

Intervención de la matrona en gestante con trabajo de parto y coinfección VIH/COVID-19

Díaz-Jiménez, D. Ortiz-Rodríguez, I. González-Berrocal, P.

"Intervención de la matrona en gestante con trabajo de parto y coinfección VIH/COVID-19".

SANUM 2021, 5(2) 62-70

AUTORAS

Désirée Díaz-Jiménez

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Irene Ortiz Rodríguez


Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno-Infantil. Málaga.

Paula González Berrocal

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno-Infantil. Málaga.

Autora de correspondencia:

Désirée Díaz-Jiménez

 diazjimenezdesiree@hotmail.com

Tipo de artículo:

Caso clínico

Sección:

Enfermería, Obstetricia y Ginecología

F. recepción: 11/02/2021

F. aceptación: 16/03/2021

Resumen

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) representa uno de los problemas de salud más relevantes a escala mundial. En nuestro medio, la prevalencia en madres de recién nacidos vivos se sitúa en el 1,44‰. El parto constituye el período de mayor riesgo de transmisión vertical del VIH. Dadas las condiciones especiales de las gestantes infectadas por VIH y siendo conscientes de la rápida y progresiva expansión de la pandemia por la enfermedad infecciosa del virus de ARN SARS-CoV-19 (COVID-19) a nivel mundial, se presenta el caso de una gestante con coinfección de VIH y COVID-19 en trabajo de parto espontáneo. Debido a las buenas condiciones obstétricas se permite la progresión del parto y finalización de este por vía vaginal. El papel de la matrona en el proceso es crucial, dada la incertidumbre y el temor que muestra la mujer. Se realiza un plan de cuidados para priorizar los problemas que suponen una alteración del bienestar de la paciente.

Palabras clave:

Trabajo de parto;
VIH;
COVID-19;
Enfermeras
obstétricas.

Midwifery care in labor and coinfection HIV/COVID-19

Abstract

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) represents one of the most relevant health problems worldwide. In our environment, the prevalence of pregnancy women who deliver alive babies stood at 1.44 ‰. Childbirth is the period of greatest risk of vertical transmission of HIV. Given the special conditions of HIV-infected pregnant women and being aware of the rapid and progressive expansion of the pandemic caused by the infectious disease of the RNA virus SARS-CoV-19 (COVID-19) worldwide, the case of a pregnant woman with HIV and COVID-19 coinfection in spontaneous labor. Due to the good obstetric conditions, the progression of vaginal delivery is allowed. The role of the midwife in the process is crucial because of the uncertainty and fear that the woman shows. A care plan is made to prioritize problems that alter the patient's well-being.

Keywords:

Labor, Obstetric;
HIV;
COVID-19;
Nurse midwives.



Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) representa uno de los problemas de salud más relevantes a escala mundial. Según datos de ONUSIDA, una media de 35 millones de personas en el mundo convive con el VIH, de los cuales 15,7 millones son mujeres¹.

En nuestro medio, la prevalencia de VIH en madres de recién nacidos vivos se sitúa en el 1,44%². La transmisión vertical (TV), en ausencia de terapia y profilaxis materna se produce en un 14-25% de los casos en países desarrollados. La lactancia materna aumenta el riesgo en un 16%².

La introducción del tratamiento antirretroviral (TAR) y la implementación de las diferentes medidas preventivas de la TV (cesárea electiva en casos seleccionados, lactancia artificial, profilaxis intraparto, tratamiento del recién nacido, etc) ha reducido la tasa de TV del VIH a cifras inferiores al 2%².

El parto constituye el período de mayor riesgo de transmisión vertical del VIH³. Sin embargo, si la paciente ha realizado un correcto seguimiento de su enfermedad a lo largo del embarazo, cumpliendo con el TAR de forma adecuada y presentando una carga viral (CV) indetectable; el punto de corte de CV indetectable puede variar según la técnica de detección, siendo habitualmente < 50 copias/mililitros (cop/ml), y siendo la edad gestacional por encima de las 36 semanas, se puede dejar evolucionar el parto vaginal, si no existe contraindicación obstétrica^{2,4}.

En estos casos, no se ha comprobado que la cesárea electiva mejore el riesgo de transmisión vertical al feto (1% o menor) frente al parto vaginal aumentando, sin embargo, los riesgos maternos. En cualquier otra circunstancia, se realizará una cesárea².

En caso de parto por vía vaginal se debe evitar, en lo posible, cualquier procedimiento invasivo (amniorexis artificial, parto instrumental, episiotomía) con el fin de minimizar la posibilidad de transmisión vertical⁴. Se ha demostrado que la rotura de las membranas amnióticas aumenta el riesgo de TV; cada hora de bolsa rota aumenta un 2% el riesgo¹. El tratamiento intraparto recomendado por haber demostrado mayor eficacia en la reducción de la tasa de TV del virus es la Zidovudina intravenosa (IV) (2 mg/kg de peso durante 1 hora (h) seguido de 1 mg/kg de peso/hora hasta finalizar el parto)⁴.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el estado de pandemia el día 11 de marzo de 2020 debido a la infección causada por el

SARS-CoV-2 (COVID-19)⁵. Existen aún pocos datos disponibles referentes a la afectación de la enfermedad durante la gestación, pero las embarazadas no parecen tener una mayor susceptibilidad para contraer la infección ni para presentar complicaciones graves^{6,7}. Según varios estudios, más de la mitad de ellas son asintomáticas en el momento del parto⁸. En todo caso, dados los cambios producidos en la anatomía y fisiología respiratoria por el embarazo (elevación del diafragma, engrosamiento de la mucosa bronquial o aumento del consumo de oxígeno), así como las modificaciones de la respuesta inmune⁹, la evolución de la afección podría ser más severa y, por ello, se debe prestar especial atención ante pacientes con comorbilidades, como ocurre en el caso de las gestantes con VIH.

En cuanto a la coinfección VIH/COVID-19, varios informes de casos y pequeños estudios de cohortes entre personas con VIH hospitalizadas a causa de la COVID-19 han mostrado unos resultados clínicos comparables y un riesgo similar de infección por SARS-CoV-2 respecto a la población general, particularmente en aquellos casos en que la infección por VIH se encuentra bien controlada (toman TAR y presentan un recuento de linfocitos CD4 > 200 células/mm³ y carga viral suprimida)¹⁰.

La incidencia y la presentación clínica de la infección por SARS-CoV-2 en personas con VIH no parecen ser diferentes a las personas VIH negativas^{11,12}. Según un estudio que evaluó la incidencia, características clínicas y pronóstico de SARS-CoV-2 en una cohorte española de personas con VIH, la tasa de infección global fue de 1.2% en personas con VIH versus 0.92% en población general. Una revisión sistemática y meta-análisis incluyendo casos, series y cohortes realizada para evaluar prevalencia, características clínicas y resultados de la coinfección VIH/COVID-19 demostró que la prevalencia de SARS-CoV-2 entre personas con VIH fue de 0.68%. Tampoco ha sido demostrada una mayor gravedad de COVID-19 ni mayor letalidad en personas con VIH¹¹.

Por ello, la evidencia aconseja a las gestantes con VIH que tomen las mismas precauciones frente a la COVID-19 que se recomiendan para la población general 10: lavarse las manos con frecuencia, mantener el distanciamiento físico, usar mascarilla, así como solicitar atención médica y autoaislarse si aparecen síntomas o se tiene contacto con un caso positivo de COVID-19.

Debido a las condiciones especiales de las gestantes infectadas por VIH y siendo conscientes de la rápida y progresiva expansión de la pandemia de COVID-19 a nivel mundial⁵, hemos querido presentar el caso de una gestante con coinfección de VIH/

COVID-19 en trabajo de parto, incluyendo la información que existe hasta el momento sobre la epidemiología y características de la coinfección VIH/COVID-19 y recopilando las recomendaciones y evidencias en el manejo práctico de las gestantes con infección por COVID-19 en el contexto de VIH, basadas en los estudios y documentos publicados hasta este momento, con el objetivo de clarificar las pautas de atención obstétrica.

Presentación del caso

Durante el desarrollo de este caso clínico se mantendrá el anonimato de la paciente bajo la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal, con el fin de no vulnerar sus derechos y proteger su confidencialidad¹³.

Mujer de 37 años, secundípara, que ingresa en el área de partos, procedente de urgencias, de 37+4 semanas de gestación por trabajo de parto en curso, tras valoración, en el Hospital Materno-Infantil de Málaga.

Antecedentes Obstétricos: Parto eutócico en 2018, sin incidencias. Gestación actual en seguimiento por alto riesgo obstétrico y unidades especiales debido a antecedentes personales. Gestación normoevolutiva y acorde a fecha de última regla.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas, infección por VIH diagnosticada en 2015 por sospecha de transmisión horizontal ante el positivo en infección por VIH de la pareja en ese momento; resto de serología realizada en el control de embarazo habitual negativa para Virus de la hepatitis B, C y A, Lúes, Toxoplasma; paciente inmune a la Rubeola.

Tratamiento antirretroviral combinado (triple terapia) durante toda la gestación según protocolo de unidad de enfermedades infecciosas y en consenso con unidad obstétrico ginecológica; con buen control gestacional y correcto cumplimiento terapéutico, no solo durante la gestación si no desde el diagnóstico de la infección. Recuento de linfocitos T CD4+ en semana 36 de gestación: viremia indetectable (31 copias/ml).

Infección por SARS-Cov-2 diagnosticada por Prueba diagnóstica por 'Reacción en Cadena de la Polimerasa' (PCR), control en Fisiopatología fetal en semana 37, no presentando síntomas en ningún momento desde su diagnóstico.

De acuerdo a la conformidad de los especialistas, buen control gestacional y buen estado general ma-

terno fetal, se permite progresión del parto eutócico y finalización de este vía vaginal sin intervenciones innecesarias para acelerar el proceso.

Constantes al ingreso: Tensión Arterial (TA): 127/84 mmHg; Frecuencia Cardíaca (FC) 101 latidos por minuto (lpm); Temperatura (T) 36,7 °C, Saturación de oxígeno: 99%.

Tacto vaginal al ingreso: cérvix centrado, blando, borrado 100%, 5 cm de dilatación, presentación cefálica sobre estrecho superior. Bolsa amniótica íntegra.

Registro cardiotocográfico fetal: patrón tranquilizador, ascensos presentes, Frecuencia cardiaca fetal basal (FCF): 145 lpm, variabilidad conservada, dinámica uterina regular, 3 contracciones cada 10 minutos percibidas como moderadamente dolorosas.

La paciente no desea analgesia epidural.

A su entrada al paritorio la gestante se muestra agitada, refiere estar asustada por la situación; nos cuenta que hace 4 días le comunicaron el resultado positivo de la PCR para SARS-Cov-2 y que, a pesar de encontrarse bien y no presentar sintomatología, exterioriza mucha incertidumbre con respecto al desenlace del parto y posterior posparto. Además, en nuestro primer contacto con ella en el área de partos y estableciendo un rápido vínculo con la paciente debido a su situación, se sincera hablando sobre su condición crónica, el VIH. Está muy preocupada por su deseo de amamantar de forma natural y no poder llevarlo a cabo y; por si en algún momento, a pesar del buen control gestacional y terapéutico, pudiera haber puesto en peligro la salud de su bebé. A todo esto, se suma la situación de aislamiento, soledad e inquietud que viven las embarazadas debido a la pandemia de SARS-Cov-2 presente.

Dada la problemática de esta paciente, la situación actual de medidas para intentar frenar la infección y propagación de la pandemia, y los actuales protocolos del hospital, no se permitió a su acompañante estar en la sala de partos, aumentando así el estado de nerviosismo, temor, ansiedad e incertidumbre. La matrona, al tratarse del profesional que atiende partos eutócicos y ser figura de referencia en el curso del parto normal, así como a lo largo de toda la vida de la mujer, debe acompañar a la mujer en este proceso, sean cuales sean las circunstancias, mostrándose empática, cercana y profesional. Debe proporcionar seguridad sobre su proceso a la mujer, reduciendo su ansiedad y mejorando sus sentimientos de autocontrol. En la situación sanitaria actual, en la que el acceso de los familiares al hospital está restringido, se hace, si cabe, más imprescindible el acompañamiento.

to de la figura de enfermera obstétrica ginecológica, dando apoyo emocional continuo a la mujer, proporcionándole sensación de seguridad, así como soporte para el proceso del parto en este caso. A pesar de las barreras físicas y emocionales que pueden suponer el equipamiento de protección del profesional en la atención a la paciente en estos casos, la matrona crea un entorno de confianza que sirve de ayuda a la mujer durante su estancia en el área de partos.

Valoración de enfermería: recogida de datos según el modelo de Virginia Henderson (tabla I), a partir del cual se elabora un Plan de Cuidados.

Plan de cuidados

En las tablas I y II se recogen los principales resultados derivados del presente caso clínico. En la tabla II se recogen etiqueta diagnóstica, planificación de los cuidados y seguimiento/evaluación tras su ejecución, elaborados según taxonomía estandarizada enfermera¹⁴⁻¹⁶. Tras la identificación, se procede a priorizar aquellos problemas que suponen la alteración del bienestar. Las intervenciones suponen la participación activa de la gestante.

1º **Respirar normalmente.** Manifestaciones (m) de independencia: No fuma. Respira sin dificultad; m. dependencia no se observan. Datos a considerar: infección activa asintomática por SARS-coV-2.

2º **Comer y beber adecuadamente.** M. de independencia: dieta mediterránea; m. dependencia: no se observan. Datos a considerar: ganancia de 10 kilos durante el embarazo.

3º **Eliminar por todas las vías corporales.** M. de independencia: polaquiuria; m. dependencia: no se observan.

4º **Moverse y mantener posturas adecuadas.** M. de independencia: refiere no haber realizado ningún tipo de ejercicio físico en el embarazo debido a la situación actual y el miedo al contagio; m. dependencia: no se observan.

5º **Dormir y descansar.** M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan; datos a considerar: refiere cansancio por no dormir bien debido a las innumerables preocupaciones por su condición personal y situación presente.

6º **Escoger la ropa adecuada.** Vestirse y desvestirse. M. de independencia: viste adecuadamente; m. dependencia: no se observan. Datos a considerar: leve dificultad para atarse los zapatos y recoger objetos del suelo.

7º **Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente.** M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan.

8º **Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.** M. de independencia: adecuada hidratación de piel y mucosas; m. dependencia: no se observan.

9º **Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.** M. de independencia: Lleva a cabo las medidas sanitarias recomendadas para protegerse y proteger a los demás evitando el contagio del SARS-coV-2; m. dependencia: no se observan. Datos a considerar: buen cumplimiento terapéutico de su tratamiento para la infección por VIH.

10º **Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.** M. de independencia: es capaz de comunicarse con la matrona y manifestar sus sentimientos; m. de dependencia: expresa temor, ansiedad e incertidumbre en el momento de la valoración, reclama estar acompañada por su pareja.

11º **Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.** M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan.

12º **Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.** M. de independencia: se muestra triste y atemorizada con la llegada del recién nacido; m. dependencia: no se observan.

13º **Participar en actividades recreativas.** M. independencia: Debido a la pandemia no realiza ejercicio físico en el embarazo; m. dependencia: no se observan.

14º **Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.** M. de independencia: muestra mucho interés ante todo lo explicado por la matrona, la considera profesional de referencia pero manifiesta su disconformidad con que su pareja no pueda estar presente y la incertidumbre sobre el desenlace; m. de dependencia: muchas dudas e incertidumbres sobre el proceso de embarazo, infección por covid19, infección por VIH y cambio continuo de protocolos hospitalarios frente a la pandemia y su situación personal.

Tabla I. Valoración de enfermería según modelo conceptual de Virginia Henderson.

NANDA [00148] Temor					
Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.					
Relacionado con: Separación del sistema de apoyo, entorno desconocido.					
Manifestado por: Identifica el objeto del temor, los estímulos se consideran una amenaza.					
	Indicadores Actividades	Puntuación inicial	NIC [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad	Puntuación final	Duración de la observación
NOC [1404] Creencias sobre la salud: percepción de amenaza	[170405] Preocupación sobre posibles complicaciones	4	Actividades: Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección. Explorar con la paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas. Dar seguridad sobre el estado del paciente, según corresponda	2	Durante la estancia en partos
	[170411] Impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	4		1	
	[17404] Preocupación sobre enfermedad o lesión	4		3	
NANDA [00125] Impotencia					
Definición: Experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.					
Relacionado con: ansiedad, dolor, estigmatización					
Manifestado por: sentido de control insuficiente y dudas sobre la ejecución del rol					
	Indicadores Actividades	Puntuación inicial	NIC [5270] Apoyo emocional	Puntuación final	Duración de la observación
NOC [1702] Creencias sobre la salud: percepción de control	[170205] Creencia de que las propias acciones controlan los resultados sobre la salud	2	Actividades: Comentar la experiencia emocional con la paciente Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias	5	Durante la estancia en partos
	[170201] Responsabilidad percibida sobre decisiones acerca de la salud	3		5	
	Indicadores Actividades	Puntuación inicial	NIC [5510] Educación para la salud	Puntuación final	Duración de la observación
NOC [1501] Desempeño del rol	[150101] Desempeño de las expectativas del rol	2	Actividades: Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria. Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas.	4	Durante la estancia en partos
	[150109] Descripción de los cambios de rol con un nuevo miembro de la familia	3		5	

Aplicada Escala Tipo Likert: 1: Nunca demostrado. 2: Raramente demostrado. 3: A veces demostrado. 4: Frecuentemente demostrado. 5: Siempre demostrado.

Tabla II: Diagnósticos NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*)¹², NOC (*Nursing Outcomes Classification*)¹³, NIC (*Nursing Interventions Classification*)¹⁴ y actividades realizadas.

Resultados

Tras las intervenciones realizadas por la matrona durante la estancia de la gestante en el paritorio, se observa una diferencia en la puntuación de la escala Likert de los indicadores mencionados.

Una vez realizadas las actividades descritas se percibe un cambio en los valores de las puntuaciones de los indicadores; todos ellos progresan. Algunos aumentan en número y otros disminuyen debido al carácter positivo o negativo de la escala Likert.

Respecto al diagnóstico "Temor", el indicador "preocupación sobre posibles complicaciones" manifiesta una disminución de la puntuación desde 4 a 2, demostrando una mejoría. El indicador "impacto percibido sobre el estilo de vida futuro" experimenta un descenso de la puntuación desde 4 a 1 en la escala Likert y el indicador "preocupación sobre enfermedad o lesión" un descenso de 4 a 3.

En relación al diagnóstico "Impotencia", el indicador "creencia de que las propias acciones controlan los resultados sobre la salud" manifiesta un aumento en la puntuación, desde 2 hasta 5 en la escala Likert. El indicador "responsabilidad percibida sobre decisiones acerca de la salud" muestra una progresión desde 3 hasta 5 en la escala de medición.

Por último, el indicador "desempeño de las expectativas del rol" evoluciona desde una puntuación de 2 hasta 4 y "descripción de los cambios de rol con un nuevo miembro de la familia" incrementa su valor desde 3 hasta 5 en la escala Likert.

Discusión

El diagnóstico enfermero "Temor" se define como la respuesta generada ante la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro¹⁴. Durante el trabajo de parto, la incertidumbre y el desconocimiento de una experiencia nunca antes vivida a menudo se relacionan con la aparición de este sentimiento en las mujeres embarazadas. Además, las nuevas restricciones debido a la pandemia por COVID-19, como la limitación de las visitas y, en muchas ocasiones, del acompañamiento durante el parto, agravan su situación⁹.

En casos como el que se ha descrito en este artículo, la actuación de la matrona es esencial. Mediante la elaboración de un plan de cuidados, es capaz de priorizar los problemas que muestra la paciente y poner especial énfasis en atender aquellos aspectos que le causan mayor estrés. La matrona ayuda a disminuir su miedo y preocupación sobre las posibles complicaciones proporcionándole apoyo emocional y confianza, mejorando la puntuación de los indicadores propuestos y la satisfacción de la paciente.

Además, estudios defienden que la sensación de control y contar con el apoyo de una matrona son las variables más importantes para conseguir que el parto sea una experiencia positiva¹⁷. En el caso clínico propuesto, la matrona guía a la mujer y la empodera, aportándole confianza y reduciendo, así, los sentimientos de impotencia y de falta de control sobre su situación.

OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



Discussion

The nursing diagnosis "Fear" is defined as the response generated by the perception of a threat that is consciously recognized as a danger¹⁴. During labor, uncertainty and ignorance of an experience never before lived are often related to the appearance of this feeling in pregnant women. In addition, the new restrictions due to the COVID-19 pandemic, such as the limitation of visits and often, of accompaniment during delivery, aggravate their situation⁹.

In cases like the one described in this article, the role of the midwife is essential. By drawing up a care plan, he is able to prioritize the problems that the patient shows and put special emphasis on addressing those aspects that cause him the most stress. The midwife helps reduce her fear and worry about possible complications by providing emotional support and confidence, improving the score of the proposed indicators and patient satisfaction.

In addition, studies defend that the feeling of control and having the support of a midwife are the most important variables to ensure that the delivery is a positive experience¹⁷. In the proposed clinical case, the midwife guides the woman and empowers her, providing confidence and thus reducing feelings of helplessness and lack of control over their situation.

Conclusión

Los efectos de la interacción de estas dos infecciones no son todavía claros debido a la escasez de datos y estudios^{11,12}. La información acerca de la coinfección VIH/COVID-19 es limitada, por lo que se torna crucial ampliar el conocimiento de los efectos de la infección por COVID-19 en la infección por VIH a nivel local, regional y mundial, así como en el contexto del embarazo⁵.

En las gestantes con infección por COVID-19 sin criterios de gravedad, así como en las mujeres que presentan infección por VIH la vía de parto dependerá de las condiciones obstétricas y del estado fetal^{4,7}. Siempre que sea posible debe favorecerse el parto vaginal, a fin de evitar complicaciones quirúrgicas innecesarias⁷.

Los sistemas de salud deben ser capaces de incorporar nuevas estrategias de prevención y aten-

ción a la mujer que garanticen el acceso y continuidad de los cuidados esenciales de calidad¹⁸. La figura de la matrona se hace indispensable en la atención en el proceso de parto, más aún en relación a la problemática sanitaria actual, sumado a la realidad del aislamiento social y la falta de acompañamiento, así como a la incertidumbre sobre el desenlace de los acontecimientos, siendo de especial utilidad en el proceso del parto.

Conclusion

The effects of the interaction of these two infections are not yet clear due to the lack of data and studies^{11,12}. Information about HIV / COVID-19 coinfection is limited, so it is crucial to expand the knowledge of the effects of COVID-19 infection on HIV infection at the local, regional and global levels, as well as in the context of pregnancy⁵.

In pregnant women with COVID-19 infection without severity criteria, as well as in women with HIV infection, the delivery route depends on obstetric conditions and fetal status^{4,7}. Whenever possible, vaginal delivery should be prioritized in order to avoid unnecessary surgical complications⁷.

Health systems must be capable of incorporate new prevention and care strategies for women that guarantee access and continuity of quality essential care¹⁸. Midwifery is essential in the care of the delivery process, even more in relation to the current health problem, added to the reality of social isolation and lack of support, as well as the uncertainty about the outcome of the events, being especially useful in the process of childbirth.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que su contenido es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Publicación

El presente no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso. Autorización previa para la presentación de los datos de la gestante publicada en el caso clínico.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses entre los participantes. No se ha recibido financiación.

Fuentes de Financiación

Ninguna.

Agradecimientos

El correcto abordaje de este caso clínico tiene su origen en el trabajo coordinado y consensuado del grupo de profesionales que asistieron a la gestante dentro del Marco Sanitario Hospital Materno-Infantil de Málaga. Agradecemos a la matrona/ residente de matrona que asistieron en el caso por su rápida y acertada actuación y a todos/as nuestros/as compañeros/as por la colaboración desinteresada y la apuesta por el aprendizaje basado en problemas como forma de acercar a los profesionales sanitarios a la realidad asistencial y a la situación actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Rodríguez L, Cernadas Pires SE, González Boubeta R, Cerviño Gómez E, Ocampo Hermida E, Miralles Álvarez C, et al. *Resultados perinatales asociados a las gestantes infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo*. Prog Obstet Ginecol. 2016; 59: 3-6.
2. Unidad de Infecciones Perinatales. Servicio de Medicina Materno-Fetal. Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. *Protocolo: Infección por VIH y gestación*. 2014.
3. Silva Muñoz G, Villa Gómez PM, Orellana Reyes M. *Conducta de la matrona ante la gestación y SIDA: Recomendaciones para evitar la transmisión vertical madre-hijo*. Rev digital Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz. 2018.
4. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (gesida)/Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). *Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto*. Enero, 2018.
5. Posada-Vergara MP, Alzate-Ángel JC and Martínez-Buitrago E. *COVID-19 y VIH*. 2020. Colomb Med (Cali); 51(2): e-4327.
6. Valdés-Bango M, Meler E, Cobo T, Hernández S, Caballero A, García F, et al. *Guía de actuación para el manejo de la infección por COVID-19 durante el embarazo*. Clin Invest Gin Obst. 2020; 47(3): 118-127.
7. Servei de Medicina Maternofetal i Servei de Neonatologia. Servei d'Anestesiologia i Reanimació. Secció d'Anestesiologia ICGON-ICNU. Servei de Malalties Infeccioses. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. *Protocolo: Coronavirus (COVID-19) y gestación*. 2021.
8. Ministerio de Sanidad. *Documento técnico: Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19*. Junio, 2020.
9. González-de la Torre H, et al. *Recomendaciones y manejo práctico de la gestante con COVID-19: scoping review*. Enferm Clin. 2020.
10. WHO Department of Global HIV, Hepatitis and STI Programmes. *Preguntas y respuestas sobre COVID-19, VIH y uso de antirretrovirales*. Marzo, 2020.
11. Cabrera S. *VIH en tiempos de COVID-19*. Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Julio, 2020.
12. Aquino-Canchari CR, Quispe-Arrieta RC, Katia Medalith Huaman Castillon KM. *COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables*. Rev haban cienc méd. 2020. 19 (Supl.): e3341.
13. BOE.es - *Documento BOE-A-1999-23750* [Internet]. [cited 2021 Jan 12]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>.
14. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. 11a ed. Madrid: Elsevier; 2018-2020.
15. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 6a ed. Madrid: Elsevier; 2018.
16. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 7a ed. Madrid: Elsevier; 2018.
17. Gómez López ME. *Guía de atención psicológica de la mujer con complicaciones obstétricas*. Perinatol Reprod Hum. 2018; 32 (2): 85-92.
18. Paredes JL, Navarro R, Cabrera DM, Diaz MM, Mejía F, Caceres CF. *Los desafíos en la continuidad de atención de personas viviendo con VIH en el Perú durante la pandemia de la COVID-19*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;38(1)