

CASO CLÍNICO N° 3

Paciente de 24 años con Dx de B24 en el 2021 en contexto de un Aborto espontáneo. La pareja también resulta reactiva, ambos inician tratamiento con buena adherencia y tolerancia. Indetectables en el primer control posterior al inicio del TARV.

La paciente se realizaba controles en el privado por tener obra social, inicia la gestación con CV indetectable.

TARV: DTG/3TC, se rota a DTG/3TC/TDF cuando se diagnostica el embarazo.

Realiza controles y tiempo y forma, tiene 3 CV indetectables, la última en la semana 35.

CD4: 1109 (30%).

Cesárea electiva programada a la semana 40.

A la semana 37: inicia con trabajo de parto.



CASO CLÍNICO N° 3

Que conducta toma con la paciente?

Es necesario realizar alguna intervención farmacológica dirigida a prevenir la transmisión vertical de HIV en este caso?

Podría haberse realizado un parto vaginal si la paciente hubiera optado por el mismo?

Es necesario inhibir la lactancia en este caso?



EVOLUCIÓN DEL CASO CLX N°3

Ingres a Sala Parto. Membranas intactas.

Se realizó goteo de AZT en sala de parto a pesar de tener CV indetectable a la semana 35.

Cesárea + LT.

Inhibición de la lactancia.

TARV del RN: AZT



CONCLUSIÓN



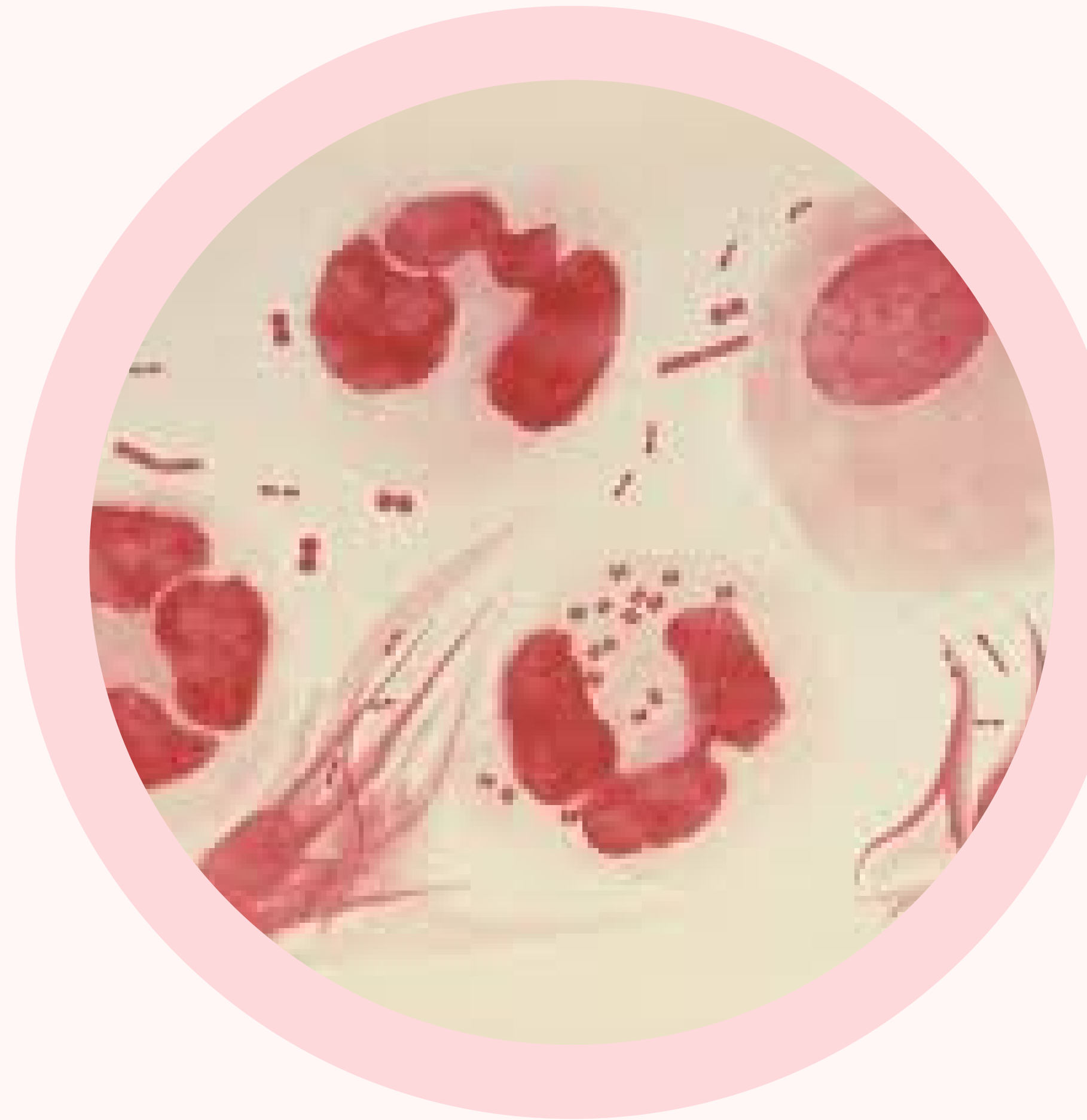
- *Solicitar una prueba de HIV en cada trimestre del embarazo y si la misma tuviera más de 30 días al momento del parto, se sugiere repetir.*
- *Si el VIH se diagnostica durante el embarazo, la mujer debe iniciar el TARV de inmediato.*
- *Solicitar screening de HIV a la/s pareja/s sexuales.*
- *Recomendar el uso del preservativo durante todo el embarazo y la lactancia.*
- *Asegurar y reforzar al adherencia al tratamiento (TARV) en cada consulta y al momento del parto.*
- *Preservar la confidencialidad del diagnóstico de la paciente durante todo el proceso de atención.*
- *Trabajar en forma interdisciplinaria con todos los efectores involucrados para asegurar el cumplimiento del tratamiento, seguimiento , logrando así evitar la transmisión perinatal del VIH.*



GONORREA EN EL EMBARAZO

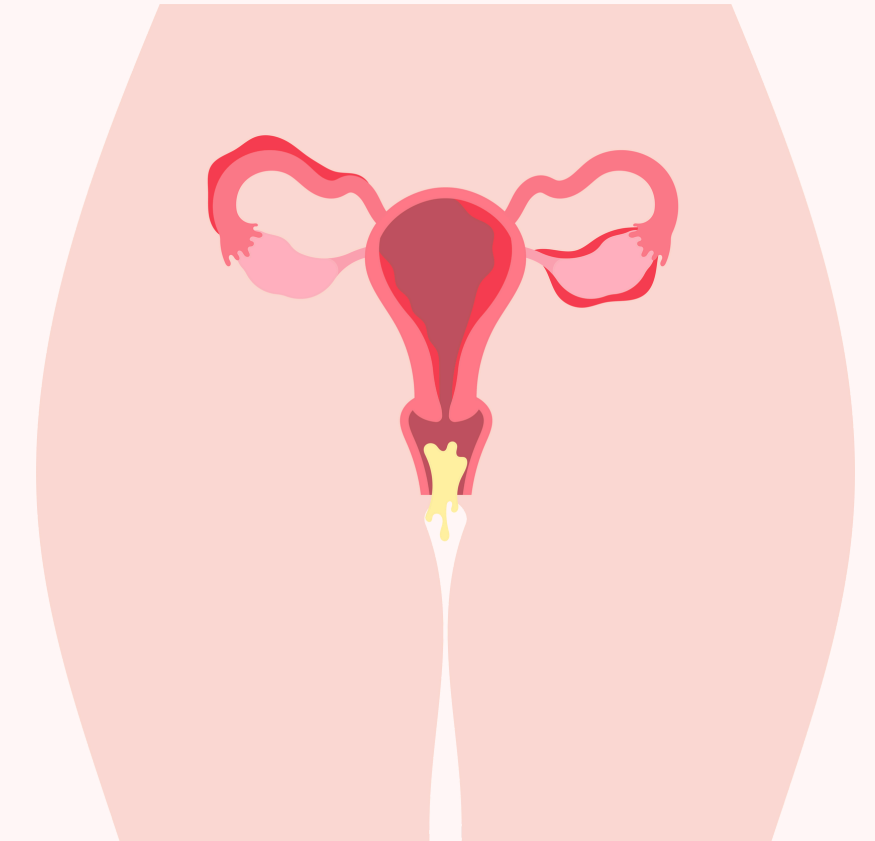
GONORREA

- *Es una infección bacteriana causada por la *Neisseria gonorrhoeae* y es un reto importante para la salud pública.*
- *Se transmite con mayor frecuencia durante el contacto sexual, pero también se puede transmitir de la embarazada al RN durante el parto.*
- *Con frecuencia las mujeres son asintomáticas.*
- *Puede dar infección local o causar enfermedad diseminada.*



CLÍNICA

- Se asocia con parto prematuro, RPM, bajo peso al nacer y endometritis postparto.
- Los recién nacidos pueden contraer la infección durante el parto y ocasionalmente mediante la transmisión de la infección antes del parto, cuando hay RPM.
- Los signos y síntomas de la infección de gonorrea en las mujeres incluyen:
 - Aumento del flujo vaginal
 - Disuria
 - Dispareunia
 - Sangrado vaginal, también postcoital
 - Dolor abdominal o pélvico
- Otras manifestaciones incluyen: EPI, proctitis, faringitis con adenopatías, artritis séptica, meningitis, endocarditis.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN EL RN



- *Infecciones oculares*
- *Neumonía*
- *Artritis*
- *Sepsis*



DIAGNÓSTICO

MUESTRAS

- *Hemocultivo (si presenta compromiso sistémico)*
- *Exudado endocervical*
- *Líquidos biológicos (ej: líquido articular)*

TÉCNICAS

- *Cultivo*
- *PCR*

TRATAMIENTO

- Según la Red Latinoamericana de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (ReLAVRA), la resistencia al ciprofloxacina ha venido aumentando de forma sostenida, de tal manera que las cepas aisladas que la muestran han pasado del 35% en el 2009 al 62% en el 2015. Por otro lado, en América Latina y el Caribe está empezando a surgir una sensibilidad reducida a las cefalosporinas de amplio espectro y los macrólidos.

DE ELECCIÓN

Ceftriaxona 500 mg IM DU + Azitromicina 1 g VO DU
Europa: Ceftriaxona 1gr IM DU + Azitromicina 2 gr VO DU

ALTERNATIVO

Cefixima 400 mg VO DU + Azitromicina 1 g VO DU

ALERGIA A LA PENICILINA

Gentamicina 240 mg IMDU + Azitromicina 2 gr VO DU

Conclusión



- *El reconocimiento de las manifestaciones clínicas y los métodos diagnósticos disponibles aumenta identificación de pacientes para su correcto tratamiento.*
- *Siempre se debe completar los estudios para otras ITS tanto en la paciente como en su/sus parejas*
- *Recomendar la prevención de ITS con métodos de barrera.*

Gracias



BIBLIOGRAFÍA

- Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas. Iniciativa ETMI-PLUS. Disponible en:
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-06/Algoritmos_d_diag_y_trat_IP_VIH_Sifilis_VHB_y_Chagas_en_pliego.pdf
- Guía de Práctica Clínica para la atención de mujeres embarazadas con VIH/SIDA Mayo 2012. Disponible en <https://www.sarda.org.ar/index.php/profesionales/guias-de-practica-clinica>
- Consenso Argentino de Terapia Antiretroviral. Versión 8.0 Diciembre de 2023. Sociedad Argentina de infectología. Comisión de VIH e ITS.
- SÍFILIS EN ARGENTINA. ISSN 1669-9106 MEDICINA (Buenos Aires) 2023; 83: 966-971. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com > vol83-23>.
- Sexualidad, embarazo y VIH/SIDA. Disponible en: <https://huesped.org.ar/wp-content/uploads/2017/05/Sexualidad-Embarazo-y-SIDA.pdf>.
- Guías Latinoamericanas de Infecciones Congénitas y Perinatales de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE). Disponible en: <https://revinf.cl/index.php/revinf/article/view/1950/960>

CONTACTO



elizabeth_a_87@hotmail.com



@draeliavilainfecto