



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado(a) en Enfermería

TEMA

Proceso de atención de enfermería en un recién nacido a termino con exposición perinatal al VIH.

AUTOR

Carlos Alfonso Guiracocha Jiménez

TUTOR

Lic Ligia

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2019 - 2020

INDICE GENERAL

| | |
|---|-----|
| DEDICATORIA..... | I |
| AGRADECIMIENTO..... | II |
| TITULO DEL CASO CLINICO..... | III |
| RESUMEN..... | IV |
| ABSTRACT..... | V |
| INTRODUCCION..... | VI |
| I. MARCO TEORICO..... | 1 |
| 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..... | 111 |
| 2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE..... | 111 |
| 2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL. (ANAMNESIS)..... | 111 |
| 2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)..... | 122 |
| VALORACION CÉFALO-CAUDAL..... | 122 |
| VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)..... | 133 |
| 2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS..... | 155 |
| 2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO..... | 155 |
| 2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR..... | 166 |
| 2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES..... | 19 |
| 2.8 SEGUIMIENTO..... | 19 |
| 2.9 OBSERVACIONES..... | 24 |
| CONCLUSION..... | 255 |
| REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS | |
| ANEXOS | |

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado con mucho cariño a mis padres que son el motor fundamental de mi vida, a mi futura esposa, a mis amigos, a Dios, a mis docentes, y sobre todo a las personas que constantemente me estuvieron apoyando para mantenerme dentro de los lazos de la educación y así poder servirle en un futuro cercano a mi patria.

CARLOS ALFONSO GUIRACOCHA JIMENEZ.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a Dios por permitirme tener a mi familia con vida y que me vean cumplir mi sueño como se los había prometido cuando finalicé mi etapa de bachiller. También a la Universidad Técnica de Babahoyo por haberme aceptado ser parte de ella y abrir sus puertas para poder estudiar mi carrera de enfermería.

Agradezco también a mi tutora Lic Vargas Angulo Ligia por haberme brindado la oportunidad de recurrir a sus capacidades y conocimientos para obtener un buen aprendizaje. Así como también por haberme tenido mucha paciencia para guiarme durante todo el proceso del desarrollo de mi caso clínico. Agradezco también a la Lic Maritza López, Lic Elsa Bernal, Lic Liseth Marthin, Dra Alina Izquierdo y a muchos más que siempre estuvieron pendiente de nosotros y nos otorgaban de su poco tiempo disponible para resolver nuestras inquietudes.

Agradezco a mis padres y a mi hermana Daniela Gómez quienes estuvieron apoyándome en mi proceso de educación. También a mi novia y futura esposa Celina Veloz Mosquera que estuvo ahí cuando más necesitaba de alguien y que le dio un giro inesperado a mi vida.

Y para finalizar, también agradezco a todos mis compañeros. En especial, a mí mejor amigo Bryan Junco Vera con quien conviví muchas anécdotas divertidas y amargas que serán contadas algún día cuando nos volvamos a ver siendo profesionales de la salud.

CARLOS ALFONSO GUIRACOCHA JIMENEZ.

TITULO DEL CASO CLINICO

Proceso de atención de enfermería en un recién nacido a término con exposición perinatal al VIH.

RESUMEN

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) juega un papel muy fundamental para la salud a nivel mundial. La mayoría de los casos de infecciones en pediatría se originan básicamente por transmisión vertical a través de una gestante portadora de VIH. La infección puede llevarse a cabo durante la gestación con un porcentaje del 60 – 70%, en la lactancia materna con un 30 – 40% y por transmisión intrauterina con un 30 a 40% (Chavez, 2016). Es de vital importancia saber que dentro de las manifestaciones clínicas encontramos el retraso en el crecimiento y desarrollo psicomotor, la frecuencia de manifestaciones inespecíficas de enfermedad, entre otras. Sin embargo, el tratamiento está indicado de forma universal y debe monitorizarse, debido a que el objetivo principal es conseguir que sea capaz de controlar la replicación viral y que no produzca ningún tipo de toxicidad a corto como a largo plazo (Chavez, 2016). Se elaboró el proceso de enfermería en un recién nacido con un diagnóstico de exposición perinatal al VIH con el único objetivo de contribuir a mejorar su estado de salud a través de la valoración física y por patrones funcionales, utilizando el modelo Marjory Gordon para poder priorizar las intervenciones en enfermería y así elaborar y ejecutar un plan de cuidados específicos acorde a las necesidades requeridas por el paciente, utilizando la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Palabras clave: Virus de inmunodeficiencia humana, transmisión vertical, lactancia materna, transmisión intrauterina, replicación viral.

ABSTRACT

Infection by the human immunodeficiency virus (HIV) plays a very fundamental role for health worldwide. Most cases of pediatric infections basically originate from vertical transmission through an HIV-positive pregnant woman. The infection can be carried out during pregnancy with a percentage of 60-70%, in breastfeeding with 30-40% and by intrauterine transmission with 30-40% (Chavez, 2016). It is vitally important to know that within the clinical manifestations we find the delay in growth and psychomotor development, the frequency of nonspecific manifestations of disease, among others. However, treatment is universally indicated and must be monitored, since the main objective is to ensure that it is capable of controlling viral replication and that it does not produce any type of short-term and long-term toxicity (Chavez, 2016). The nursing process was developed in a newborn with a diagnosis of perinatal exposure to HIV with the sole objective of contributing to improve their health status through physical assessment and functional patterns, using the Marjory Gordon model to be able to prioritize the nursing interventions and thus develop and execute a specific care plan according to the needs required by the patient, using the NANDA, NIC and NOC taxonomy.

Key words: Human immunodeficiency virus, vertical transmission, breastfeeding, intrauterine transmission, viral replication

INTRODUCCION

El virus de inmunodeficiencia humana conocido por sus abreviaturas como VIH/SIDA afecta hoy en día más a las mujeres que a los hombres, lo que aumenta considerablemente la posibilidad de transmisión perinatal. Sin embargo, la detección anticipada del VIH mediante el acceso de una buena información y prueba voluntaria durante la fase del control prenatal, ayudan a facilitar la reduciendo durante el periodo de embarazo y el parto, y en el puerperio asociado con la lactancia materna. (Navarro, 2016)

Sus manifestaciones clínicas se dan a través de ciertas peculiaridades como una historia natural de la enfermedad, una respuesta inmunológica y evolución diferente de la carga viral a las del adulto. Siendo una característica muy notoria en una infección pediátrica, donde habrá variabilidad en el recuento absoluto de linfocitos CD4. (Endara, Miño, & CHiriboga, 2015)

En los registros epidemiológicos publicados por ONUSIDA a finales de 2017, se encontraban viviendo con VIH en el mundo un aproximado de 36,9 millones de personas. En ese año se infectaron 1,8 millones de personas, de las que 150.000 eran menores de 14 años. Y lamentablemente fallecieron 940.000 de los que 110.000 eran menores de 15 años. (Endara, Miño, & CHiriboga, 2015)

Es importante conocer el seguimiento de salud y las vacunas que deben aplicarse. El tratamiento antirretroviral debe ser indicado y sobre todo controlado por los especialistas en el Hospital. (Endara, Miño, & CHiriboga, 2015)

La presenta investigación nos va a ofrecer una descripción de los principales aspectos relacionados con la transmisión materno infantil del VIH.

I. MARCO TEÓRICO

Exposición perinatal al VIH

La OMS define al VIH como el “Virus de Inmunodeficiencia Humana” que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, produciendo un deterioro muy progresivo del sistema inmunitario (Calderòn & Gonzalez, 2017).

La infección por el VIH está obteniendo cada vez mayor categoría en nuestro medio. En un RN la vía adquisición más habitual es la transmisión vertical. Sin embargo, se ha confirmado que la infección VIH prenatal se produce en la mayoría de los casos dentro de las últimas 6 semanas del embarazo. Debido que aquella etapa es la de mayor riesgo de transmisión del virus en gestantes que muestran un estadio evolucionado de su enfermedad (Calderòn & Gonzalez, 2017).

Epidemiología

Desde la apertura de la epidemia de VIH/SIDA han fallecido un total de 20 millones de personas a nivel mundial. En Latinoamérica se calcula un aproximado de 1,6 millones de personas viven con VIH. Cada año se presentan 200.000 nuevos casos y 84.000 fallecidos por SIDA (Fonseca, 2015).

- En el año 2015, se notificaron 433 casos de VIH en gestante, mientras que en el primer semestre del 2016 se notificaron 191 casos de mujeres embarazadas viviendo con VIH.
- El 2017 en el Ecuador se llegaron a reportar 3.533 nuevos casos de VIH de los cuales 2.344 resultaron hombres y 1.189 mujeres.
- En la provincia del Guayas se presenta la mayor concentración de nuevos casos con estadísticas de 31% en el año 2017, seguido por Pichincha 23%, Esmeraldas 7%, El Oro 5%, Los Ríos y Manabí con 4,9%. (Fonseca, 2015)

En 2017, el Ecuador ratificó la estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil de VIH, misma que pueda ocurrir en el embarazo, al momento del parto e incluso por medio de la lactancia materna. Los niños/as cuyas madres son positivas al VIH, no precisamente se contagiarán al momento de nacer. Es decir, es una infección que se puede evitar, claro, siempre y cuando

se siga las acciones planificadas por parte de la Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil de VIH (Pastore, 2014)

Fisiopatología

El VIH es un retrovirus que posee una enzima, la transcriptasa inversa, lo que le permite integrarse en el genoma humano, transformando el RNA en DNA, con lo que es capaz de perpetuar la replicación viral codificando nuevas partículas virales. (Alvarez, 2013)

El VIH es capaz de infectar distintas células humanas dentro de las que se encuentran primordialmente los linfocitos TCD4. También se afectan otras células de estirpe macrófaga, como son: monocitos, macrófagos, células de Langerhans y células dendríticas. No obstante, el VIH afecta primordialmente al sistema inmune, linfotropismo, y también tiene tropismo por el sistema nervioso. (Alvarez, 2013)

En relación a la afectación de los linfocitos CD4 es muy activa. Por aquello, el virus va a destruir de manera directa una gran cantidad de estas células con lo que se produce una afectación de la inmunidad celular. La alteración inmune hace que exista una significativa afectación de la respuesta, frente a agentes infecciosos. (Alvarez, 2013)

Factores de riesgos que se presentan durante la transmisión materno-infantil del VIH.

La transmisión del VIH al RN va a suceder por 3 mecanismos diferentes:

- **Transmisión intra-parto:** Constituye entre 40% y 80% de los casos. Es causada por el contacto fetal con la sangre y el líquido amniótico.
- **Transmisión in útero:** Casualmente se ha reconocido al VIH en el tejido fetal a la 8va semana de gestación. Es responsable del 10% al 25% de los casos que se han presentado.
- **Transmisión a través de la leche materna.** La lactancia materna es el mecanismo de transmisión en 14% a 30% de los casos.

El nacimiento de un RN infectado con VIH es una señal de oportunidades perdidas, y frecuentemente, de falla profiláctica. (Fonseca, 2015)

Clasificación

- Sin inmunodepresión.
- Inmunodepresión moderada
- Inmunodepresión severa

Dependiendo de las categorías inmunológicas, la clasificación de las manifestaciones clínicas se puede dar en forma asintomática y sintomática (Stagno, 2015).

Manifestaciones clínicas

1. **Categoría asintomática:** Recién nacido sin signos ni síntomas atribuibles a la infección por el VIH (Chavez, 2016).
2. **Categoría sintomatología leve:** Recién nacido que presentan 2 o más de las siguientes condiciones.
 - Linfadenopatías (> 0,5 cm en más de dos localizaciones)
 - Hepatomegalia
 - Esplenomegalia
 - Dermatitis
 - Parotiditis

Infección recurrente o persistente de las vías respiratorias superiores, sinusitis u otitis media. (Chavez, 2016)

3. **Categoría sintomatología moderada**

- Anemia (< + 8 g/dl), neutropenia (<1.000/mm³) o trombocitopenia (< 100 000/mm³) persistente por 30 días o más
- Meningitis bacteriana, neumonía o sepsis (episodio único)
- Candidiasis orofaríngea (algorra) persistente (> 2 meses) en niño mayor de 6 meses
- Diarrea recurrente o crónica.
- Estomatitis por virus Herpes simplex (VHS), recurrente (más de 2 episodios en 1 año)

- Bronquitis, neumonitis o esofagitis por VHS, de inicio antes del mes de edad
- Neumonía intersticial linfoide (NIL)
- Toxoplasmosis, inicio antes del mes de edad
- Varicela diseminada
- Hepatitis
- Miocardiopatía
- Nefropatía
- Fiebre persistente (duración > 1 mes). (Chavez, 2016)

4. **Categoría sintomatología severa.**

RN o niños/as que presentan alguna de las condiciones enumeradas:

- Infecciones bacterianas confirmadas, graves (septicemia, neumonía, meningitis, osteomielitis o artritis, o abscesos de órganos internos), múltiples o recurrentes. Al menos dos episodios en dos años.
- Candidiasis esofágica o pulmonar.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Infección por VHS con úlceras mucocutáneas persistentes durante más de 1 mes, o bronquitis, neumonitis o esofagitis, de cualquier duración, que se inicie después del mes de vida
- Toxoplasmosis cerebral, de inicio posterior al mes de vida
- Infección por Mycobacterium avium complex, diseminada (localización distinta de pulmón, piel y ganglios linfáticos cervicales o hiliares)
- Infección por otros Mycobacterium, diseminada (localización distinta de pulmón, piel y ganglios linfáticos cervicales o hiliares)

- Infecciones por otros agentes oportunistas.
- **Encefalopatía progresiva:** al menos uno de los siguientes hallazgos progresivos, presentes durante al menos 2 meses: a) pérdida o retraso en la adquisición de logros propios de la edad, o disminución de la capacidad intelectual, b) alteración del crecimiento del cerebro o microcefalia, c) déficit motor simétrico. (Chavez, 2016)
- Linfoma primario de sistema nervioso central.
- Síndrome de emaciación: pérdida mantenida de peso > 10%, más diarrea crónica (al menos 30 días), o fiebre documentada (durante mínimo 30 días, intermitente o constante) (Chavez, 2016)

Diagnóstico de laboratorio

Tamizaje prenatal: Prueba de anticuerpos estándar

El anticuerpo contra el VIH es detectable en más del 95% de los pacientes. Claro, dentro de 3 meses después de haber contraído la infección. Sin embargo, es importante mencionar que los resultados negativos NO descartaran la posibilidad de una infección reciente. (Gaviria, Gomez, & Muñoz, 2016)

Todas las gestantes deben ser examinadas para poder detectar la infección por el VIH como parte del tamizaje de pruebas en la 1ra visita prenatal o preconcepcional, a menos que el paciente rechace. (Gaviria, Gomez, & Muñoz, 2016)

Para las subpoblaciones de personas en mayor peligro, habitualmente definido sobre la base de características conductuales, clínicas, o demográficas se recomienda realizar una 2da prueba de VIH cercana al término de la gestación. (Gaviria, Gomez, & Muñoz, 2016)

Pruebas rápidas

Las gestantes que no han podido recibir una atención prenatal adecuada y sobre todo que no se les ofreció la debida orientación y pruebas de detección del VIH son uno de los grupos más vulnerables y de alto riesgo de transmisión del

VIH a sus hijos. No debemos olvidar que todas las mujeres en labor de parto cuyo estado de VIH es desconocido, se deben realizar la prueba rápida de VIH. (Stagno, 2015)

Pruebas neonatales

Dado que el anticuerpo contra el VIH materno se traslada a través de la placenta, es posible que durante un período entre 6 y 18 meses luego de nacimiento las pruebas de anticuerpo para VIH sean positivas en el suero de recién nacidos infectados y no infectados. (Stagno, 2015)

Sin embargo, una prueba de anticuerpos contra el VIH positiva en un lactante no precisamente indica la existencia de la infección por el VIH. La prueba diagnóstica requerida es la Reacción en Cadena de la Polimerasa de ADN del VIH (RCP), que va a detectar dicho ADN dentro de las células mononucleares de sangre periférica. (Stagno, 2015)

Es importante mencionar que nunca debemos tomar una muestra de sangre del cordón de un neonato, por eso existe la prueba del tamizaje de talón que se va a realizar durante el periodo de un mes de nacido. Si los resultados de valoración de RCP de ADN de VIH (obtenido al nacer, en semanas 4–7 de edad y en semanas 8–16 de edad) son negativos, se va a descartar razonablemente la infección por el VIH. (Stagno, 2015)

Tratamiento

Es fundamental mencionar que todos los RN con exposición al VIH deben recibir de inmediato profilaxis con zidovudina, para así poder disminuir la transmisión perinatal. (Rodriguez, 2015)

| PROTOCOLO 076 REGIMEN DE TRES PARTES DE ZIDOVUDINA (ZDV) | |
|---|---|
| Materno antes del parto | Zidovudina Oral Iniciado entre las 14 – 34 semanas de gestacion y continuo a lo largo del embarazo. <ul style="list-style-type: none">• 100 mg cinco veces o 300mg dos veces al dia |

| | |
|----------------------------|---|
| Materno intra-parto | <p>Zidovudina Intravenoso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosis de inicio: 2mg/kg en 1 hora. • Seguido de una venoclisis de 1mg/kg/horas hasta el parto |
| Neonato al nacer | <p>Zidovudina Oral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comenzando en las primeras 6-12 horas después de nacimiento y continuando durante seis semanas • Edad gestacional mayor de 35 semanas: 2 mg/Kg/dosis cada 6 horas. • Edad gestacional 30 a 35 semanas 2mg/Kg./dosis, cada 12 horas y luego de 2 semanas cada 8 horas. • Edad gestacional menor de 30 semanas 2mg/Kg./dosis, cada 12 horas y luego de 4 semanas cada 8 horas (Si no tolera vía oral, se administra dosis intravenosa 1,5 mg/Kg. en mismos intervalos de tiempo) |

Elaborado por: (Rodriguez, 2015)

Es importante mencionar que aquellos recién nacidos que son atendidos después de las 48 horas de vida pueden no beneficiarse de la profilaxis postexposición. (Rodriguez, 2015)

Si el resultado de la prueba de PCR es positiva para el VIH se debe continuar con zidovudina e iniciarse el tratamiento con medicación antirretroviral combinada. El principal motivo por qué no se usa monoterapia como tratamiento es que esta práctica favorece el desarrollo de resistencia por parte del virus. (Rodriguez, 2015)

1.1 Justificación

Es fundamental el desarrollo del siguiente estudio de caso clínico, debido a la importancia de la morbi-mortalidad que existe en todo el mundo por la exposición perinatal al VIH que principalmente se produce por transmisión vertical a través de una gestante portadora de VIH.

A través de este estudio caso justifico que nuestra misión como profesional de enfermería se establece estrictamente en brindar las necesidades que requiere al paciente, debido a que son actividades que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

Por aquello, se elaboró el proceso de enfermería en un recién nacido con un diagnóstico de exposición perinatal al VIH con el único objetivo de contribuir a mejorar su estado de salud a través de la valoración física y por patrones funcionales, tomando en cuenta las intervenciones que debemos de realizar y proporcionar como profesional de la salud durante la estancia hospitalaria que va a favorecer en la evolución del paciente.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar el proceso de atención de enfermería en un recién nacido a término con exposición perinatal al VIH.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los patrones disfuncionales presentes en un recién nacido a término con exposición perinatal al VIH.
- Elaborar del plan de cuidados de enfermería en un recién nacido a término con exposición perinatal al VIH.
- Aplicar las actividades de acuerdo a los planes de cuidados.
- Evaluar los resultados obtenidos durante el proceso de atención de enfermería en un recién nacido a término con exposición perinatal al VIH.

1.3 DATOS GENERALES

- **Nombres:** NN
- **Historia clínica:** 2542
- **Edad:** 3 días
- **Sexo:** Femenino
- **Nivel sociocultural/económico:** Bajo
- **Nacionalidad:** Ecuatoriana
- **Raza:** mestiza
- **Procedencia geográfica:** Guayaquil- Prov. Guayas
- **Convivientes:** esposo

Datos Familiares

- **Madre:** NN
- **Edad:** 19 años
- **Ocupación:** Ama de casa
- **Hábitos:** X
- **Antecedentes patológicos:** Portadora de VIH
- **Padre:** NN
- **Edad:** 25 años
- **Ocupación:** Albañil
- **Hábitos:** Ingesta moderado de cigarrillos y alcohol
- **Antecedentes patológicos:** X

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

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

Paciente de 19 años de edad de sexo femenino acude al hospital por el área de emergencia, por presentar un cuadro clínico de +24 horas de evolución caracterizado por dolor en el canal vaginal y fuertes contracciones uterinas. Es valorada por el medico quien ordena de inmediato exámenes de laboratorio y ecografía, ya que refiere no haber llevado ningún control en su embarazo. En los resultados obtenidos se reporta embarazo de 37 semanas de gestación y se evidencio que es portadora del VIH. Queda ingresada para su debida observación.

| Antecedentes patológicos personales | Antecedentes patológicos familiares | Antecedentes alérgicos | Antecedentes quirúrgico |
|--|--|-------------------------------|-------------------------------------|
| Portadora de VIH | Madre Hipertensa. | No refiere | Apendicetomía a los 14 años de edad |

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

Recibo paciente de sexo femenino de 24 horas de vida. Pre-término. Es obtenido por parto distócico con una valoración en Apgar de 7 – 8 y es referido del área de quirófano al área de cuidados intensivos neonatales, por presentar complicaciones de hipertermia de 40°C + dermatitis seborreica + presencia de candidiasis oral, nacido por cesárea de madre gestante portadora de VIH.

Medico a cargo del área indica realizar inmediatamente prueba de PCR y RNA-VIH cualitativa mediante técnicas de biología molecular para medir la carga viral y sugirió realizar cada prueba dos veces, para así confirmar infección y descartar falso positivo.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

VALORACION CÉFALO-CAUDAL.

- **Piel y mucosas:** Presenta dermatitis seborreicas en la mayor parte de la piel más mucosas secas.
- **Cabeza:** Normocefalica con depresión en fontanela bregmatica. Se presenció mucosas secas a causa de la hipertermia. Ojos simétricos. Hundidos. Pupilas isocoricas y normo reactivas. Cornea y cristalino sin opacidades. Presencia de sonda nasogástrica Levin. Labios con presencia Muguet que recubren el interior de la cavidad bucal y la lengua más resequedad.
- **Cuello:** No presenta adenopatía, ni ingurgitación yugular.
- **Tórax:** simétrico, sin cicatrices. Diámetro anteroposterior y transversal sin alteraciones. Apéndice xifoideo prominente, glándulas mamarias centímetro de diámetro normal y campus pulmonares ventilados.
- **Abdomen:** Blando, depresible, no doloroso a la palpación no se palpa visceromegalias, no masas, no cicatrices.
- **Cordón umbilical:** Campleo en posición correcta con presencia de una vena y dos arterias.
- **Genitales:** Sin signos clínicos de infección, no cicatrices. Meato uretral por debajo del clítoris.
- **Ano:** Perforado sin lesiones.
- **Extremidades:** En su extremidad superior izquierda consta con una vía periférica permeable por donde se le administra la medicación. Extremidades inferiores simétricas. No presenta malformaciones, ni edemas distales.

Signos Vitales

- **PA:** 90/60mmHg. **F.C:** 140xmin. **F.R:** 60rxm. **Tº:** 40°C. **SPO2:** 90%

Medidas Antropométricas

- **Peso:** 2800 gr y **talla:** 49.5 cm
- **Perímetro cefálico:** 35.5
- **Perímetro torácico:** 33 cm

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).

- **Patrón 1. Percepción de la Salud**

Recién nacido se encuentra en el área de cuidados intensivos neonatales con recuperación satisfactoria. Por el momento se recibe la profilaxis apropiada, para tratar su exposición perinatal al VIH. Se encuentra bajo vigilancia médica y recibiendo los debidos cuidados de enfermería.

- **Patrón 2. Nutricional / Metabólico**

Recién nacido presenta dermatitis seborreicas en la mayor parte de la piel. Mucosas secas debido a la hipertermia. Presencia de sonda nasogástrica Levin, por donde se le administra la leche en formula prescrita por el médico. Labios con presencia Muguet que recubren el interior de la cavidad bucal y la lengua más resequedad.

- **Patrón 3. Eliminación e intercambio.**

El recién nacido presenta micción y deposiciones espontaneas, pero por precaución a la hipertermia y a la profilaxis se realiza un balance hídrico, para medir los ingresos y egresos dentro de las primeras 48 horas de nacido.

- **Patrón 4. Actividad / Ejercicio**

Sin alteraciones.

- **Patrón 5. Sueño / Descanso**

Neonato por presentar las siguientes manifestaciones clínicas no puede conciliar el sueño.

- **Patrón 6. Cognitivo / Perceptivo**

Recién nacido un poco irritado e inquieto por las sintomatologías que presenta. Respecto a lo neurológico, no presenta ningún déficit que altere este patrón.

- **Patrón 7. Autopercepción / autoconcepto**

Patrón funcional no presenta alteraciones

- **Patrón 8. Rol / Relaciones**

Recién nacido no obtiene apego precoz con la madre por ser portadora de VIH. Así que lo alimenta con leche de fórmula por medio de una sonda nasogástrica.

- **Patrón 9. Sexualidad / Reproducción**

No valorable

- **Patrón 10. Afrontamiento / Tolerancia al Estrés**

Patrón funcional no presenta alteraciones

- **Patrón 11. Valores / Creencias**

No valorable

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Dextrosa al 10% en agua.
- Zidovudina 4 mg/kg/V.O cada 12 horas, durante 4 semanas. (iniciar entre 6 y 12 horas después del nacimiento)
- Lamivudina V. 10 mg/ml/V.O en las primeras 12 horas de vida; 2 mg/kg cada 12 h durante 4 semanas.
- Nevirapina 4 mg/kg V.O la 1ra en las primeras 48 horas de vida; la 2da y la 3ra a las 48 y 96 horas de la 1ra, respectivamente
- Anfotericina B 1.2mg/kg/I.V entre 1 a 3 veces a la semana.
- Bioderma Sensibio DS+ Crema, 40 ml aplicar una a tres veces al día.
- Paracetamol administrar 10mg/kg/dosis I.V cada 6 horas.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

- Alimentación con fórmula artificial 3 onzas (90ml) cada 4 horas en promedio durante sus primeras semanas.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

| Biometría hemática | Resultado | Valores normales |
|-----------------------|---------------------|--------------------------------|
| Leucocitos | 35x mm ³ | 9.0 – 30Xmm ³ |
| Glóbulos rojos | 8.4mm ³ | 4.8 - 10.8mm ³ |
| Neutrófilos | 57.5% | 40.0 - 65.0% |
| Linfocitos | 14% | 25 – 33% |
| Hemoglobina | 21.6mg/dl | 14.5 – 22.5mg/dl |
| Hematocrito | 39.4% | 37.0 – 47.0% |
| Plaquetas | 245mmx ³ | 150 – 400 x 10 ⁹ /L |
| Bilirrubina | 11.2mg/dl | 3.7 – 12.1mg/dl |
| Bilirrubina directa | 0,55mg/dl | 0.48 – 0.70 mg/dl |
| Bilirrubina indirecta | 8.6 mg/dl | 3.58 – 11.18 mg/dl |
| Glucosa | 56 mg/dl | 55-60 mg/dl |

Elaborado por: Carlos Guiracocha Jiménez

Análisis: Podemos observar que los valores referenciales de los linfocitos están por debajo de los valores normales con un 14% mientras que los leucocitos se encuentran elevados con 35x mm³ y por ello es posible que el paciente contraiga una infección intrahospitalaria.

| | |
|-------------------------------------|------------------------|
| Prueba de proteína C reactiva (PCR) | 1.0 mg/L (1,5-20 mg/L) |
| Linfocito CD4 | 14% |
| Prueba de carga viral (RNA-VIH) | ≥ 130.000 copias/ml |

Elaborado por: Carlos Guiracocha Jiménez

Análisis: Podemos observar que la prueba de proteínas C reactiva se encuentra disminuidos de sus valores referenciales, al igual que el conteo de linfocitos CD4. Mientras que la prueba de carga viral se encuentra por encima de lo normal con ≥ 130.000 copias/ml lo que conlleva a una severa infección si no es tratada a tiempo con antirretrovirales.

2.4 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

- **Diagnóstico presuntivo:** Exposición perinatal al VIH
- **Diagnóstico diferencial:** Exposición perinatal al VIH
- **Diagnóstico definitivo:** Exposición perinatal al VIH

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

Analítica de la valoración de enfermería

Una vez realizada la valoración de los patrones funcionales utilizando la teorizante de Marjorie Gordon se determinan los resultados, y se procedió a la elección de los patrones disfuncionales:

- Seguridad / protección.
- Seguridad / Protección.
- Nutricional / Metabólico

NANDA: 00007
NOC: 0801
NIC: 3786

Dominio 11: Seguridad / protección **Clase 6:** Termorregulación
Etiqueta 00007 **Dx:** Hipertermia

R/C: Virus de Inmunodeficiencia humana

E/P: Hipertermia de 40°C piel caliente y ruborizada.

Dominio II: Salud fisiológica

Clase I: Regulación Metabólica

Etiqueta 0801: Termorregulación

Campo: Fisiológico complejo

Clase M: Termorregulación

Etiqueta 3786: Tratamiento de la hipertermia

ESCALA DE LIKERT

| INDICADORES | Antes | | Después | | |
|--|-------|---|---------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 080001: Temperatura cutánea aumentada | X | | | | X |
| 080105: Cambios de coloración cutánea | | X | | X | |
| 080116: Inestabilidad de la temperatura | | X | | | X |
| 080117: Hipertermia | X | | | | X |
| 080103: Inquietud | | X | | | X |

ACTIVIDADES

- Monitorización de los signos vitales
- Colocar un acceso I.V
- Administración de líquidos I.V para bajar la hipertermia
- Asegurar la permeabilidad de las vías áreas.
- Administrar oxígeno, si es necesario.
- Aplicar métodos de enfriamientos externos, según corresponda.
- Insertar una sonda urinaria, si es necesario.
- Monitorizar la temperatura corporal central utilizando el dispositivo adecuado.
- Instruir al familiar sobre los factores de riesgo y prevención relacionados con la hipertermia.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

NANDA: 00105
NOC: 1020
NIC: 1056



Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión
Etiqueta 00105 **Dx: Interrupción de la lactancia materna**

M
E
T
A
S

R/C: Enfermedad infectocontagiosa de la madre

E/P: Interrupción del proceso de lactancia materna debido a la incapacidad del niño para lactar.

DOMINIO II: Salud fisiológica

ESCALA DE LIKERT

| INDICADORES | Antes | | Después | | |
|---|-------|---|---------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 102021 Ingestión por sonda de alimentos | X | | | | X |
| 102022 Administración IV de líquidos | X | | | | X |
| 102023 Administración parenteral | X | | | | X |

Clase K: Diagnostico nutricional

Etiqueta 1020: Estado nutricional del lactante

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: Fisiológico básico

Clase D: Apoyo nutricional

Etiqueta 1056: Alimentación enteral por sonda

- ACTIVIDADES**
- Insertar una sonda nasogástrica, nasodeudenal o nasoyeyunal.
 - Elevar el cabecero de la termocuna de 30 a 45° durante la alimentación.
 - Confirmar la colocación de la sonda.
 - Al finalizar la alimentación, esperar 30 – 60 minutos antes de colocar al paciente en decúbito supino.
 - Comprobar la existencia de residuos cada 4 – 6 horas durante las primeras 24 horas y después cada 8 horas durante la alimentación continua.
 - Mantener en un buen ambiente la alimentación enteral.
 - Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas.
 - Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4 – 8 horas según proceda.
 - Controlar el peso como mínimo tres veces por semanas.
 - Preparar al familiar para la alimentación con formula.

NANDA: 00004
NOC: 0702
NIC: 6540



Dominio II: Seguridad y protección **Clase I:** Infección
Etiqueta 00004 **Dx:** Riesgo de infección

R/C: Enfermedad Autoinmune

E/P: Aumento de leucocitos, disminución de los linfocitos

M
E
T
A
S

DOMINIO II: Salud fisiológica

Clase H: Respuesta Inmune

Etiqueta 0702: Estado Inmune

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: Seguridad

Clase V: Control de riesgo

Clase 6540: Control de infecciones

ESCALA DE LIKERT

| INDICADORES | Antes | | Después | | |
|---------------------------------------|-------|---|---------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 0702021 Infecciones recurrentes | X | | | X | |
| 070203 Estado gastrointestinal | | | X | X | |
| 070205 Estado genitourinario | | | X | | X |
| 070207 Temperatura corporal | X | | | | X |
| 070208 Integridad cutánea | | X | | X | |
| 070214 Recuento absoluto leucocitario | X | | | X | |

ACTIVIDADES

- Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo.
- Aislar a los pacientes enfermeros expuestos a enfermedades transmisibles.
- Cambiar los sitios de las vías IV periféricas o centrales.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías IV.
- Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.
- Utilizar un sondaje intermitente para reducir la incidencia de la infección de la vejiga.
- Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.
- Fomentar al familiar una ingesta nutricional adecuada.
- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por la parte de los pacientes.

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

Relaciono la teoría del entorno/paciente de Florence Nightingale con mis intervenciones de enfermería, porque su teoría gira alrededor de un triángulo permanente. Es decir, la relación que existe del paciente con su entorno; la relación de la enfermera que brinda con el paciente y la relación de la enfermera con el entorno del paciente.

La aplicación de la teoría Florence Nightingale, es establecida a los cuidados del paciente en el entorno, por lo cual en un recién nacido con exposición perinatal al VIH requiere un cuidado de ambiente tranquilo y libre de microorganismos que puedan afectar su estado de salud.

Los cuidados de enfermería se llevaran a cabo de acorde a la evolución que presenta diariamente el recién nacido con el seguimiento que se realizará por medio la profilaxis, alimentación y aseo cotidiano que se le brindará por parte del personal de enfermería.

2.8 Seguimiento

Día 1

Paciente ingresa al área de unidad de cuidado intensivo neonatal con un diagnóstico de exposición perinatal al VIH, por presentar complicaciones de hipertermia de 40°C + dermatitis seborreica + presencia de candidiasis oral. Motivo por el cual se dio hospitalización inmediata para mantenerlo bajo vigilancia médica.

Recién nacido permanece en incubadora neonata con estricta monitorización de constantes vitales que se reflejan en el monitor, y los cuales se apuntaran cada tres horas en la hoja de signos vitales para llevar un buen control durante la guardia.

Por el momento consta de una vía periférica en su miembro superior izquierdo por donde se le administrara la profilaxis, una sonda nasogástrica por donde recibirá su alimentación con formula artificial, y una sonda vesical para realizar un balance hídrico que será programado durante 48 horas debido a la

hipertermia que presenta, y así poder verificar si hay un balance normal, positivo o negativo.

Tratamiento farmacológico

- Dextrosa al 10% en agua
- Zidovudina 4 mg/kg/V.O cada 12 horas, durante 4 semanas. (iniciar entre 6 y 12 horas después del nacimiento)
- Lamivudina V. 10 mg/ml/V.O en las primeras 12 horas de vida; 2 mg/kg cada 12 h durante 4 semanas.
- Nevirapina 4 mg/k V.O la 1ra en las primeras 48 horas de vida; la 2da y la 3ra a las 48 y 96 horas de la 1ra, respectivamente
- Amfotericina B 1.2mg/kg/I.V entre 1 a 3 veces a la semana
- Bioderma Sensibio DS+ Crema, 40 ml aplicar una a tres veces al día
- Paracetamol administrar 10mg/kg/dosis I.V cada 6 horas.

Tratamiento nutricional

- Alimentación con fórmula artificial 3 onzas (90ml) cada 4 horas en promedio durante sus primeras semanas.

Médico tratante solicita de inmediato realizar PCR ARN/ADN HIV en las primeras 48 h. También solicitó un examen de CMV en orina para descartar infección congénita por CMV.

El personal de enfermería explica el procedimiento a la madre de cómo darle la alimentación con fórmula artificial a su bebé. Se le explicó que debería darle 3 onzas. Es decir, 90ml cada 4 horas (No excederse ese límite). Tomando en cuenta la bioseguridad que debe de tener al momento de entrar en contacto con el recién nacido. También se brindó asesoría de cómo cambiarle el pañal a su bebé, debido a que es primigesta y no cuenta con la experiencia necesaria para cuidar y atender a su bebé.

Se realiza balance hídrico para verificar si no hay alteraciones en cuando al ingreso diario de líquidos es mayor a los eliminados, o si el ingreso diario de líquidos es menor a los eliminados.

Recién nacido queda al cuidado de su madre y del personal de enfermería.

Después de tres días de hospitalización

Recién nacido con un diagnóstico de exposición perinatal al VIH, ya no presenta hipertermia como en su primer día de hospitalización. La candidiasis oral persiste aun en el recién nacido, por lo cual el medico decide aumentar la dosis a 1.5mg/kg/IV siguiendo con el mismo horario de administración. Medico indica administrar la segunda dosis en 48 horas tras la primera dosis de Nevirapina 8 mg/V.O/ dosis única por día y la tercera dosis 96 horas tras la segunda dosis.

En cuanto a la dermatitis seborreica que presenta el recién nacido también se mantiene, pero no se decidió hacer ningún cambio. Se continúa con la misma aplicación de 3 veces al día.

Permanece en incubadora neonatal, monitorizando sus constantes vitales cada tres horas. Por el momento no hay presencia de señales de alteraciones en sus constantes vitales. Se administra profilaxis teniendo en cuenta los cambios que el medico ha realizado y se los registra en el kardex de medicación. Se realizó balance hídrico donde salió en las primeras 24 y 48 horas negativo, debido a la hipertermia que el recién nacido presentaba. A las 72 horas se realizó otro balance hídrico donde favorablemente salió normal. Sin embargo, por orden del médico continua con sondaje vesical y control de diuresis por medio de balance hídrico.

La madre refiere que se siente triste y muy preocupada por lo que está pasando su bebé. Motivo por el cual se procedió a dar apoyo emocional y tratar de que se tranquilice, para que siga al cuidado de su bebé. Paciente queda al cuidado y confort por parte del personal de enfermería.

Después de cinco días de hospitalización

Médico pasa visita en jornada matutina y realiza exploración física al neonato. Durante su exploración mencionó que descartemos del kardex paracetamol PRN por I.V. También refirió que la candidiasis ha disminuido y que

sigamos con la misma dosis de tratamiento. Y en cuanto a la dermatitis seborreica también ha disminuido en pocas cantidades.

Medico pidió reporte de la hoja de signos vitales a la enfermera encargada del área para chequear si ha tenido alteraciones. En cuanto a la talla y peso se encuentra entre los valores normales. También preguntó a la madre que si su bebé no ha tenido intolerancia a la alimentación con formula artificial, y madre refirió que hasta ahora no ha habido inconveniente con la alimentación.

Medico verificó el cordón umbilical como en días anteriores para buscar posibles signos de infección. Y se presenció que no hay nada fuera de lo normal. Por último, medico refirió que esperemos un día más a ver si la candidiasis oral desaparece en su totalidad, para proceder al retiro de la sonda nasogástrica. Debido que al comienzo sentía mucha molestia al tragar y por ese motivo se colocó S.N.

Neonato queda al cuidado y confort por parte del personal de enfermería.

Después de seis días de hospitalización

Neonato en su sexto día de evolución continúa con signos vitales normales. Medico realiza su visita y manifiesta que ha evolucionado favorablemente. Se procede por orden del médico a retirar sonda nasogástrica y vía periférica al neonato.

Se entrega tramite de alta médica y se educa a los padres para su correcta curación en la zona del cordón umbilical, y los cuidados en la alimentación del bebé. Se le mencionó a la madre que debe acudir al centro de salud más cercano si llegara a presentar molestias y seguir con sus controles rutinarios

Se especificó a la madre que debería seguir las siguientes recomendaciones mencionadas una vez que obtenga el alta médica:

| Edad | Profilaxis ARV | Diagnóstico de la Infección por el VIH | Estudios de laboratorio | Observaciones |
|----------------------|--------------------------|--|--|---|
| 14 a 28 días | Continuar profilaxis ARV | En paciente de alto riesgo realiza segunda PCR RNA – VIH (carga viral) | Evaluar biometría hemática y transaminasas | Control semanal. Completar profilaxis ARV de acuerdo al riesgo de 4 – 6 semanas. No lactancia materna |
| 4 a 6 semanas | Continuar profilaxis | Realizar PCR RNA – VIH. | Evaluar toxicidad ARV con biometría y transaminasas | Indicar profilaxis para neumonía por Pneumocystis jirovecii a partir de las 6 semanas de vida. |
| 4 – 6 meses | No requiere | Realizar PCR RNA – VIH si no fue realizada a las 6 semanas | Evaluar toxicidad por TMP/SMX con biometría hemática | Evaluar el suspender profilaxis para neumonía por P. Jiroveccii al descartar infección por VIH. Se descarta infección por el VIH con 2 estudios virológicos negativos en muestras diferentes, siempre y cuando la segunda sea realizada luego de los 4 meses de vida. |
| 18 MESES | No requiere | Prueba de serología para VIH (ELISA 4ta) a los 18 meses de edad | No requiere | Controles mensuales con cuidados generales del niño. Comprobar peso y estado nutricional. Comprobar la desaparición de anticuerpos maternos con la realización de ELISA o prueba rápida, con resultado negativo a los 18 meses se descarta infección del niño expuesto al VIH y realizar la respectiva re-notificación del caso. |

2.9 OBSERVACIONES

Recién nacido de 37 semanas a término, producto de un parto por distócico, dentro de los datos relevantes madre informó que no se realizó ningún control prenatal. Se mostró muy colaboradora con la información de su vida personal. Donde mencionó que padecía de bajos recursos económicos. Inmediatamente se procedió a educar sobre la importancia de una planificación familiar y sobre los controles que deben tener ella y su bebé desde ahora en un centro de salud.

Recién nacido durante su estadía en el área de cuidados intensivos neonatales con diagnóstico de exposición perinatal al VIH, ha evolucionado favorablemente gracias a la profilaxis del ARV que se le ha administrado y los cuidados de enfermería que se le brindó durante su hospitalización.

CONCLUSION

Por medio del presente caso clínico puedo concluir que durante mi estudio realizado en un recién nacido a término con un diagnóstico definitivo de exposición perinatal al VIH. Se procedió a la elaboración del proceso de atención de enfermería con el fin de poder identificar los patrones disfuncionales que afectan el estado de salud de nuestro paciente. Siendo uno de los más importantes el patrón de seguridad y protección debido a la alteración que se presenta en la termorregulación neonatal asociado por el virus de inmunodeficiencia humana. Así como también el patrón funcional afectado nutrición / metabólico asociado a la interrupción de la materna debido a la enfermedad infectocontagiosa de la madre, por lo cual, se procedió a explicar a la madre el porqué de la anulación de la lactancia materna y también se le explicó el procedimiento de nutrición por sonda nasogástrica, y la manera idónea de alimentación con fórmula artificial en el hogar.

Por aquello, se decidió elaborar el plan de cuidados utilizando como herramienta esencial la taxonomía NANDA, NIC y NOC con el objetivo de poder recuperar, restaurar y lo más importante conservar la salud del paciente. No obstante, se ha comprobado que el proceso de atención de enfermería está basado en principios científicos que han logrado facilitar al profesional de enfermería en aumentar tanto sus destrezas y habilidades en el campo laboral, poniendo en práctica las intervenciones que se deben ejecutar de manera eficiente y eficaz a la hora de brindar los cuidados de enfermería.

Es importante mencionar que nuestro paciente obtuvo hospitalizado por una semana donde tuvo una evolución favorable en su salud, gracias a la aplicación del proceso de atención de enfermería en un paciente con exposición perinatal al VIH, logrando conseguir los objetivos y resultados esperados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alvarez, A. (2013). *Semiologia Medica: Fisiopatologia, Semiotecnia, y Propedèutica*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.

Calderòn, M., & Gonzalez, P. (2017). Manifestaciones de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el período neonatal. *Medicina fetal y Neonatología*, 172-189.

Chavez, A. (2019). Infección por VIH en el area de pediatría. *Revista chilena de pediatría*, 5-25.

Cisnero, F. (2018). PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE). *Resvita de fundamentos de enfermeria*, 33-35.

Endara, S., Miño, G., & Chiriboga, M. (2015). Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita, y de atención integral de niños/as con VIH/sida. *Ministerio de Salud Publica*, 140 - 167.

Fonseca, P. (2015). MANEJO DE LA INFECCIÓN MATERNA CON VIH Y DEL RECIÉN NACIDO EXPUESTO. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 1-23.

Gaviria, A., Gomez, R., & Muñoz, M. (2016). Gpc: Evidencia científica para la atención de la infección por VIH en niñas y niños menores de 13 años de edad. *Guía de Práctica Clínica de Pediatría*, 38-102.

Gómez, M. N. (2016). Infección VIH en Pediatría. *Pediatría Integral*, 1-10.

Navarro, M. (2016). Infeccion VIH en recién nacidos. *GPC: Infeccion VIH en pediatría*, 17-45.

Pastore, C. (2015). INFECCIÓN POR VIH Y GESTACIÓN. *Centro de Medicina Fetal*, 27-35.

Rodriguez, J. (2015). Evaluación y manejo de la exposición perinatal al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 15-33.

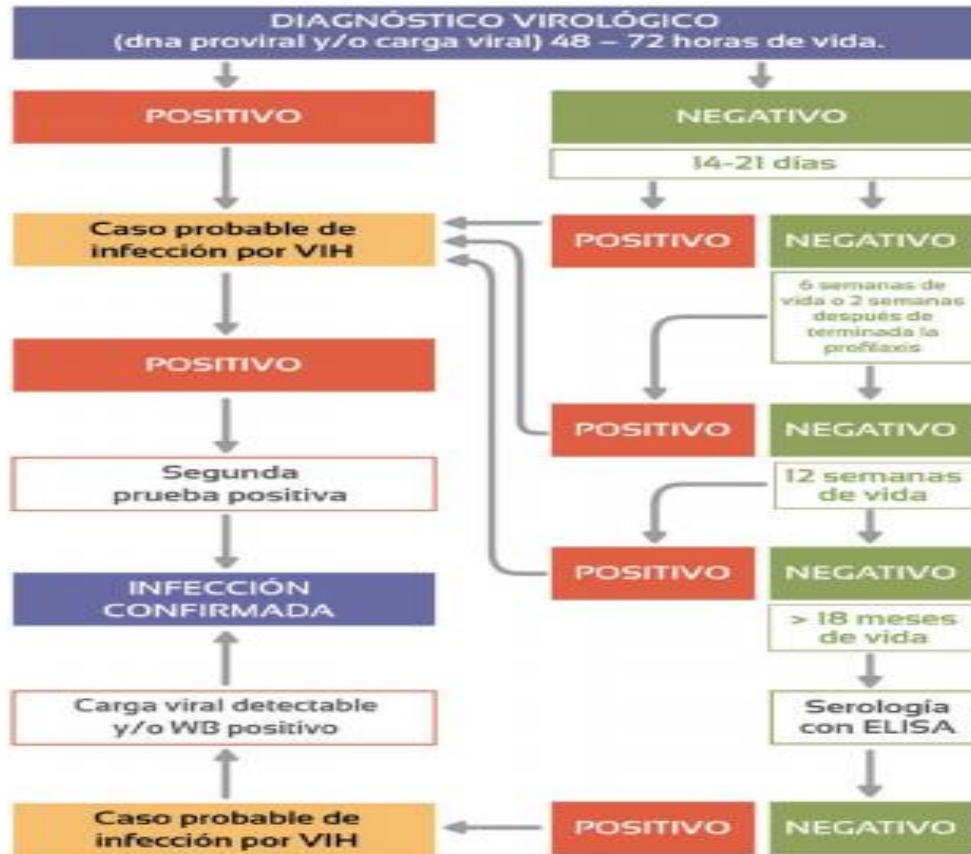
Sabaleta, L. (2015). Infección por el virus de inmunodeficiencia humana en pediatría. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 12 - 20.

Stagno, S. (2015). Infecciones perinatales transmitidas por la madre a su hijo. *Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR*, 59 -88.

ANEXOS

Anexo 1 – Porcentaje de cantidad de plagio por Urkund

Anexo 2 – Diagnósticos de los niños expuestos perinatalmente al VIH



Fuente: Fonseca, P. (2015). Manejo de la infección materna con VIH y del recién nacido expuesto. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 1-23.

Anexo 3- Clasificación de los antirretrovirales existentes en el Ecuador

| ITRN | ITRNN | IP | Inhibidor de Integrasa |
|--|---|---|------------------------|
| Zidovudina (AZT) Lamivudina (3TC) Didanosina (ddI) Abacavir (ABC) Te- nofovir (TDF) Emtricitabina (FTC) | Efavirenz (EFV) Nevirapina (NVP) Etravirina (ETV) | Lopinavir + Rito- navir (LPV/RTV) Saquinavir (SQV) Atazanavir (ATZ) Darunavir (DRV) | Raltegravir (RLV) |

Fuente: Fonseca, P. (2015). Manejo de la infección materna con VIH y del recién nacido expuesto. Revista de Obstetricia y Ginecología, 1-23

Anexo 4: Vacunas contraindicadas en un recién nacido con exposición perinatal al VIH

| VACUNAS | RECOMENDADA | CONTRAINDICADA | CONVIVIENTES | OBSERVACIONES |
|-------------------------------------|--|--|----------------------|--|
| BCG | NO | Sí | Sin contraindicación | Los recién nacidos de madre con infección por VIH podrán vacunarse con BCG cuando se descarte la infección con 2 estudios virológicos negativos. |
| Antipoliomielítica oral (OPV-Sabin) | No | Sí | Contraindicada | |
| Vacuna contra la varicela | Sí, con CD4 > 15% (o con >200/mm ³ en niños > 4 años) | Sí, con CD4 < 15% (o <200/mm ³ en > 4 años) | Sin contraindicación | 2 dosis con intervalo de 3 meses. |
| Vacuna contra la fiebre amarilla | Sí, >9 meses con CD4 > 15% (o >200/mm ³ en >4 años) | Evaluación individual | Sin contraindicación | Considerar solo en VIH asintomáticos en caso de riesgo de contraer la enfermedad (residentes en áreas con FA y viajeros a zonas de riesgo). |

Fuente: Chávez, A. (2016). Infección por VIH en el área de pediatría. Revista pediatría, 5-25.