



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**GESTANTE CON DIAGNÓSTICO DE VIH EN HOSPITAL DE**

**II NIVEL, 2019**

**PRESENTADO POR:**

**LIC. KARINA RAMON KNUTZEN**

**ASESORA:**

**DRA. GIOVANINI MARIA MARTINEZ ASMAD**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO  
RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2021**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
PÁGINA DE JURADOS .....	i
DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
RESUMEN.....	v
CAPÍTULO I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN .....	1
1.1. Descripción del Problema .....	1
1.2. Justificación.....	2
1.3. Marco Teórico .....	3
1.3.1. Antecedentes .....	3
1.3.2. Bases Teóricas .....	9
CAPÍTULO II CASO CLÍNICO .....	23
2.1. Objetivos .....	23
2.1.1 Objetivo General .....	23
2.2. Caso Clínico .....	23
2.2.1. Identificación.....	24
2.2.2. Hoja Perinatal .....	24
2.2.8. Epicrisis: .....	40
2.3. Discusión.....	40
2.4. Conclusiones .....	42
2.5. Recomendaciones.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

## **RESUMEN**

Según la Organización Mundial de la Salud el VIH es una complicación con alta frecuencia en el mundo, en el Perú y en la provincia de Satipo los pacientes con este diagnóstico están en aumento, por ello se está trabajando para brindar atención oportuna y de calidad que permita al paciente tener los resultados a tiempo y contar con los medicamentos antirretrovirales necesarios para que el tratamiento continúe sin interrupciones. Presentando la descripción del presente caso, a través de un diseño epidemiológico analítico; consideramos las complicaciones, manejo y factores de riesgo en un paciente con diagnóstico de VIH., la falta de seguimiento a las gestantes, el inicio súbito de la Manejo del VIH en un establecimiento público sin tomar en cuenta la normativa técnica nacional. Concluyendo que el manejo de una paciente con VIH es fundamental para evitar la infección a la que pueda estar expuesta el recién nacido, y por los riesgos que pueden traer al embarazo.

***Palabras Clave:*** *Infección por VIH; Gestantes; embarazo.*

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Descripción del Problema**

Uno de los problemas principales de la salud pública peruana es la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), infección que afecta a gran parte de la población joven (1)

Hay diversas estadísticas como la mostrada por ONUSIDA que en el año 2014 que nos muestran que un 35 millón de seres humanos a nivel mundial conviven con VIH, tasa que se va incrementando con el paso del tiempo, y que se condice con la tasa de tratamiento antirretroviral que también está en aumento. (1) En esta última dos décadas el incremento de casos de VIH ha sido del 38% aproximadamente (1)

En el mundo se ha incrementado de manera paulatina la cobertura con antirretrovirales a mujeres gestantes, pasando de 33% de cobertura en el 2009 a una cobertura de 68% en el 2014, dando con ello caídas en la

incidencia de infecciones por VIH, lo que se tradujo en salvar vidas y detener nuevas infecciones. Si no se realizan acciones de prevención la probabilidad de infección al recién nacido en el parto es del 45%, entre el 15 y 30% durante el embarazo y en un 10% durante la lactancia (1)

Con el objeto de evitar la transmisión vertical el Ministerio de Salud de Perú generó protocolos en función a recomendaciones internacionales que indicaban el uso de medicamentos retrovirales combinados en caso de embarazadas infectadas y/o el recién nacido expuesto, el uso de la cesárea como tipo de parto de elección, la alimentación con lactancia artificial, todo ello puede ayudar a disminuir aún más la tasa de infección por VIH.(1)

En Satipo los casos atendidos por coinfección TB – VIH en los últimos 4 años han sido 6, a los cuales se le ha brindado la cobertura con terapia antirretroviral. En los casos de VIH la cobertura incrementó del 24% en el año 2016 a un 72% en el 2019. Del total de 205 pacientes viviendo con VIH solo 89 de ellos reciben tratamiento antirretroviral lo que representa el 45% de ellos.(1)

## **1.2. Justificación**

Virus de la Inmunodeficiencia Humana ( VIH ) es una infección causada por un Virus causando graves problemas de salud a la población que la adquiere , De tal forma puede vulnerar a una mujer embarazada y al recién nacido. Si bien diversas revisiones muestran que en la región de la costa hay mayor incidencia, es en la sierra y en la selva donde la cobertura de terapia

antirretroviral es más baja. (2) En general si bien hay un protocolo de atención el manejo clínico de cada caso difiere en cada zona, en algunos casos por dificultades de acceso geográfico, social, cultural o por que los programas de atención no están disponibles para el lugar, o en otros casos los medicamentos tienen demora en su distribución. (1) Existe amplia revisión científica de cuáles son las formas más seguras de prevención y de cuidado, y si bien las tasas de transmisión han disminuido notablemente, aún no logramos hacer entender a las personas lo importante que es usar medidas de protección. (3) Existe evidencia científica y de interés clínico que indica que los factores que condicionan el VIH y el manejo que debe darse en este aún no logra encontrar una manera que permita reducir el número de infecciones de transmisión vertical ni de muertes maternas que provoca, por esta razón es que hacemos esta investigación, porque permitirá analizar el manejo de la gestante, que se embaraza estando con VIH, y como se realiza el manejo durante la etapa del embarazo acorde a los estándares técnicos establecidos por la legislación local, esto contribuirá a quienes se encargan de la atención clínica para que puedan hacer la revisión literaria y elaborar una respuesta a escenarios como el mostrado en búsqueda de reducir las probabilidades de morbilidad que esta enfermedad presenta.(4)

### **1.3. Marco Teórico**

#### **1.3.1. Antecedentes**

##### **Internacionales**

**Ramlagan et al. Sudáfrica, 2019**, realiza, un estudio longitudinal entre mujeres embarazadas infectadas por el VIH en Mpumalanga, Se evalúa el impacto de intervención de prevención de conductas cognitivas de variadas sesiones de la transmisión materno infantil se trabajó con 683 mujeres describiendo la prevención de transmisión materno-infantil de VIH mediante la adherencia a la terapia antirretroviral. Se asignaron a dos grupos: atención estándar e intervención de prevención de transmisión materno-infantil de VIH mejorada (cognitiva-conductual). Los resultados a 12 meses demostraron que el grupo de intervención mejorada no tiene una mayor adherencia al tratamiento significativa en relación con la atención estándar. La adherencia al tratamiento antirretroviral disminuyó después del parto. Se concluyó que se necesitan intervenciones para demostrar la necesidad de tomar terapia antirretroviral posparto y se necesita un mayor número de intervenciones de adherencia a la terapia antirretroviral durante la fase posparto se menciona que tendrían que mejorar las estrategias de retención en los CHC. (3)

**Kimemia et al. Kenia 2019**, realizaron un estudio sobre las Percepciones del embarazo entre parejas serodiscordantes con VIH en Kenia, exploraron lo que percibieron y creyeron las parejas serodiscordantes del VIH y los proveedores de atención médica sobre el embarazo entre las parejas serodiscordantes del VIH en Kenia uniendo los pensamientos en cuanto al uso de métodos de

concepción más seguros. Concluyendo que las percepciones negativas hacia las parejas serodiscordantes del VIH que quedan embarazadas ha obstaculizado el acceso a servicios de concepción más seguros (4)

Adesina et al. Ibadan, 2018, realizaron un estudio sobre Carga de citopenias en Mujeres Embarazadas VIH Positivas En El Hospital Universitario, fue transversal con una población de 1197 mujeres embarazadas VIH positivo con TARGA < 6 meses con el fin de describir su carga de citopenia en los diferentes trimestres del embarazo. Encontrándose una prevalencia de anemia de 76.8%, leucopenia 6.9% y trombocitopenia 4.7%. El hematocrito promedio fue de 28.5% ( $\pm 4.5$ ); mediano recuento de glóbulos blancos 5,500 / mm<sup>3</sup>; recuento mediano de plaquetas 200,000 / mm<sup>3</sup> y mediana de CD4 323 células / mm<sup>3</sup>. La media del hematocrito fue más alta (29.7%  $\pm 5.3$ ) en las mujeres en el primer trimestre, pero más baja (28.4%  $\pm 4.6$ ) en las mujeres en el segundo trimestre ( $p = 0.04$ ). En comparación con los trimestres anteriores, las mujeres en el tercer trimestre tenían un recuento de glóbulos blancos mediano más alto (5,600 células / mm<sup>3</sup>), neutrófilos superiores (61.0%  $\pm 11.2$ ) pero linfocitos inferiores (28.3%  $\pm 9.2$ ) ( $p = 0.18; 0.00, 0.00$ ). La mediana del recuento total de plaquetas fue más alta (206,000 células / mm<sup>3</sup>) en el primer trimestre, pero más baja (195,000 células / mm<sup>3</sup>) en el tercer trimestre (0.04). Además, concluyen que las citopenias no son



infrecuentes en esta población, especialmente con CD4 más bajos.

(5)

**Kempton et al. Realizaron en London, 2019** investigaron sobre,

La mayoría de las ocurrencias de infección por el VIH, las transmisiones verticales y las muertes relacionadas con el sida

ocurren en países de menor prevalencia, ONUSIDA info utilizan el modelo Spectrum para representar los datos del VIH. A pesar de los

programas de preventivos, se mantuvo en 2016 y 2017 en 1.800.000

casos. El objetivo de la investigación fue analizar los datos de 2017

y compararlos la incidencia del VIH, las muertes por el SIDA y el

abastecimiento de terapia antirretroviral (TAR) a embarazadas y

comunidad que conviven con el VIH en países de < y > prevalencia.

Cabe indicar que se investigó las tasas de transmisión vertical o de

madre a hijo, el Dx. infantil temprano. concluyendo que se necesitan

programas de Dx y TT° más intensivos de diagnóstico para reducir

las nuevas infecciones globales de VIH (6)

### **Nivel Nacional**

**Huamán et al. Amazonas, 2017**, realizaron el estudio sobre la

prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en gestantes

y madres Awajún y Wampis de la región amazonas en Perú, estudio

cualitativo fenomenológico, se trabajó con 29 mujeres de las

comunidades indígenas en el periodo entre 2014-2015 diagnóstico

de VIH, lo que el autor buscó fue la identificación de barreras que

restringen el cumplir con las medidas de prevención de la transmisión materno infantil. Entre los hallazgos están que muchas mujeres no piensan que tengan VIH, otras creen que su diagnóstico es una mentira o lo relacionan con daño. A ello le añaden que consideran que el niño nacerá enfermo y que someterse a una cesárea es un esfuerzo en vano. Además de esto, otros problemas encontrados fueron la diferencia de idioma, la lejanía del establecimiento de salud, y el temor al juicio y condena moral de su comunidad concluyeron que las medidas preventivas de la TMI parecen raras por la cultura de las gestantes/madres, por lo que no son bien comprendidas, resultandos infructíferos y afectando la relación con el personal de salud. es importante un mejor entendimiento de la cultura y el diseño de intervenciones apropiadas a esta localidad. (7)

**Álvarez – Carrasco et al. Lima, 2018.** en el estudio sobre el Perfil de incidencia de VIH en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. fue observacional descriptivo retrospectivo realizado en mujeres embarazadas para obtener un diagnóstico de VIH a través de pruebas de Elisa y en caso habría un resultado positivo se realizarán exámenes confirmatorios como el Western Blot, con el objetivo es determinar la incidencia de infección de VIH en el Instituto Materno Perinatal, se tamizó entre el 2007 y 2016 un de total de 113258 mujeres y se concluye qué se debe poner más énfasis en el tamizaje de una mujer embarazada para poder descartar la infección por VIH concluyeron que La incidencia

de VIH confirmado fue errática (2007-2016). Deben proponerse estrategias para acrecentar el tamizaje en las pares de las gestantes infectadas, considerando el tipo de relación de las parejas en cuando al grado de desequilibrio en la unión. (8)

**Tejada et al. Lima, 2015** realizaron la investigación. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad durante la gestación, periparto y postparto en mujeres VIH positivas IMPN, Lima-Perú. Se utilizaron los datos de adherencia recogidos por el estudio NISDI Longitudinal Study in Latin American Countries (LILAC) sede Perú, de junio de 2008 a febrero de 2010, conexos a social y geográfica, de la gestante , con VIH y en mujeres VIH ( +) durante la gestación, periparto y 6-12 semanas posparto. Aseguramos no adherencia con una disminución más del 5% de dosis en los últimos tres días. Concluyeron; La no adherencia aumenta considerablemente al inicio del parto, por el cambio en la rutina en la cesárea; y en el posparto probablemente por los cuidados del R.N. Es importante investigar tomando como factores psicológicos .(9)

### **1.3.2. Bases Teóricas**

#### **Virus de la Inmunodeficiencia Humana ( VIH )**

Es un retrovirus que afecta al sistema inmunológico del ser humano contagiado, siendo las defensas importantes en nuestro organismo frente a las infecciones oportunistas, capaces de entrar en el organismo (10)

#### **Generalidades del VIH**

**El VIH ataca y destruye los linfocitos CD4**, son un tipo de células que constituyen el sistema inmune encargado de producir los anticuerpos para batallar con infecciones causadas al ser humano (10).

**El VIH**, es frecuente en el embarazo en países como África subsahariana y está asociado con cambios fisiológicos durante el embarazo, en la que destaca las anormalidades hematológicas, siendo la manifestación más común la reducción y función alterada de las tres líneas celulares sanguíneas; glóbulos rojos (anemia), glóbulos blancos (leucopenia) y plaquetas (trombocitopenia), conjuntamente llamado citopenia.(11) El grado de citopenia varía a medida que el VIH progresa, llegando a ser fatal si no hay una correcta intervención, la citopenia más común es la anemia, su presencia se ha asociado a una progresión más rápida de la enfermedad, así mismo sirve como factor predictivo de sobrevida (11).

El uso de una terapia antirretroviral altamente activa se asocia con una mejora significativa en la supervivencia del paciente y una mejoría en la anemia, especialmente en la anemia grave. Tener en cuenta que dentro de los cambios fisiológicos que se dan en la gestación, hay que considerar los cambios en los índices hematológicos, como es una disminución en el recuento de hematíes y plaquetas y un aumento en el recuento de leucocitos (12).

Cabe mencionar que en el embarazo puede existir una anemia fisiológica debido a una desproporción entre el aumento de glóbulos rojos, aproximadamente un 30% entre la duodécima y trigésima sexta semana de gestación, y el aumento de volumen plasmático, aproximadamente un 25-80% entre la sexta y vigésima cuarta semana de gestación. Sin embargo, de existir una real anemia puede causar resultados adversos en el embarazo como bajo peso al nacer, abortos espontáneos y baja inmunidad (13) .

En contraste, hay un aumento en los leucocitos, especialmente neutrófilos, así como una disminución de los linfocitos, eosinófilos y basófilos (11)

Durante el embarazo, se recomienda el tratamiento antirretroviral (TAR) para las señoras infectadas por VIH para la supresión viral y la reducción de la transmisión perinatal del VIH. Lo que se recomienda no es simplemente la provisión de ART, sino también el régimen de adherencia asociado con ART. En este caso, la adherencia al tratamiento antirretroviral se define como pacientes

que toman su medicación según lo prescrito, ya que incluso las desviaciones menores de este régimen pueden ser perjudiciales para la salud materna y neonatal (11)

### **Etiología del VIH**

Las mujeres gestantes y que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) son reconocidas como parte del grupo de población clave y vulnerable al VIH. (10)

El virus de la inmunodeficiencia puede afectar al feto de tres formas: (16).

- Vía transplacentaria
- Durante el trabajo y parto
- mediante la lactancia

**La transmisión vertical del HIV:** puede ocurrir antes (transplacentaria o intrauterina), durante (intraparto), o después del parto (por lactancia materna). La transmisión Intrauterina ha sido sugerida a través de la identificación del virus del HIV por (PCR y cultivo viral) en tejido fetal ya en el 10° día de gestación. Habitualmente la transmisión se produce en el 3° trimestre, y sólo alrededor del 2% de los contagios aparecen antes del 7° mes del embarazo. Generalmente se acepta que se infectan 30-40% de los recién nacidos en el útero, ya que este porcentaje de infantes tiene evidencia de laboratorio de infección (cultivo viral positivo o PCR) dentro de la primera semana de vida. Algunos estudios han encontrado que la detección viral poco después del nacimiento

supone aparición temprana de síntomas y progresión rápida a SIDA, consistente con infección más duradera durante la gestación (11)

Los factores que acrecientan los medios de transmisión vertical son afines con el padecimiento materna y la vigilancia obstétrica (15)

- **Con la enfermedad materna:** Etapa progresiva de la infección patología adherida, nivel de CD4, carga viral, antepuestos a la gestación , adherencia a los tratamientos, drogarse en el periodo del embarazo realizar la atención pre- natal rigurosa. (7)

- **Factores Obstétricos:** horas de bolsa rota, horas de trabajo de parto, numero de tactos, procedimientos invasivos (Fórceps, Vacum, Transductores, Punciones), episiotomías ampliadas, Desbridamientos, Incisiones de cuello; parto prematuro, parto vaginal, cesárea de emergencia (7)

**Los factores que se han asociado con anemia** incluyen menos años de Educación formal, una mayor edad gestacional y un mayor grado de supresión inmune. Si bien las mujeres pueden ser particularmente más propensas a tener anemia (como resultado de demandas adicionales durante el embarazo y la pérdida menstrual), el aumento de la supresión inmunológica (medida por el recuento de células CD4) también se ha informado como un factor de riesgo para la anemia. (9)

**La etiología de la anemia en la infección por VIH es multifactorial.** La anemia es con frecuencia una anemia normocítica normocrómica por la inflamación crónica debida a la producción

reducida de eritropoyetina que se resolverá inmediatamente con el uso de antirretrovirales (16). Otras causas incluyen afecciones infiltrativas de la médula ósea (p. Ej., Neoplasias o infección, incluido el VIH), hemolíticas causas (por ejemplo, autoanticuerpos de glóbulos rojos) y deficiencias nutricionales (16)



**Clínica del VIH.** Se observa un recuento de glóbulos blancos de aproximadamente 5.500 células/mm<sup>3</sup> a inicios del embarazo siendo un valor inferior al encontrado en otros estudios realizados en Nigeria, pero es más alto que en la población adulta VIH positivo. Así mismo, hay que mencionar que el recuento de glóbulos blancos es mayor a medida que progresa el embarazo. Por otro lado, con leucopenia, la neutropenia es el subtipo más relevante clínicamente porque es un buen indicador del riesgo de infección (17). La presencia de neutropenia en la infección por VIH exacerba la susceptibilidad a infecciones como la bacteriemia, la meningitis, pero en particular a las infecciones fúngicas invasivas. Después de la anemia, la trombocitopenia está en segundo lugar hematológica más frecuente que se produce durante el embarazo, teniendo una caída en el último trimestre del embarazo. Se ha demostrado que las citopenias, en particular la anemia, en individuos infectados por el VIH predicen la graduación de la enfermedad y la mortalidad (17). El papel causal del VIH in vivo en la alteración del microambiente de la médula ósea para inhibir la hematopoyesis y el resultado directo de la citopenia es incierto. Sin embargo, la citopenia ocurre con más frecuencia con el VIH avanzado o cuando persiste la replicación viral y los pacientes pueden presentar citopenias múltiples. Se ha observado que las tasas más altas de citopenia se producen en pacientes con VIH avanzado (recuento de CD4 <200). La asociación del bajo recuento de células CD4 con citopenia puede deberse al

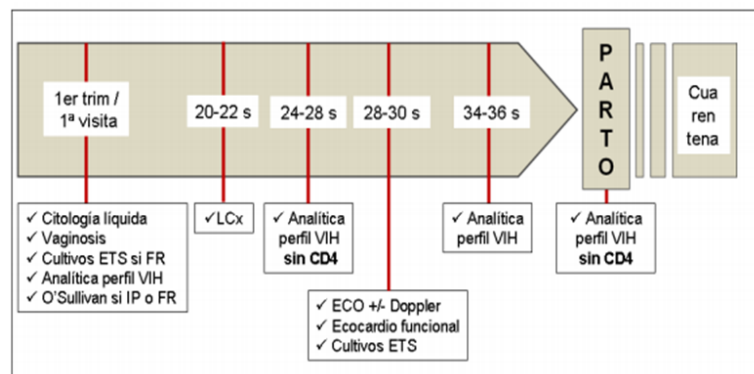
efecto desregulador del VIH en la función de las células progenitoras hematopoyéticas tempranas a través de la proteína accesoria viral Factor negativo (NF) (17)

**Diagnóstico del VIH** Se deberá realizar a las embarazadas la serología VIH ni bien acude al centro de salud en su primer control, previa charla e realizar la documentación requerida siempre con respeto y ética. el personal calificado deberá indicar el inicio del tratamiento y que se actúe eficazmente en la disminución de la TV. Es importante corroborar si la gestante está infectada con una segunda determinación (Western-Blott) y dar a conocer a la embarazada. que se debería realizar toma de muestra para la serología VIH en el proceso de la 3er trimestre de la gestación a todas las gestantes, con el fin de identificar las seroconversiones (7) En caso de sospecha de riesgo, debería valorarse la ejecución de una carga viral y profilaxis pre o post-exposición con el Servicio de Infecciones. corroborar los falsos negativos de la serología por el período ventana. En pares serodiscordantes que no cumplen con el uso de preservativo constante se realizará una serología urgente de VIH (test rápido o ELISA inmediato, según disponibilidad) en la etapa del parto, por descarte periparto. Los resultados de los exámenes se deberán tomar en cuenta ni bien ingresa ; se prescribirá antes del alta y valorar el resultado (18)

Diagnosticada con VIH en el periodo del parto/posparto inmediato: Se debería realizar la serología de VIH (test rápido o ELISA inmediato, según disponibilidad). Las serologías urgentes corresponden afirmarse previa determinación de ELISA convencional y Western-blot. Ante una prueba positivo intraparto se actuará con la > celeridad posible, para disminuir el riesgo de TV: inoculación de antirretrovirales intraparto y cesárea electiva. Una vez producido el parto se completará la evaluación diagnóstica de la paciente, se programarían los controles con el médico y se facilitará apoyo psicosocial (19)

**Figura 1.**

*Control gestacional específico en mujeres infectadas por VIH*



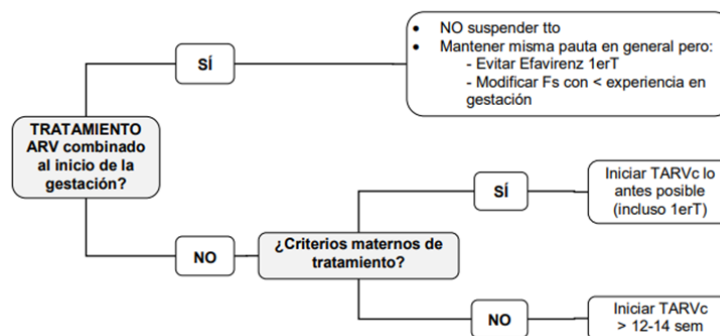
***Tratamiento del VIH***

Los programas de prevención de la transmisión de madre a hijo han sido acreditados por contribuir a una reducción en la incidencia de HIV en la niñez, ya que la cobertura de terapia antirretroviral para los programas de prevención de la transmisión de madre a hijo aumentó de 50% a 77% entre 2010 y 2015 (20). En 2015, las

directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los programas de prevención de la transmisión de madre a hijo se decidieron por la opción B +, que involucra terapia antirretroviral de por vida para todas las mujeres embarazadas con VIH positivo y todos los niños nacidos de madres con VIH positivo que recibieron nevirapina o zidovudina diariamente desde el nacimiento hasta los 4 a 6 semanas (20). El éxito de la opción B + se puede medir con el diagnóstico infantil temprano, sin el cual el tratamiento del recién nacido no puede llevarse a cabo. Por esta razón, el diagnóstico infantil temprano se enfatiza cada vez más como un medio para medir los niveles de atención en recién nacidos con riesgo potencial de infección por VIH(20). Considerada junto con el diagnóstico infantil temprano, se esperaría que la opción B + contribuya aún más a disminuir la incidencia de HIV como se observa entre 2010 y 2015.(20)

**Figura 2**

Momento de inicio de la terapia antirretroviral



Con un énfasis renovado en el tratamiento como prevención y, por lo tanto, en la cobertura de terapia antirretroviral y los programas de

prevención de la transmisión de madre a hijo, se esperaría que las muertes relacionadas con la enfermedad de Alzheimer, la transmisión de madre a hijo y el total de nuevas infecciones por VIH continuaran disminuyendo.(21) Si bien las muertes relacionadas con la enfermedad de Alzheimer y el total de nuevas infecciones han disminuido en un 34% y un 18%, respectivamente, desde 2010, las nuevas infecciones en todo el mundo en 2016 y 2017 se han mantenido constantes en 1,8 millones de casos, de los cuales 180,000 son niños. A la tasa actual de reducción de la nueva infección por VIH, el objetivo de 2020 de menos de 500,000 nuevos casos por año sigue fuera del alcance. Esto sugiere la necesidad de un nuevo enfoque (21)

Los estudios han encontrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral inferior al 95% puede asociarse con el desarrollo de resistencia viral a los medicamentos, mientras que la adherencia superior al 95% se asocia con una infección ni muertes oportunistas. Las razones de la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral incluyen los efectos secundarios, estar lejos del hogar, la falta de alimentos y medicamentos, la no divulgación del estado del VIH a la pareja, el estigma y la demanda relacionada con el trabajo. Curiosamente, los estudios longitudinales en Argentina, Brasil, Perú y en Suiza encontraron que la adherencia auto informada entre mujeres embarazadas infectadas con VIH disminuyó significativamente después del parto.(16)

**Figura 3**

Protocolo de actuación en diagnóstico VIH intraparto o sin tratamiento durante la gestación.

<b>Si Diagnóstico INTRAPARTO:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ZIDOVUDINA Pauta ACTG 076 EV, mínimo 4 h antes cesárea</li> <li style="text-align: center;">+</li> <li>• NEVIRAPINA 200mg DU VO, mínimo 2h antes de la cesárea</li> <li style="text-align: center;">+</li> <li>• LAMIVUDINA 150mg/12horas VO una vez iniciada NVP</li> </ul>
<b>TRATAMIENTO INTRAPARTO</b>	
<b>CESÁREA</b>	
<b>TRATAMIENTO POSPARTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ZIDOVUDINA + (COMBIVIR®) 300/150mg 1comp/12horas 7 días, para evitar resistencias a NVP</li> <li>• LAMIVUDINA</li> <li>• Interconsulta infecciones (Dra. Loncà, ext 5574, 3415) antes del alta para valorar la indicación de continuar con tratamiento ARV combinado e iniciar el seguimiento de la infección</li> </ul>

En la actualidad hay programas que ayudan a las parejas serodiscordantes del VIH a poder concebir al mismo tiempo que reducen el riesgo de transmisión sexual. (1) Parte de estos programas incluye el programa antirretroviral para la parte infectada con el VIH, y el uso de profilaxis previa exposición por parte de la pareja no infectada con el VIH, restringiendo las relaciones sexuales sin condón a la máxima fertilidad, inseminación para parejas con mujeres infectadas con VIH, circuncisión masculina para hombres no infectados con el VIH y reproducción asistida medicamente. (10) Cuando se usan individualmente o en combinación, estas intervenciones reducen el riesgo de transmisión del VIH y permiten el embarazo. Los programas de demostración de concepción más segura a pequeña escala, incluidos los de África, han observado recientemente un gran éxito con concepciones saludables y

embarazos sin transmisión sexual del VIH y muchos están pidiendo que los programas de concepción más segura sean llevados a escala (21)

### **Prevención del VIH**

Son más de 20 millones de personas infectadas por el VIH que iniciaron la terapia antirretroviral en países de ingresos bajos para fines del 2016, siendo una prioridad mundial el brindarles servicios de atención y tratamiento eficaces contra el VIH (1)

La cuantificación de la carga viral proporciona una idea de si el tratamiento antirretroviral tiene efectividad; una carga viral elevada de manera constante sugiere una falla en la efectividad del tratamiento o una deficiente adherencia al tratamiento. Además, el monitoreo de la carga viral es una directriz de la Organización Mundial de la Salud con un énfasis en la ampliación del acceso a las pruebas de carga viral para los programas de terapia antirretroviral (15)

Las mujeres embarazadas y post parto son una población muy importante dentro de los programas de terapia antirretroviral, ya que en muchos países la mayoría de las personas adultas infectadas por el VIH identificado son mujeres, y dentro de estas a varias de las mujeres en edad reproductiva se les diagnóstica con VIH durante el embarazo mediante la prevención de transmisión materno-infantil del VIH en los controles pre-natales (22)

Gracias a la política "Opción B+" 2013 de la Organización Mundial de la Salud, existe una universalidad para la terapia antirretroviral para todas las mujeres embarazadas y post parto infectadas con VIH. Los servicios de prevención de transmisión materno-infantil del VIH realizan un diagnóstico precoz del lactante alrededor de  $6 \pm 10$  semanas post parto hasta el cese de la lactancia materna y la documentación del estado final de la prueba del VIH del lactante, que puede extenderse mucho más allá de 1 año después del parto, según las recomendaciones recientemente actualizadas sobre alimentación infantil. Debido a que el riesgo de transmisión del VIH es continuo mientras dure la lactancia, el mantenimiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral y la supresión de la carga viral son muy importantes durante este periodo.(23) A pesar de la gran importancia que tiene el control rutinario de la carga viral para las personas infectadas por el VIH que siguen un tratamiento antirretroviral es conocida y reconocida mundialmente, es muy poca la atención prestada al control de la carga viral en mujeres embarazadas y durante el periodo post parto (2) En los últimos años, se ha enfatizado el acceso y adhesión de las mujeres a la prevención de transmisión materno-infantil de VIH a los medicamentos antirretrovirales como un elemento de importancia.(10).

Con el desarrollo científico y sofisticación programática, se quiere convertir la supresión viral en un objetivo de política global, especialmente en los programas de prevención de transmisión



materno-infantil de VIH. Recoger los beneficios a largo plazo del uso de TAR en mujeres embarazadas y en período de lactancia requiere una supresión viral sostenida, y el monitoreo de la LV en mujeres embarazadas y en período de lactancia tiene un papel fundamental que desempeñar para garantizar un uso efectivo de la TAR para reducir el riesgo de transmisión del VIH y lograr un óptimo nivel materno infantil y resultados de salud familiar. (16)

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1. Objetivos**

##### **2.1.1 Objetivo General**

- Presentar un caso clínico de una gestante con diagnóstico de infección por VIH, para valorar manejo del caso y factores de riesgo para infección del recién nacido en un hospital de II nivel en Satipo, 2018.

##### **2.1.2. Objetivos Específicos**

- 1) Analizar el manejo en la gestante infectada por VIH.
- 2) Identificar los factores de riesgo de infección para el neonato en el caso.

#### **2.2. Caso Clínico**

“Atención de una gestante con diagnóstico de VIH en un Hospital de II  
Nivel, Satipo 2018”

## **Historia Clínica**

### **2.2.1. Identificación**

Apellidos y nombres: N.N.

Edad: 21 años

Religión: Evangelista

Fecha de nacimiento: 15-03-1997

Lugar de procedencia: Palpazu

Distrito actual: Satipo

Departamento: Junín

Ocupación: su casa

Estado Civil : Conviviente

Grado de instrucción: Secundaria

Establecimiento de referencia: Hospital La Merced,

Establecimiento Origen: Higa Arakaki – Satipo.

### **2.2.2. Hoja Perinatal**

#### **1) Antecedentes Obstétricos**

Gesta: 2

Paridad: multigesta de parto vaginal.

R.N. Vivo 2 020 gramos.

Lactancia materna: < 1 mes

Lugar de parto: Hospital.

#### **2) Antecedentes Familiares y Personales**

Niega patologías anteriores.

Niega familiares con patologías.

### 3) Datos Generales

Peso: Adecuado

Talla: 1.42 cm

Antitetánica: 2 dosis.

Tipo de sangre: Grupo "O" Rh +

No -fuma

No - drogas

FUR: 17- 03- 2018

Ecografía: 20 semanas; manifestando normalidad

FPP: 27-12- 2018

Niega violencia de género

#### **EMBARAZO ACTUAL 11-09-2018**

Gestante de 20 Sem x FUR, con antecedentes de HIV año 2016

reactivo, 2018 No reactivo, Julio 2018 inicia tratamiento

Antirretroviral de personas con Infección por VIH

P: 48, T: 1: 42, FPP: 27-12-2018

Indicación: Continuar tratamiento

#### **ATENCIÓN PRENATAL      FECHA: 08-08-2018**

Hora: 11:00 hrs

ANAMNESIS:

Paciente acude al servicio para CPN, refiere no tener síntomas. Al

examen de la palpación y auscultación se describe en la tabla

adjunta.

**Tabla 1**

## Primera atención prenatal

<b>EMBARAZO ACTUAL</b>					
ATENCIÓN PRENATAL	N° 01	FECHA: <b>08-08-2018</b>	HORA: 14:30 am		
FUR: 17/03/ 2018	FPP: 27/12/2018		Talla:	No registra	
PESO:	49.80 Kg	E.G: 20 sem	P/A: 90/60	P: 78 X!	T° : 37 °C
ANAMNESIS	Gestante acude al servicio de materno para su CPN, refiere no tener malestar				
<b>EXÄMEN FÍSICO</b>					
SNC:	LOTEP	PIEL Y MUCOSAS:	CABEZA Y CUELLO		
		I/N/E	:N		
AP. RESPIRATORIO:	N		AP .CARDIO VASCULAR: rítmicos		
MAMAS:	Turgentes				
ABDOMEN:	grávido	AU:20 cm	LCF:150 X!	MF: ++	SPP: -
GU:	PRU: -	PPL: -			
<b>GENITALES:</b>					
MIEMBROS INFERIORES:	EDEMA: -	VERICES: -	OTROS:		
DIAGNÓSTICO:	1.- Gest. 20 Sem, 2.- Anemia leve. 3 - GVVS				
CONSEJERIA:	- nutrición				
RP:	S/ alarma				
PLAN	I/C PP FF I/C ITS				
PRÓXIMA CITA: 10-09-2018					

Fuente: Historia clínica

**EXAMEN DE VIH**

09 – Ago - 2018

Procedencia: ITS

Sexo: Femenino

Edad: 21 años

Resultado:

H. Bs Ag: No reactivo

Examen Serológico RPR.

Resultado: No reactivo

Inmuno: 09-08-18

Bioquímica: 09-08-18

HEMATOLOGÍA

09 – Ago - 2018

Hora: 12:00 PM

Edad: 21 años

Hematocrito: 35 %

Hemoglobina: 11.5 g/dl

Hemograma:

- N° Leucocito: 9.200 x mm<sup>3</sup>
- Segmentados: 67%
- Eosinófilos: 11%
- Monocitos: 01%
- Linfocitos: 21%

Recuento de plaquetas: 300,000 x mm<sup>3</sup>

Examen de heces

10 – Ago - 2018

Muestra: II

Edad: 21 años

Examen parasitológico

Color: Verde

Consistencia: Semipastosa

Se halló los siguientes parásitos: (examen directo)

a) Quistes de: Gardia Lamblia

## HEMATOLOGÍA

10 – Ago - 2018

Edad: 21 años

Grupo Sanguíneo: “O+

Factor Rh: Positivo

11 – Sep – 2018 ATENCIÓN PRENATAL

Hora: 11:00 hrs

## ANAMNESIS:

Paciente acude al servicio para CPN, refiere no tener síntomas. Al examen de la palpación y auscultación se describe en la tabla adjunta.

### Tabla 2

#### Segunda atención prenatal

ATENCIÓN PRENATAL	Nº 02	FECHA: 11-09-2018	HORA: 11:00 am
PESO:	49.80 Kg	E.G: 25 sem	P/A: 90/60 P: 76 X! T° : 35 °C
ANAMNESIS	Gestante acude a consulta por CPN, refiere no tener molestias		
EXÁMEN FÍSICO			
SNC:	LOTEP	PIEL Y MUCOSAS : I/N/E	CABEZA Y CUELLO :N
AP. RESPIRATORIO : N		AP .CARDIO VASCULAR: N	
MAMAS: B/simétricas			
ABDOMEN: Ocupado	AU:21 cm	LCF:143 X!	MF: ++ SPP: T
GU:	PRU:	PPL:	

GENITALES:		
MIEMBROS INFERIORES: EDEMA: si	VERICES: No	OTROS:
DIAGNÓSTICO: 1.- Gest. 25 Sem, 2.- Consejería nutricional.		
CONSEJERIA: - nutrición, signos de alarma		
RP:	Sulfato ferroso +AF # 30 Tb.	
PLAN	Seguimiento de pact. Parto vaginal	
PRÓXIMA CITA: 11-10-2018		

Fuente: Historia clínica

### CONSULTA MÉDICA EXTERNA

12 – Sep - 2018

Peso: 49 Kg, Talla: 142 cm

#### ENFERMEDAD ACTUAL:

- FUR: 17/03/18

1. Antecedentes Personales y familiares: Ninguno
2. Revisión Anamnésica de sistemas: Paciente refiere secreción amarillenta con ligero mal olor, niega otro malestar.
3. Examen Clínico: Molestias a nivel faríngeo.

Diagnóstico: Gestación 28 4/7 ss. , no trabajo de parto, vulvovaginitis, faringoamigdalitis.

Plan: Seguir con tratamiento y se solicita ecografía

4. Exámenes solicitados:

11 – Oct- 2018 ATENCIÓN PRENATAL

#### ANAMNESIS:



Paciente acude al servicio para CPN, refiere no tener síntomas. Al examen de la palpación y auscultación se describe en la tabla adjunta.

**Tabla 3**

Tercera atención prenatal

ATENCIÓN PRENATAL	Nº 03	FECHA: 11-10-2018	HORA: 11:05 am
PESO:	51.80 Kg	E.G: 29 sem	P/A: 80/50 P: 76 X! T° : 36.8 °C
ANAMNESIS	Gestante acude a consulta por CPN, niega malestar		
EXÁMEN FÍSICO			
SNC:	LOTEP	PIEL Y MUCOSAS: I/N/E	CABEZA Y CUELLO: N
AP. RESPIRATORIO: N		AP. CARDIO VASCULAR: N	
MAMAS: Bandas no secretantes			
ABDOMEN: útero grávido	AU:24 cm	LCF:142 X!	MF: ++ SPP: LCO
GU: (-)	PRU: (-)	PPL: (-)	
GENITALES:	-		
MIEMBROS INFERIORES: EDEMA: S/E		VERICES: S/V	OTROS:
DIAGNÓSTICO:	1.- Multigesta de 29 Sem, 2.- Gest. de peso bajo. 3.-Proteinuria negativo 4,- ARO PVUS		
CONSEJERIA:	- nutrición, señales de peligro		
RP:	Sulfato ferroso 400 # 30 tb Calcio 500 Tb 30.		
PLAN	SIS I/C Ginecología, ITS, Psicología SIS E.C de orina		
PRÓXIMA CITA:	13-11-2018		

Fuente: Historia clínica

## RESULTADOS - HEMATOLOGÍA

12 – Oct – 2018

Hematocrito: 36.8 %

Hemoglobina: 11.6 gr/dl

Hemograma:

- N° Leucocito: 11.900 x mm<sup>3</sup>
- Abastoados 01%
- Segmentados: 80%
- Eosinófilos: 03%
- Linfocitos: 16%

Recuento de Plaquetas:

- Resultado: 323,000 x mm<sup>3</sup>
- VN 150, 000-450, 000x mm<sup>3</sup>

## ORDEN Y RESULTADO DE LABORATORIO

17 – Oct – 2018

MUESTRA: Flujo vaginal

A) EXAMEN DIRECTO (NaCl 0.9)

Células Epiteliales: Escasas

Leucocitos: 0 – 1 xc

Bacterias: (+)

B) CURACIÓN GRAMA

Células Guías: Ausentes

Otras Bacterias: BGN (+)

## CONSULTA MÉDICA EXTERNA

17 – Oct – 2018

1. ENFERMEDAD ACTUAL: Gestación de 30 ss.
2. ANTECEDENTES personales y familiares: Paciente viviendo con VIH.
3. REVISIÓN ANAMNÉSICA DE SISTEMAS: Gestante acude a consultorio de ITS para toma de secreción vaginal, refiere presentar flujo blanco en poca cantidad.
4. EXAMEN CLÍNICO: Genitales externos normales

#### HISTORIA CLÍNICA ONCOLÓGICA MUJER

18 – Oct - 2018

Grado de instrucción: 2do Secundaria

Nacido en Cerro Pasco

Ocupación: Ama de casa

#### ANTECEDENTES PERSONALES

Menarquia: 13 años, 1º R.S: 15, ANDRIA: 4, FUR: 17 – 3 – 18,

FUP: 2013

G: 2, P: 1011, Dio de lactar: Si , Uso de método anticonceptivo: No

Está embarazada: Si, EG: 29ss

#### ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER:

Rama materna: Desconoce

Rama materna: Desconoce

Hermanos: Desconoce

Hijos: Desconoce

#### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

TBC: No , HVB (B) (C): No , Helicobacter Pylori: No, ITS: Si

ANTECEDENTES TRATAMIENTOS:

ONCOLÓGICO: No

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO  
UTERINO

Anamnesis: Gestante acude al consultorio en aparente regular estado  
general y orientada en tiempo, espacio y persona

Rp: 1° Consejería preventiva

Cita: 19 noviembre

**14 – Nov – 2018      ATENCIÓN PRENATAL**

Hora: 10:37

ANAMNESIS: Refiere flujo vaginal blanquecino, movimientos fetales presentes, Al examen de la palpación y auscultación se describe en la tabla adjunta.

**Tabla 4**

Cuarta atención prenatal

ATENCIÓN PRENATAL	N° 04	FECHA: 14-11-2018	HORA: 09:00 am
PESO:	53.10 Kg	E.G: 34 sem	P/A: 90/50    P: 76    T° : 36.5 °C X!
ANAMNESIS	Gestante acude a consulta por CPN, refiere dolor abdominal		
EXÁMEN FÍSICO			
SNC:	LOTEP	PIEL Y MUCOSAS: I/N/E	CABEZA Y CUELLO: N
AP. RESPIRATORIO:	N		AP. CARDIOVASCULAR: rítmicos
MAMAS:	Bandas no secretantes		
ABDOMEN:	útero grávido	AU:28 cm	LCF:140    MF: ++    SPP: LCO X!
GU: (-)	PRU: (-)	PPL: (-)	
GENITALES:	-		
MIEMBROS INFERIORES:	EDEMA: S/E	VERICES: S/V	OTROS:
DIAGNÓSTICO:	1.- Gesta 2 de 34 Sem X FUR . 2.- GUVS		
CONSEJERIA:	- Nutrición, ITS		
RP:	S/ alarma		
PLAN	SIS I/C Ginecología I/C ITS		
PRÓXIMA CITA:	29-11-2018		

Fuente: Historia clínica

**23 – Nov – 2018      Hora 20: 20 min**

Pact. acude sola a emergencia por presentar dolor tipo contracción hace 7 horas no perdida de líquido.

Refiere dolor tipo contracciones, percibe febril 38.°C

FUR: 17-03-2018 FPP: 27-12-2018- G: 2 P 1011

REG - AU: 28 cm

**23 – Nov – 2018**

Se recomienda Hospitalización, en la cual la paciente se niega

Tratamiento:

Diclofenaco sódico 75%

**Diagnostico**

1.-G3 35sem X FUR G2 P 10011

2.-Síndrome febril

3.-ITU

**23 – Nov – 2018 Alta**

23 hrs 25 min.

Pact. refiere no tener con quien dejar a su niña solicita alta voluntaria

se le coloca Diclofenaco sódico 75% I. M

EXAMENES DE LABORATORIO

**AGLUTINACIONES**

- TÍFICO O: Reactivo ¼ dil
- TÍFICO H: Reactivo 1/16 dil
- PARATÍFICO A: No Reactivo
- PARATÍFICO B: Reactivo ½ dil
- BRUCELOSIS: No reactivo

Alta

**29 – Nov – 2018 ATENCIÓN PRENATAL**

Hora: 12:00 am

ANAMNESIS: Refiere flujo vaginal blanquecino, movimientos fetales presentes, Al examen de la palpación y auscultación se describe en la tabla adjunta.

**Tabla 5**

Quinta atención prenatal

ATENCIÓN PRENATAL	Nº 05	FECHA: 29-11-2018	HORA: 12:00 am		
PESO:	54.500 Kg	E.G: 37 sem	P/A: 90/50	P: 78	T° : 36.5 °C
X!					
ANAMNESIS	Gestante acude a consulta por CPN, refiere no tener molestias				
EXÁMEN FÍSICO					
SNC:	LOTEP	PIEL Y MUCOSAS:	CABEZA Y CUELLO:		
		I/N/E	N		
AP. RESPIRATORIO: N			AP. CARDIOVASCULAR: N		
MAMAS: B/ simétricos					
ABDOMEN: ocupado	AU:28 cm	LCF:140	MF: ++	SPP: LCO	
X!					
GU: (-)	PRU: (-)	PPL: (-)			
GENITALES:	No sangrado				
MIEMBROS INFERIORES: EDEMA: S/E	VERICES: S/V	OTROS:			
DIAGNÓSTICO:	1.- Gesta 2 de 37 Sem X FUR .				
	2.- peso bajo				
	3.-Tamizaje: Sífilis (-) VIH : Reactivo				
	4.-Tamizaje de proteinúria				
CONSEJERIA:	- Signo de afasia				
RP:	S/S Ecografía				
	S/S EX. de orina				
	I/C Ginecología X programación de cesárea				

---

I/C PPF

---

PLAN I/C Ginecología X programación de cesárea  
I/C PPF/ Post Cesárea

---

PRÓXIMA CITA: 07-12-2018

---

Fuente: historia clínica

**EXAMEN DE VIH**

06 – Dic - 2018

Resultado: Reactivo

HBSA: No Reactivo

**EXAMEN SEROLÓGICO R.P.R.**

Resultado: No Reactivo

**HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA**

07 – Dic – 2018

Hora de ingreso: 04:20

Anamnesis: Paciente ingresa caminando por emergencia refiriendo tener dolor tipo contracción desde hace aproximadamente + ó - 2 horas, niega pérdida de líquido amniótico, sagrado vaginal, paciente niega signos premonitorios

Funciones biológicas: Normales

Antecedentes Gineco- obstétricos

Menarquia: 12 años R/C : 3 / 30 IRS: 15 años MAC:

Ampolla trimestral PAP: NO VAT: 2 G:3 P 1 00 11 FUR: 17-

03-2018 FPP: 21-12-2018



PATOLOGIA: PVVS

Familiares: Niega Alergias : Niega Factores de Riesgo: PVVS

Examen Físico

PA: 100 / 60 F.C : 65 T° : 36.6 °C FR: 20 X! Peso: 54.1 kg .

Talla 1.42

Estado General: AREG -AREN

Sensorio Pupilas: LOTEPE, Sensorio pupilas: LOTEPE Cabeza y

Cuello: Normocefalo Tórax y Mamas : AP Normal Pulmones: MV

pasa bien X ACP

Cardiovascular: RC Rítmicos no soplos

ABDOMEN : grávido

AU: 31 cm , FCF 140 X! , MF : ++ D: U : 3 / 10 ++ 30 !! , Leopold:

LCI

TV: D: 8 cm , I 90 % AP : -1 Variedad de Presentacion : OIIA

Membranas integras: Si

### **IMPRESIÓN DX.**

Gestación de 37 SS x UR / Tipo Dx: D / Código CIE 10:235.9

Trabajo de parto fase activa / Tipo Dx: D / Código CIE 10: 062

Paciente viviendo con VIH / Tipo Dx: D / Código CIE 10: B24

Plan: Hospitalización

Servicio de: centro obstétrico

RP. Tratamiento antirretroviral.

Solicitud de Laboratorio:

Hto, Hmgr, Eco, RPRs, HIV, Antig , Austr, Recuento de Plaquetas .

### **Indicaciones de Emergencia:**

Dieta blanda + Líquidos a voluntad

CINA 9% 1000 cc EV 1 Frasco

Control de funciones vitales

Comunicar eventualidad a médico de guardia

Paciente firma consentimiento informado para hospitalización

### **RESUMEN DEL PARTO**

Fecha de ingreso : 07-12-2018 Hora : 04:20 Controlada: Si

Fórmula obstétrica: G: 3 P 1001 URN: 5 a EG: 37 sem.

Primer período: Inicio: espontáneo Normal

Segundo período: 07-12-2018 Hora: 04:42

Tercer período: Normal Placenta: Schulze , pérdida sanguínea: + o  
– 100 cc

Cuarto período: puérpera Inmediata Diagnostico: Normal

Recién Nacido: Fecha: 07-12-2018 , Hora: 04:42 , Sexo: Femenino,

Peso: 2,520 Kg

Talla: 49 cm Apgar: 1 min: 9 - 5 min: 9 E. Gest. por Capurro: 38

### **EVOLUCIÓN MÉDICA**

07-12-2018

13:00 hr Paciente puérpera inmediata de parto vaginal

Dx: Infección por VIH con tratamiento desde agosto 2018

Neonato recibe fórmula, niega otros síntomas

### **Al examen**

Abdomen: Blando útero contraído a 2 cm

Loquios escasos, sin mal olor

Mamas blandas y vendadas

1. Diagnostica: puérpera inmediata de parto Vaginal

2. Infección X VIH en tratamiento.

**07/12/2018**

Paciente refiere no tener molestias, niega sangrado vaginal

Útero contraído. loquios normales sin molestias

Dx: Puérpera inmediata de P.V - PVVS

Plan: Alta

#### **2.2.8. Epicrisis:**

Gestante ingresa por emergencia en fase activa de parto con diagnóstico de infección por VIH,

Dx del alta, puérpera parto eutócico con VIH

Condición de alta favorable.

I / C. Orientación y Consejería en ITS

Tratamiento farmacológico: Tratamiento antirretroviral

puérpera y R.N se encuentran estables.

#### **2.3. Discusión**

Para el presente caso clínico:

Se realizó parto vaginal por que la gestante llego en fase activa de trabajo de parto siendo una de las complicaciones. Cabe indicar que la transmisión intraparto la cual simboliza entre 40 y 80% de los casos y es originada por el contacto fetal con la sangre y el líquido amniótico(5). Por lo tanto, se debe de priorizar la vía de nacimiento más conveniente de acuerdo con el caso, para que se asegure el mínimo riesgo de transmisión vertical del VIH y disminuir morbilidad materna y fetal. La disposición debe implicar a la mamá y al personal de salud, asumiendo la carga viral a las 34-36 sem, la eficacia de la cesárea electiva en la prevención de la TV, el uso de la terapia combinada en etapa del embarazo y las pretensiones de la embarazada . Se tendrán de acuerdo a las situaciones cervicales y la integridad de las membranas amnióticas(6)

Cabe indicar que el profesional de salud encargado en la atención de la gestante, no realizo un seguimiento, desde su ultimo control prenatal. La norma técnica indica que se debe realizar visitas domiciliarias todo el embarazo la cual no se cumplió.(7)

Unos de los factores de riesgo fue el parto vaginal que la gestante llego en fase activa de trabajo de parto, no fueron las condiciones para que se cumpla con la norma técnica. El factor aislado que mejor predice la TV es la carga viral materna. Por ello, las principales intervenciones irán dirigidas a la disminución de la C.V y a la planificación del modo del parto.(6)

Por lo tanto en el parto vaginal se debe evitar las complicaciones y factores de riesgo cumpliéndolos siguientes criterios como: el Tratamiento antirretroviral combinado (triple terapia) durante el embarazo , Viremia

indetectable (entre las 34-36 sem), Punto de corte de CV indetectable puede variar según la técnica de detección, siendo habitualmente  $< 50\text{cop/ml.}$ , control gestacional y adecuado cumplimiento terapéutico, Edad gestacional  $\geq 34$  semanas. En los de partos 34-36s asegurar tener resultado de CV indetectable del 3er trimestre.(6) cumpliendo con la norma técnica estaremos fortaleciendo la atención de la gestante.

#### **2.4. Conclusiones**

La gestante no conto cumplió con la recomendación del Gineco obstétrica en acudir a la programación de la cesaría electiva, llegando en fase activa del trabajo de parto, no recomendado por la guía clínica del MINSA, razón por la cual el parto fue por vía vaginal.

El profesional de salud encargado en la atención de la gestante, no realizo un seguimiento, desde su último control prenatal debiendo realizar la visita domiciliaria como india la norma técnica.

Entre los factores de riesgo fue el abandono del tratamiento antirretroviral, y la atención del parto vía vaginales identificados en el presente caso.

#### **2.5. Recomendaciones**

Al equipo Multidisciplinario

Explicar a la gestante y su pareja sobre las complicaciones que se presentan durante el parto, para que tomen conciencia y asuman con responsabilidad

que el cuidado de la gestación y el éxito del parto depende de la pareja y el personal de salud.

Concientización al personal de salud para actuar con responsabilidad frente a las gestantes con VIH y realizar el seguimiento a través de las visitas domiciliarias como indica la norma técnica.

Monitoreo del tratamiento en paciente con VIH basándose en la norma técnica para evitar complicaciones en la madre y el recién nacido

Tener presente el manejo de la norma técnica, señalada por el Ministerio de Salud - Perú, en la cual muestran los criterios de complicaciones, manejos uniformizados de las pacientes con VIH.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organization WH. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach [Internet]. 2.a ed. World Health Organization; 2016 [citado 27 de julio de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/qp8zi>
2. ONUSIDA. Tratamiento del VIH [Internet]. 2021 [citado 27 de julio de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/q5c8q>
3. Ramlagan S, Rodriguez VJ, Peltzer K, Ruiter RAC, Jones DL, Sifunda S. Self-Reported Long-Term Antiretroviral Adherence: A Longitudinal Study Among HIV Infected Pregnant Women in Mpumalanga, South Africa. *AIDS Behav.* 2019;23(9):2576-87.
4. Kimemia G, Ngure K, Baeten JM, Celum C, Dew K, Njuguna N, et al. Perceptions of pregnancy occurring among HIV-serodiscordant couples in Kenya. *Reprod Health.* 18 de junio de 2019;16(1):85.
5. Adesina OA, Fasola F, Adekanbi O, Ogunbosi B, Akinyemi J, Kuti MA, et al. Burden of cytopaenias among HIV positive pregnant women at the University College Hospital, Ibadan. *Ann Ib Postgrad Med.* diciembre de 2018;16(2):99-108.
6. Kempton J, Hill A, Levi JA, Heath K, Pozniak A. Most new HIV infections, vertical transmissions and AIDS-related deaths occur in lower-prevalence countries. *J Virus Erad.* 27 de julio de 2021;5(2):92-101.
7. Huamán B, Gushiken A, Benites C, Quiroz F, García-Fernández L. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en gestantes y madres awajún y wampis de la región Amazonas en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* diciembre de 2017;34(4):627-32.
8. Álvarez-Carrasco R, Espinola-Sánchez M, Ángulo-Méndez F, Cortez-Carbonell L, Limay-Ríos A, Álvarez-Carrasco R, et al. Perfil de incidencia de VIH en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Ginecol Obstet México.* 2018;86(2):108-16.
9. Alvis, De Coll, Chumbimune, Díaz, Díaz, Reyes. Factors associated with non-adherence to highly active antiretroviral treatment in HIV/AIDS patients. *An Fac Med.* diciembre de 2009;70(4):266-72.
10. Marecos M, Aparicio C. Trasmisión Vertical del VIH en gestantes del Hospital San Pablo. *Rev Nac Itauguá.* 2011;3(1):06-19.

11. Chandra S, Tripathi AK, Mishra S, Amzarul M, Vaish AK. Physiological changes in hematological parameters during pregnancy. *Indian J Hematol Blood Transfus Off J Indian Soc Hematol Blood Transfus*. septiembre de 2012;28(3):144-6.
12. Pitkin RM, Witte DL. Platelet and leukocyte counts in pregnancy. *JAMA*. 14 de diciembre de 1979;242(24):2696-8.
13. Imam T, Yahaya A. Packed Cell Volume of Pregnant Women attending Dawakin Kudu General Hospital, Kano State, Nigeria. *Int J Pure Appl Sci*. 2008;2(2):46-50.
14. L S, Antonio J. VIH/SIDA materno-infantil, es posible erradicar la infección neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2002;67(1):69-74.
15. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA [Internet]. 2020 [citado 27 de julio de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/9hwsq>
16. Bain LE, Nkoke C, Noubiap JJN. UNAIDS 90–90–90 targets to end the AIDS epidemic by 2020 are not realistic: comment on “Can the UNAIDS 90–90–90 target be achieved? A systematic analysis of national HIV treatment cascades”. *BMJ Glob Health*. 7 de marzo de 2017;2(2):e000227.
17. Levine AM, Berhane K, Masri-Lavine L, Sanchez M, Young M, Augenbraun M, et al. Prevalence and correlates of anemia in a large cohort of HIV-infected women: Women’s Interagency HIV Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 1 de enero de 2001;26(1):28-35.
18. León-Leal JA, González-Faraco JC, Pacheco Y, Leal M. La infección por VIH en la infancia y la adolescencia: avances biomédicos y resistencias sociales. *Pediatr Integral*. 18(3):161-74.
19. El Salvador. UNAIDS Data 2018 [Internet]. 370 p. Disponible en: <https://n9.cl/hp6nl>
20. Global HIV and AIDS statistics [Internet]. Avert. 2020 [citado 27 de julio de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/yptdm>
21. UNAIDS. Miles to go—closing gaps, breaking barriers, righting injustices [Internet]. 2021 [citado 27 de julio de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/nay11>
22. Children & AIDS: 2015 statistical update [Internet]. UNICEF DATA. 2015 [citado 27 de julio de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/dg5fw>
23. Universitat de Barcelona. Infección por VIH y gestación [Internet]. Universitat de Barcelona; 2014 [citado 27 de julio de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/go9bk>



24. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Prevención de La Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis Y Hepatitis B Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis Y Hepatitis B [Internet]. 2019. Disponible en: <https://n9.cl/c81a5>