la OMS (2005) (en inglés):
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/clinicalstaging.pdf>:

ANEXOS

ELISA PARA VIH

- ◉ EIA de 1 generación
Lisado viral
- ◉ EIA de 2 generación
antígenos, proteínas
recombinantes del VIH 1.
- ◉ EIA de 3 generación
antígenos, proteínas
recombinantes del VIH 1 y
VIH 2.
- ◉ EIA de 4 generación
anticuerpos para detectar
el Ag p24.



Figura N°1. Explicación a la paciente sobre las pruebas rápidas





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 09-07-18

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: HUGOLIND Orellana Gaibon FIRMA: Jesús Orellana
 TEMA DEL CASO CLINICO: VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA en Gestante de 27 años con 18 Semanas de gestación
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Vanessa Del Rocío Salcedo Flores
 CARRERA: OBSTETRICIA Pag. Nº.

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
2	26-6-18	gestación de 18 semanas				Jesús Orellana	Vanessa Salcedo
2	27-6-18	patología de la gestación de 18 semanas				Jesús Orellana	Vanessa Salcedo
2	4-7-18	probabilidades del parto				Jesús Orellana	Vanessa Salcedo

Obst. William Muñoz Solorzano, MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 30/06/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (ETAPA FINAL)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: HUGOLIND Orellana Gaibon FIRMA: Jesús Orellana
 TEMA DEL CASO CLINICO: VIRUS de INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA en Paciente de 27 años con 18 Semanas de gestación
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Vanessa Del Rocío Salcedo Flores
 CARRERA: OBSTETRICIA Pag. Nº.

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
2	9-07-18	2. Historia clínica de la paciente	/		20%	Jesús Orellana	Vanessa Salcedo
2	16-07-18	2. Historia clínica de la paciente	/		25%	Jesús Orellana	Vanessa Salcedo
2	23-07-18	2. Historia clínica de la paciente	/		25%	Jesús Orellana	Vanessa Salcedo
2	06-08-18	2. Historia clínica de la paciente	/		40%	Jesús Orellana	Vanessa Salcedo
2	13-08-18	2. Historia clínica de la paciente	/		50%	Jesús Orellana	Vanessa Salcedo
2	20-08-18	2. Historia clínica de la paciente	/		70%	Jesús Orellana	Vanessa Salcedo
2	27-08-18	2. Historia clínica de la paciente	/		80%	Jesús Orellana	Vanessa Salcedo
2	03-09-18	2. Historia clínica de la paciente	/		100%	Jesús Orellana	Vanessa Salcedo

Obst. William Muñoz Solorzano, MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA