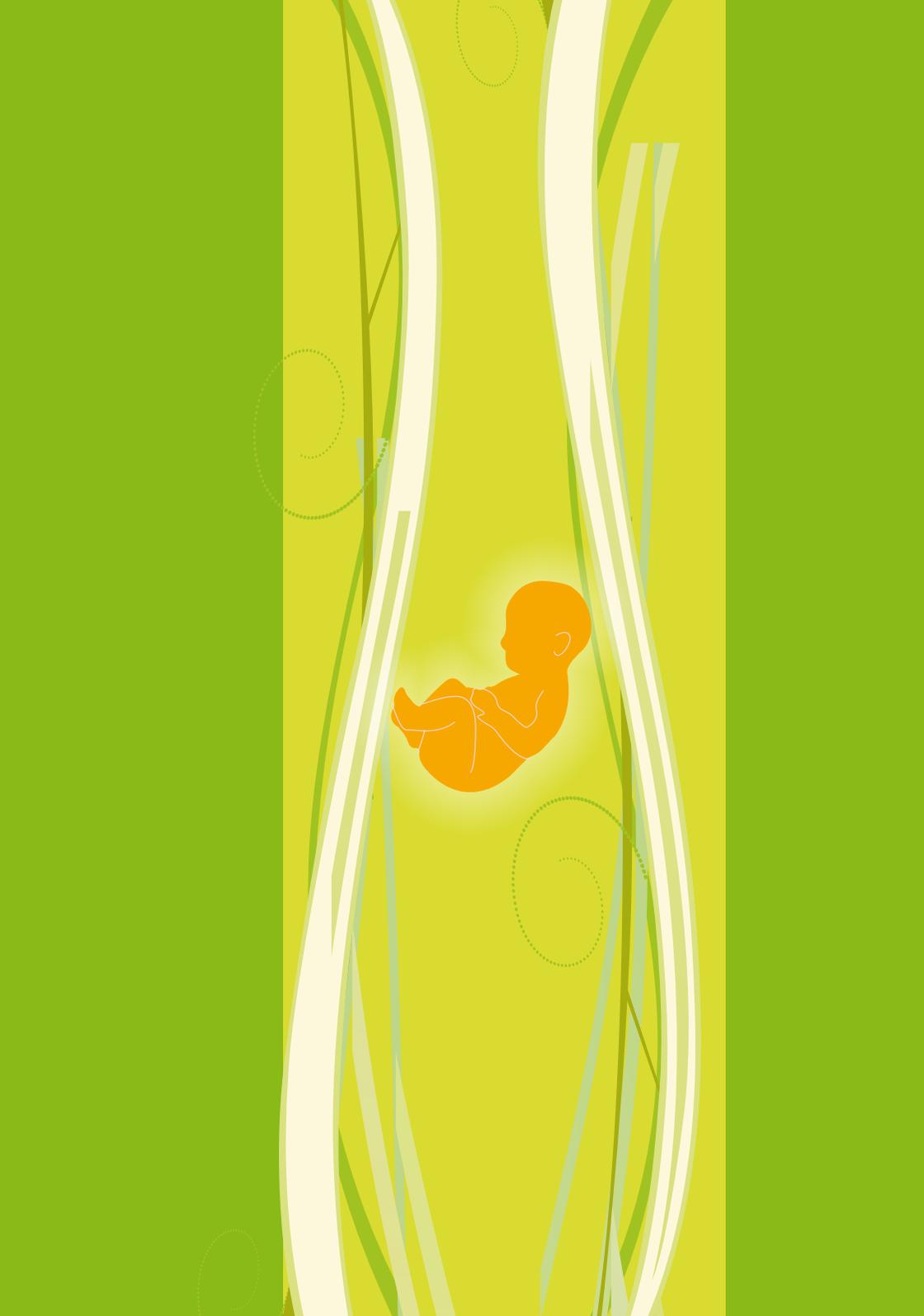


VIH,

embarazo
y **salud**
materna

Guía básica para **mujeres**
que viven con VIH





SUMARIO

1. Introducción
2. Cuestiones básicas y generales
3. Proteger y garantizar la salud de la madre
4. Transmisión del VIH de madre a hijo
5. Planificar el embarazo
6. Atención y tratamiento del VIH durante el embarazo
7. Pruebas y seguimiento
8. Prevención y tratamiento de otras infecciones
9. El momento del parto
10. Fármacos del VIH y salud del bebé
11. Después del nacimiento del bebé
12. Alimentación del bebé
13. Consejos
14. Tablas

CRÉDITOS:

- Título original: *Guide to HIV, pregnancy & women's health*
- Adaptación al español: Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH)
- Edición española: Juane Hernández – Francesc Martínez
- Traducción: Miguel Vázquez
- Corrección: Jordi Piqué
- Grafismo: Jaume Fabrés

AGRADECIMIENTOS: Esta guía es una adaptación al español de *Guide to HIV, pregnancy & women's health*, un material escrito y recopilado por Polly Claiden de HIV i-Base en Londres (Reino Unido), a quienes agradecemos la autorización para adaptar su material. También queremos agradecer al Fondo M·A·C de Lucha contra el Sida (www.macaidsfund.org) sin cuya colaboración no hubiese sido posible imprimir y distribuir esta guía.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La información contenida en esta guía no pretende sustituir la recibida del médico. Las decisiones sobre tratamiento siempre deberían tomarse tras consultar con tu médico.

Publicado en Barcelona en mayo de 2013



1. INTRODUCCIÓN

Esta guía sobre VIH y embarazo editada por gTt-VIH es una adaptación al español de la sexta edición de la guía de embarazo de la organización HIV I-Base con sede en Londres (Reino Unido). En ella, encontrarás qué hacer si recibes un diagnóstico de VIH durante el embarazo y también las opciones de que dispones si ya sabes que tienes el virus y decides tener un bebé. Además, incluye información sobre la salud materna, el uso de antirretrovirales durante el embarazo y la salud de los bebés, cómo evitar que el bebé nazca con VIH si la madre tiene el virus o la concepción segura en el caso de las parejas en donde un miembro tiene el virus y el otro no.

Recientemente, se han producido avances en la investigación y hemos introducido algunos cambios en la guía para reflejarlos. Entre ellos estarían:

- Una ampliación de la sección dedicada a la concepción de forma segura

para parejas en las que un miembro tiene VIH y el otro no. Se ha puesto más énfasis en la concepción natural segura. Aunque la mayor parte de la información incluida en este folleto se dirige a mujeres con VIH, esta sección también tiene relevancia para mujeres sin VIH con parejas masculinas seropositivas.

- Un mayor énfasis en el tema del inicio del tratamiento durante el embarazo para garantizar que llegas al parto con una carga viral indetectable.
- Una información más detallada sobre el uso de antirretrovirales en diversos escenarios que pueden tener lugar durante el embarazo, tales como la coinfección por hepatitis B o C.
- La recomendación del parto vaginal cuando la mujer toma terapia antirretroviral, tiene una carga viral indetectable y no existen otras complicaciones.
- Por primera vez, se contempla la continuación de la terapia antirretroviral tras el parto en mujeres en las que todavía no está indicado el tratamiento.

- Una recomendación firme y continua sobre la importancia de evitar por completo la lactancia materna a pesar de los nuevos hallazgos, relevantes para países donde no existen alternativas seguras.

La excelente noticia es que, con un manejo adecuado centrado en la salud y las decisiones de la propia mujer, hoy en día en España el riesgo de transmisión del virus al bebé durante el parto es pequeño.

Los datos más actualizados evidencian que la tasa de transmisión vertical es de una por cada 1.000 en el caso de mujeres que reciben terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) y presentan una carga viral indetectable (inferior a 50 copias/mL), tanto si se someten a un

parto planificado por vía vaginal o a través de cesárea.

Se trata del valor más bajo registrado y supone un importante avance en cuanto a la información disponible para las mujeres que planean tener descendencia o ya están embarazadas.

En esta guía explicaremos qué implican todas estas opciones y cuándo resultan adecuadas.

Otra excelente noticia es que las personas con VIH disfrutan de una vida más larga y saludable, por lo que en España, en la actualidad, una madre con VIH puede vivir para ver a su hijo/a hacerse mayor.

La información contenida en esta guía no pretende sustituir la relación con tu médico. Las decisiones sobre tratamiento siempre deberían tomarse en consulta con el médico que te atiende.

En esta guía hemos reflejado las directrices españolas recogidas en el *Documento de consenso para el seguimiento de la infección por VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto* (marzo 2013), realizada por el grupo de expertos y expertas de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), el Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). El documento está disponible en: www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/DocEmbarazoMarzo2013.pdf.



2. CUESTIONES BÁSICAS Y GENERALES

El propósito de esta guía es ayudarte a que saques el mejor partido de tu propio tratamiento y cuidado del VIH si ya estás embarazada o pensando en tener un bebé.

Esperamos que la información que adjuntamos te resulte práctica en todas las etapas, antes, durante y después del embarazo. Te debería ser de utilidad tanto si ya estás tomando terapia como si no. Incluye aspectos relacionados tanto con tu salud como con la de tu bebé.

Si acabas de recibir el diagnóstico de VIH

Puede que estés leyendo esta guía en un momento muy duro y confuso de tu vida. Descubrir que estás embarazada o que tienes VIH puede ser algo sobrecogedor de forma aislada, pero puede resultar incluso más duro si descubres ambas cosas al mismo tiempo.

Como verás, tanto el embarazo como el cuidado del VIH implican el uso de muchas palabras y términos nuevos. Intentaremos expresarnos con claridad respecto al significado de esos términos y de cómo pueden afectar a tu vida.

Como nota optimista, hay que destacar que, con independencia de lo duras que parezcan ahora las cosas, es probable que mejoren y se simplifiquen. Es importante y reconfortante entender el gran progreso realizado en el tratamiento del VIH. Esto es especialmente cierto en el caso del tratamiento durante el embarazo.

Existen personas, servicios y otras fuentes de información que pueden ayudarte. Los consejos que recibas de éstas y otras fuentes pueden ser diferentes de los que, por lo general, reciben las mujeres embarazadas. Esto incluye información sobre la medicación, la práctica de cesárea y la lactancia.

La mayoría de las personas con VIH disponen de bastante tiempo para acostumbrarse a su diagnóstico antes de tener que decidir sobre el tratamiento. Sin embargo, es posible que no suceda así si el diagnóstico se produce durante el embarazo, ya que es posible que te veas obligada a tomar algunas decisiones serias con más rapidez.

Decidas lo que decidas, asegúrate de que entiendes las recomendaciones que te den. Aquí encontrarás algunos consejos por si te sientes confusa o preocupada a la hora de sopesar tus opciones:

- Procura hacer muchas preguntas.
- Intenta que te acompañe tu pareja o una persona amiga a las citas médicas.
- Intenta hablar con otras mujeres que hayan pasado por tu situación.

Las decisiones que adoptes acerca de tu embarazo son muy personales. El disponer de tanta información como sea posible te ayudará a tomar decisiones informadas.

No obstante, únicamente podrás tomarlas cuando sepas lo máximo que puedas sobre VIH y embarazo y con la colaboración del equipo médico que te atiende.

¿Pueden ser madres las mujeres con VIH?

Sí, y el tratamiento contra el VIH hace que sea mucho más seguro.

Desde hace más de 20 años, mujeres de todo el mundo han estado empleando fármacos antirretrovirales durante el embarazo de forma segura. En la actualidad, esto supone tomar al menos tres fármacos contra el VIH, una estrategia denominada terapia combinada. Estos tratamientos han cambiado por completo la vida de las personas con VIH en todos los países en los que se usan.

El tratamiento ha tenido un enorme efecto sobre la salud de las madres con VIH y sus bebés. Esto ha animado a muchas mujeres a considerar la posibilidad de tener hijos/as (o de volver a tenerlos/las).

Tu tratamiento del VIH protegerá a tu bebé

El tratamiento no solo tiene beneficios para tu propia salud, sino que al tratar el VIH se reducirá casi por completo el riesgo de que tu bebé se infecte.

Sin tratamiento, aproximadamente el 25% de los bebés nacidos de madres con VIH vendrían al mundo con el virus. Uno de cada cuatro no es un buen porcentaje, sobre todo cuando el actual tratamiento antirretroviral puede prevenir la transmisión casi por completo.

¿Cómo se transmite el VIH al bebé?

Aún se desconoce el mecanismo exacto a través del cual se produce la transmisión del VIH de madre a hijo/a, también

llamada transmisión vertical. Sin embargo, en la mayoría de los casos tiene lugar poco antes o durante el proceso de parto y alumbramiento (cuando nace el bebé). La transmisión vertical también puede producirse durante la lactancia.

Determinados factores de riesgo parecen aumentar la probabilidad de transmisión durante el parto. El mayor de ellos es la carga viral de la madre, que es la cantidad de virus presente en la sangre.

Así, del mismo modo que ocurre con el tratamiento de cualquier persona con VIH, un objetivo importante de la terapia es alcanzar una carga viral indetectable. Las pruebas de carga viral miden la cantidad de virus en sangre. Las medidas se realizan en copias por mililitro (copias/mL). El objetivo del tratamiento es conseguir que la carga viral descienda a niveles indetectables, por debajo de 50 copias/mL. Si la carga viral de la madre es indetectable en el momento del nacimiento del bebé, las probabilidades de que se produzca la transmisión vertical son prácticamente nulas.

Esto resulta de especial importancia en el momento del alumbramiento. Otros factores de riesgo son el nacimiento prematuro y la falta de cuidado prenatal del VIH.

Prácticamente todos los factores de riesgo se centran en un aspecto: cuidar la salud de la madre.

Algunos puntos clave a recordar:

- La salud de la madre está relacionada directamente con el estado serológico al VIH del bebé.

- El hecho de que el padre tenga VIH no influirá en el hecho de que el bebé nazca con el virus.
- El estado serológico al VIH de tu bebé recién nacido no está relacionado con el estado serológico de tus otros/as hijos/as.

¿A las mujeres embarazadas se les ofrece automáticamente la realización de la prueba del VIH?

Hoy en día, se recomienda en muchas partes del mundo. Desde hace ya algunos años, en España, el personal sanitario está obligado a ofrecer y recomendar a todas las mujeres embarazadas que se sometan a la prueba del VIH. En la actualidad, esta prueba forma parte del cuidado prenatal rutinario.

Es importante que si una mujer está embarazada se someta a una prueba del VIH. Su capacidad de ocuparse de su propio tratamiento, salud y bienestar se ve mejorada por el hecho de saber si tiene o no VIH.

Este conocimiento también implica que sea consciente de cómo puede proteger a su bebé frente al VIH en caso de que el resultado de la prueba sea positivo.

¿Es realmente seguro tomar tratamiento antirretroviral durante el embarazo?

Uno de los primeros beneficios que ofreció la terapia antirretroviral fue la reducción del riesgo de infección en los bebés. En muchos casos, a las mujeres embarazadas se les aconseja que eviten tomar medicamentos. Sin embargo, esto no es así cuando se considera el

empleo de tratamiento del VIH durante el embarazo. Esta discrepancia de criterio puede parecer confusa.

Nadie puede asegurarte que sea completamente seguro usar fármacos del VIH cuando estás embarazada. De hecho, se sabe que determinados antirretrovirales no deberían emplearse durante esa época.

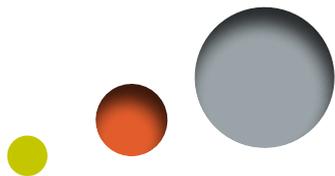
No obstante, al mismo tiempo, muchos miles de mujeres han tomado terapia durante el embarazo sin que el bebé sufriera ninguna complicación. Esto ha dado lugar a miles de nacimientos sin que se produjera la transmisión del VIH.

Durante las conversaciones prenatales con tu médico, podéis sopesar las ventajas e inconvenientes de usar tratamiento, tanto para ti como para tu bebé.

El equipo médico que te atiende también tiene acceso a un registro internacional de defectos congénitos, en el que se ha hecho un seguimiento de los nacimientos de bebés con defectos expuestos a fármacos antirretrovirales desde 1989. Hasta ahora, en este registro no se ha apreciado un aumento significativo de la tasa de nacimientos con defectos en los niños nacidos de madres que tomaron fármacos del VIH en comparación con los niños cuyas madres no recibieron dichos medicamentos.

¿Puede empeorar mi VIH por quedarme embarazada?

El embarazo no supone un empeoramiento de la salud de la mujer en lo que respecta al VIH.



Sin embargo, estar embarazada puede ocasionar una disminución del recuento de CD4. Las células CD4 son un tipo de glóbulos blancos que ayudan a nuestro cuerpo a luchar contra las infecciones. Estas células también son las que el VIH ataca y utiliza para realizar copias de sí mismo y así seguir propagándose. El recuento de CD4 es el número de células CD4 en un milímetro cúbico (mm^3) de sangre. Los recuentos de CD4 cambian de una persona a otra, pero para una persona adulta sin VIH cabría esperar un recuento de CD4 de entre 400 y 1.600 células/ mm^3 .

La disminución del recuento de CD4 durante el embarazo suele estar en torno a las 50 células/ mm^3 , aunque puede variar mucho. Este descenso solo es temporal y, por lo general, tu recuento de CD4 volverá al nivel que tenía antes del embarazo poco después del nacimiento del bebé.

Con todo, debería tenerse en cuenta este descenso si el recuento de CD4 cae por debajo de las 200 células/ mm^3 . Por debajo de este nivel, el riesgo de sufrir infecciones oportunistas es más alto. Este tipo de infecciones podrían producirse cuando el VIH ha dañado de manera importante el sistema inmunitario.

Estas infecciones podrían afectarte tanto a ti como al bebé y, si se producen, tendrán que tratarse inmediatamente.

Por lo general, las mujeres embarazadas necesitan el mismo tratamiento para prevenir las infecciones oportunistas que si no estuvieran embarazadas.

Además, a veces, cuando se inicia el tratamiento durante el embarazo, el recuento de CD4 puede no incrementarse demasiado a pesar de que la carga viral disminuya. Si sucede esto, no te preocupes, tu nivel de CD4 se recuperará una vez nacido el bebé.

El VIH no afecta al curso del embarazo en las mujeres que reciben tratamiento. El virus tampoco afecta a la salud del bebé durante el embarazo, a menos que la madre desarrolle una infección oportunista.

Información adicional

Esta guía trata del VIH y el embarazo. Puedes encontrar en detalle otros aspectos importantes del tratamiento y cuidado del VIH en la sección APRENDE del portal web del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH): www.gtt-vih.org

Línea de información telefónica y consultas a través del correo electrónico

gTt-VIH ofrece un servicio especializado de atención, información y acompañamiento en el teléfono 93 458 26 41. Si quieres hablar con alguien sobre tratamientos del VIH en general y en mujeres embarazadas en particular, llámanos e intentaremos ayudarte. El horario es de lunes a viernes de 9h a 19h. También puedes enviar las consultas por correo electrónico a consultas@gtt-vih.org

Otros recursos disponibles:

Creación Positiva

Información, asesoramiento y acompañamiento para mujeres con VIH y sus parejas

Teléfono: 93 431 45 48

Email: crea@creacionpositiva.net

Web: www.creacionpositiva.net

Fundación Lucia para el SIDA pediátrico (FLUSIP)

Apoyo asistencial destinado a ofrecer herramientas en el cuidado de niños, adolescentes y familias con VIH

Teléfono: 93 417 55 87

Email: fundaciolucia@gmail.com

Web: www.fundacionlucia.org

3. PROTEGER Y GARANTIZAR LA SALUD DE LA MADRE

Nunca se recalca lo suficiente que tu propia salud y tratamiento son los aspectos más importantes a considerar a la hora de asegurar la salud del bebé.

En ocasiones, la investigación médica puede pasar por alto el hecho de que las mujeres embarazadas con VIH son personas que necesitan recibir cuidados para su propia infección.

Este aspecto puede ser desatendido u olvidado por madres y personal sanitario cuando la atención se centra, principalmente, en la salud del bebé. Aun así, es importante que no olvides esto: tu salud y cuidado son muy importantes.

En general, tu tratamiento debería ser prácticamente igual que si no estuvieras embarazada.

Más adelante, en esta guía enumeraremos circunstancias en las que esto no es así.

La prevención de la transmisión y la salud de tu bebé están relacionadas de forma directa con tu propio cuidado. El *counselling* prenatal de las mujeres con VIH debería incluir siempre:

- consejos y explicaciones sobre cómo prevenir la transmisión vertical del virus;
- información sobre cómo tratar la infección por VIH de la propia madre;
- información acerca del futuro tratamiento antirretroviral de la madre.

Con toda certeza, tu bebé va a necesitar que estés bien y con salud a medida que crezca. Y tú querrás ver cómo tu hija o hijo crece para ir a la escuela y convertirse en una persona adulta. Una madre sana es vital para la salud de un niño.



Principios de cuidado

- La madre debería ser capaz de tomar sus propias decisiones informadas sobre cómo manejar su embarazo.
- Debería ser capaz de elegir su propio tratamiento durante el embarazo.
- El personal sanitario tendría que proporcionar información, educación y *counselling* de manera imparcial, que sirva de apoyo y sin prejuicios.
- Debería controlarse la infección por VIH de forma intensiva durante el embarazo. Esto es especialmente importante a medida que se acerca el momento del parto.
- Las infecciones oportunistas se deberían tratar de forma adecuada.
- Deberían emplearse fármacos anti-retrovirales para reducir la carga viral a niveles indetectables.
- Las madres deberían ser tratadas de la mejor manera posible para evitar que emerjan resistencias a los fármacos contra el VIH.
- Las madres tendrían que poder tomar decisiones informadas respecto a cómo y cuándo nacerán sus bebés.

4. TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO

¿Cómo y por qué se produce la transmisión?

A pesar de los notables avances en la reducción de la transmisión del VIH de madre a hijo, todavía no entendemos completamente cómo sucede, aunque sí sabemos que existen numerosos factores que influyen.

De ellos, el más importante es el nivel de carga viral de la madre.

La transmisión vertical del VIH puede producirse antes, durante o después del nacimiento. Se han descubierto varias posibles razones para ello. Además de la carga viral de la madre, el hecho de tener un recuento bajo de CD4 o de presentar otras infecciones hacen más probable la transmisión.

Se considera que la transmisión se produce por la exposición del bebé a la sangre (u otros fluidos que contienen el virus) de la madre durante el embarazo y el parto o también por la lactancia materna. Sin embargo, la mayor parte de las transmisiones tienen lugar durante el parto, cuando está naciendo el bebé. Con menos frecuencia, la infección se produce durante el embarazo,



antes del parto, lo que se conoce como transmisión *in utero*.

El uso del tratamiento antirretroviral durante el embarazo disminuye el riesgo de transmisión vertical. Las madres con VIH que toman tratamiento y tienen una carga viral por debajo de 1.000 copias/mL en el momento del parto dicho riesgo es inferior a 1%; sin embargo, si las madres no reciben tratamiento antirretroviral, el riesgo es de un 9,8%.

Transmisión durante el embarazo (*in utero*)

Puede suceder si la placenta está dañada, lo que hace posible que la sangre con VIH de la madre pueda entrar en el flujo sanguíneo del feto.

La corioamnionitis, por ejemplo, se ha relacionado con daños en la placenta y un mayor riesgo de transmisión del VIH.

Algunos términos empleados en este apartado

- **Circulación fetoplacentaria:** Se trata del flujo sanguíneo del feto y la placenta.
- **Corioamnionitis:** Se denomina así la inflamación del corión y el amnios, las membranas que rodean el feto. Por lo general, esta inflamación se produce debido a una infección bacteriana.
- ***In utero*:** Significa dentro del útero o la matriz, antes de que comiencen las labores de parto.
- **Intraparto:** Significa que se produce durante el parto (nacimiento o alumbramiento).
- **Membranas fetales:** Son las que rodean el feto.
- **Microtransfusiones maternofetales:** Se producen cuando pequeñas cantidades de sangre materna (que puede contener el VIH) atraviesan la placenta y llegan al bebé durante el parto, o debido a alguna rotura de la misma.
- **Placenta:** Es un órgano temporal que se desarrolla durante el embarazo y une a la mujer y el feto. La placenta actúa como un filtro, transfiere oxígeno y nutrientes de la madre al feto y extrae el dióxido de carbono y los productos de desecho. La placenta cuenta con muchos vasos sanguíneos. Este órgano se expulsa del cuerpo de la madre después de nacer el bebé, cuando ya no es necesario.
- **Recubrimiento mucoso:** Es el recubrimiento húmedo en el interior de algunos órganos y cavidades corporales (como la nariz, la boca, la vagina, los pulmones o el estómago). Las glándulas en la mucosa producen moco, un líquido espeso y resbaladizo. El recubrimiento mucoso también se denomina membrana mucosa.
- **Tracto gastrointestinal:** Es el conducto que incluye desde la boca hasta el ano y nos permite digerir la comida. El tracto gastrointestinal consta de boca, esófago, estómago, duodeno, intestino delgado, intestino grueso, recto y, por último, ano.

Se cree que sucede porque las células con VIH pasan a través de la placenta, aunque también puede deberse a una infección progresiva de las distintas capas de la placenta hasta que el virus alcanza la circulación fetoplacentaria.

Sabemos que se produce transmisión *in utero* porque una proporción de bebés a los que se somete a una prueba cuando tienen unos pocos días de edad ya presentan un nivel detectable de virus en sangre y, por lo general, es necesario que transcurran unas semanas para que alguien con VIH presente dichos niveles. La rápida progresión de la infección en algunos bebés, por otra parte, respalda esta hipótesis.

El tener una carga viral elevada y un recuento bajo de CD4 hacen que la transmisión *in utero* sea más probable.

Si la madre está coinfectada por tuberculosis, también aumenta el riesgo de transmisión *in utero* tanto del VIH como de la tuberculosis.

Durante las labores de parto y el nacimiento (transmisión intraparto)

Se cree que esta transmisión se produce cuando el bebé entra en contacto con sangre y secreciones genitales de la madre al pasar a través del canal de parto.

Podría tener lugar si el virus asciende a través de la vagina o el cuello del útero hasta las membranas fetales y el líquido amniótico, y a través de la absorción en el tracto digestivo del bebé.

Otra posibilidad es que se pueda producir una microtransfusión maternofetal durante las contracciones del parto.

Existen pruebas que demuestran que la transmisión se puede producir durante el parto:

- El 50% de los bebés que tienen VIH dieron un resultado negativo en la prueba en sus primeros días de vida.
- Existe un rápido aumento en la tasa de detección de VIH en los bebés durante la primera semana de vida.
- El modo en el que el virus y el sistema inmunitario se comportan en algunos recién nacidos es similar a lo observado en adultos cuando se infectan por VIH.

También queda reflejado por el éxito en la prevención, como por ejemplo:

- Los tratamientos que han reducido el riesgo de transmisión, incluso cuando se administran únicamente durante el parto.
- El nacimiento del bebé por cesárea antes de iniciarse el parto.

Si el parto se prolonga mucho tiempo tras la rotura de membranas (rotura de aguas) o si el parto en general dura mucho, el riesgo de transmisión aumenta si la mujer no recibe tratamiento anti-retroviral o profilaxis.

Un bebé prematuro puede correr un mayor riesgo de adquirir el VIH que un bebé que nace tras un embarazo de duración normal.

Lactancia

El VIH en la leche materna podría pasar a través del recubrimiento mucoso del tracto gastrointestinal de los/as lactantes.

El tracto gastrointestinal de un bebé aún es inmaduro y es más fácil que los patógenos penetren en él que en el caso de personas adultas. No está claro si el daño en el tracto intestinal del bebé, provocado por una introducción precoz de otros alimentos, en especial los sólidos, podría aumentar el riesgo de infección.

En España, se recomienda a todas las mujeres con VIH que alimenten a sus bebés con leche maternizada para protegerles frente al VIH.

Lo más importante sobre la transmisión vertical del VIH no es cómo sucede, sino cómo se puede prevenir y esto se puede hacer con antirretrovirales.

5. PLANIFICAR EL EMBARAZO

Muchas mujeres con VIH se quedan embarazadas cuando ya conocen su estado serológico al VIH. Además, en muchas ocasiones, dichas mujeres ya están tomando fármacos antirretrovirales en el momento en que se quedan embarazadas.

Si sabes que tienes VIH, quizá ya hayas hablado con tu especialista sobre la posibilidad de quedarte embarazada.

Si estás pensando en quedarte embarazada, tu médico debería aconsejarte que:

- tengas en cuenta tu salud general;
- te realices los exámenes médicos oportunos; y
- trates cualquier infección de transmisión sexual (ITS).

Deberías asegurarte de recibir una atención y tratamiento adecuados para tu infección por VIH.

Resulta alentador que, actualmente, más del 98% de las mujeres con VIH que dan a luz en países de nuestro entorno tienen bebés sin el virus. En España, según datos del Plan Nacional sobre el Sida, en 2011 solo se produjeron ocho casos de transmisión del VIH de madre a hijo.

Procura elegir un equipo médico y un hospital de maternidad que apoye y respete tu decisión de tener un hijo. Si no recibes apoyo en esta decisión, deberías procurar ver a un/a médico/a y equipo médico con más experiencia a la hora de tratar el VIH. Por otro lado, si no te es posible desplazarte hasta un centro con experiencia, podrías contactar con esas personas para recibir consejo, apoyo e informarte sobre tus derechos.

En esta sección, además de las opciones para las mujeres con VIH que deseen quedarse embarazadas (y cuya pareja puede tener el virus o no) también examinamos las opciones de concepción más seguras para las mujeres sin VIH cuya pareja sí es seropositiva.

¿Qué hacer cuando un miembro de la pareja tiene VIH y el otro no?

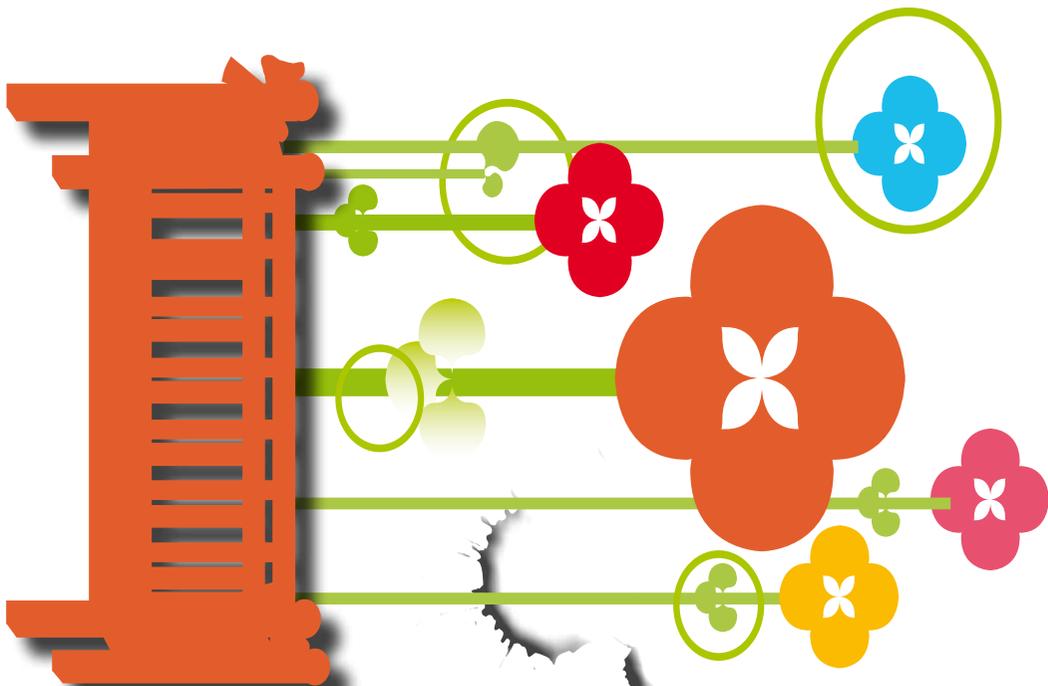
Recientemente, se han dado a conocer buenas noticias para parejas en esta situación.

En enero de 2013, la Asociación Británica del VIH (BHIVA, en sus siglas en inglés) y el Grupo de Asesoramiento de Expertos en VIH (EAGA) hicieron público un documento de posicionamiento referente al uso de TARGA en personas con VIH para reducir la transmisión del virus.

El posicionamiento se refiere a un ensayo de gran tamaño que, en 2011, llegó

a una conclusión de gran relevancia. Los resultados del estudio 052 de la Red de Ensayos sobre Prevención del VIH (HPTN 052) proporcionaron una prueba de que el uso de TARGA puede hacer que las personas seropositivas tengan menos capacidad de transmitir el VIH a sus parejas seronegativas.

El estudio contó con más de 1.700 parejas serodiscordantes en varios países. En él se compararon los efectos del inicio de la TARGA de forma inmediata (cuando el recuento de CD4 estaba entre 350 y 550 células/mm³) o de retrasar su comienzo hasta que el miembro con VIH de la pareja alcanzara un recuento de CD4 inferior a 250 células/mm³.



Los resultados evidenciaron que el comienzo de la TARGA con unos recuentos de CD4 más altos consiguió reducir el riesgo de transmisión del VIH en un notable 96%. El estudio fue interrumpido de forma prematura ya que los beneficios de esta estrategia surgieron con más rapidez de la esperada en el diseño original del ensayo.

El documento dado a conocer por BHIVA/EAGA indica que la toma de una TARGA eficaz por parte de las personas con VIH resulta tan efectiva como el empleo del condón para reducir el riesgo de transmisión del virus.

Es importante señalar que el texto hace hincapié en que, para que esto sea así, deben cumplirse las siguientes condiciones:

- que ninguno de los miembros de la pareja tenga otra infección de transmisión sexual (ITS);
- que el miembro de la pareja con VIH lleve más de seis meses con una carga viral inferior a 50 copias/mL; y
- que la persona con VIH lleve un control periódico de su carga viral (cada 3-4 meses).

Se recomienda a los profesionales sanitarios que debatan con las personas con VIH el posible impacto de la TARGA sobre la prevención de la transmisión del virus, así como la posibilidad de iniciar el tratamiento con este propósito.

Además, en enero de 2013, se publicó una revisión sistemática (un análisis

conjunto de todas las investigaciones sobre un tema para intentar responder a una pregunta concreta) de las publicaciones que habían evaluado las tasas de transmisión del VIH en parejas heterosexuales en las que el miembro de la pareja con el virus tenía carga viral indetectable. En dicha revisión se incluyeron los resultados del estudio HPTN 052 y también se concluyó que el riesgo de transmisión era mínimo.

Para muchas personas, estos hallazgos resultan muy reconfortantes, en especial para aquéllas que cumplen los criterios referentes al tratamiento y a la carga viral y deciden practicar sexo sin preservativos.

Las recomendaciones españolas señalan que aquellas parejas que generalmente usan condones y desean tener un hijo a través de la concepción natural, además de cumplir los tres criterios mencionados con anterioridad, deberían limitar las relaciones sexuales a los periodos potencialmente más fértiles de la mujer, que se pueden establecer mediante un test de ovulación. Es posible que, en ocasiones, se recomiende a la persona seronegativa que tome profilaxis preexposición (PPRE).

Cabe la posibilidad de que, a veces, algunas parejas sientan ansiedad al plantearse relaciones sexuales sin protección, incluso cumpliendo los requisitos de adherencia, terapia antirretroviral, carga viral indetectable y ausencia de ITS ya comentados. Otras pueden no cumplir algunos de los criterios. En ambos casos, puede recomendarse que valoren el uso de otros métodos preventivos.

Momento para intentar la concepción

Ovulación: Es el periodo más fértil del ciclo menstrual femenino, cuando los ovarios liberan un óvulo maduro, que tiene un periodo de vida de unas 24 horas. Es más probable que se produzca la concepción en este momento.

La ovulación tiene lugar unos 14 días antes del inicio del siguiente ciclo menstrual de la mujer.

El momento de mayor fertilidad es el día anterior y el día posterior a la ovulación, ya que el óvulo sobrevive unas 24 horas. Ahí es cuando se puede producir la concepción.

Por lo general, el periodo de fertilidad abarca unos cinco días antes de la ovulación (puesto que el esperma puede sobrevivir varios días en tu cuerpo) hasta unos dos días después de la ovulación. Por tanto, el periodo de fertilidad de la mujer es de unos siete días.

Existen distintos modos de calcular cuándo es tu periodo fértil, normalmente tomándote la temperatura (ya que aumenta al inicio de la ovulación) o registrando cuándo se producen tus periodos para determinar cuándo estás ovulando (lo que se conoce como método del calendario). En las farmacias se venden equipos para predecir la ovulación que te pueden servir de ayuda.

El equipo médico que te atiende puede explicarte cómo hacerlo.

Profilaxis preexposición (PPRE)

Es una estrategia preventiva cuyo uso no ha sido aprobado en Europa. Se refiere a la utilización de antirretrovirales para evitar que las personas sin VIH adquieran el virus. Este método podría emplearse para hacer más seguro el intento de concebir en parejas serdiscordantes; sin embargo, la indicación de uso de PPRE todavía no ha sido aprobada en la Unión Europea.

Cuando el hombre tiene VIH y la mujer no

En este caso, existe la posibilidad de emplear un procedimiento conocido como "lavado de esperma" o "lavado de semen".

Esto supone que el hombre proporcione una muestra de semen, que se introduce en una máquina especial que la centrifuga para separar los espermatozoides del fluido seminal (solo este último

contiene glóbulos blancos infectados, los espermatozoides por sí mismos no contienen VIH infeccioso).

Una vez lavado el esperma, se le somete a una prueba del VIH.

Por último, se emplea un catéter para inyectar el esperma en el útero de la mujer. También se puede realizar la fertilización *in vitro*, especialmente si el hombre tiene un recuento de esperma bajo.

Con el proceso de lavado de espermatozoides no se han producido casos de transmisión del VIH a mujeres.

Entre las desventajas de este método están su precio, la dificultad para su acceso y la menor tasa de concepciones. En algunas Comunidades Autónomas se ofrece el lavado de espermatozoides de forma gratuita, si bien el número de hospitales que proporcionan este servicio es pequeño.

Aparte de su precio, otra desventaja del lavado de espermatozoides es que su tasa de éxito en la concepción no es muy elevada, en comparación con la práctica sexual tradicional. No obstante, resulta muy seguro en cuanto a la prevención de la transmisión por VIH, aunque también implica que concebirás a tu hijo en un entorno completamente clínico.

Muchas personas sienten que es un problema para ellas, sobre todo si finalmente no se produce un embarazo exitoso.

A medida que la información sobre la concepción segura mediante el uso de antirretrovirales hace que la opción de las relaciones sexuales para quedarse embarazadas resulte más aceptable para las parejas, la práctica del lavado de espermatozoides cada vez se recomienda y se utiliza menos.

Cuando la mujer tiene VIH y el hombre no

Por lo general, las opciones son mucho más sencillas en esta situación. La inseminación artificial hecha por la propia mujer o "autoinseminación"

empleando una jeringuilla de plástico no supone ningún riesgo de infección para el hombre.

Se trata de un modo muy seguro de proteger frente al VIH a la pareja masculina.

El mejor momento para la inseminación es en torno al periodo de ovulación y es necesario introducir el espermatozoides de tu pareja tan arriba como puedas dentro de la vagina. La ovulación tiene lugar en la mitad de tu ciclo, unos 14 días antes del periodo.

Los distintos centros clínicos podrían recomendarte métodos diferentes para conseguir el espermatozoides. Una manera sería practicando sexo utilizando un condón sin espermicida. Otra es que tu pareja eyacule en un depósito. En ambos casos, después has de insertar el espermatozoides en la vagina con una jeringuilla.

Es posible que en la clínica puedan proporcionarte el material necesario (el depósito y la jeringuilla). Asimismo, pueden darte instrucciones detalladas acerca de cómo hacerlo, incluyendo consejos sobre el momento oportuno para realizarlo coincidiendo con la ovulación.

Cuando ambos miembros de la pareja tienen VIH

En el caso de las parejas en las que ambos miembros tienen VIH, algunos profesionales médicos recomiendan que sigan practicando sexo con protección para limitar la posibilidad de reinfección por una cepa diferente del VIH (o una resistente a fármacos).



La reinfección solo supone un riesgo si un miembro de la pareja presenta un virus con gran resistencia a fármacos y su nivel de carga viral es detectable, o si ninguno de los dos está tomando antirretrovirales. Éste podría ser el único motivo por el que se desaconsejaría intentar concebir por métodos naturales.

Todas estas opciones implican decisiones muy personales. El conocer y evaluar el nivel de riesgo es también muy personal. Todos los métodos para quedarse embarazada comportan diversos grados de riesgo, costes y posibilidades de éxito (y el lavado de esperma y el tratamiento de fertilidad pueden suponer un coste elevado si no puedes acceder a ellos a través de la sanidad pública).

Si estás planificando un embarazo, es importante que puedas hablar de estas opciones con tu pareja. De este modo, podréis tomar decisiones que os satisfagan ambos.

¿Puedo recibir ayuda si tengo dificultad para quedarme embarazada?

Todas las parejas pueden experimentar algún problema de fertilidad, independientemente de quién tenga VIH o de si ambos lo tienen. Además, la infección por VIH se ha asociado con una disminución de la fertilidad en algunas mujeres y hombres seropositivos.

No obstante, hay cosas que puedes hacer, todas ellas con cierta eficacia. Pero en ocasiones no son tan sencillas como parecen.

Si tienes problemas de fertilidad, pregúntale a tu médico/a sobre la reproducción asistida. Infórmate de la posibilidad de ser derivada a una clínica de fertilidad con experiencia en VIH. El consejo preconcepcional debe formar parte del manejo de la mujer con VIH en edad reproductiva y, en este contexto,

se debe facilitar el acceso a técnicas de reproducción asistida.

¿El tratamiento de la fertilidad está disponible para las personas con VIH?

Sí. La fertilidad es un tema importante que hay que tener en cuenta a la hora de tener un bebé, tanto si tienes VIH como si no.

Se deberían proporcionar los mismos servicios de apoyo a la fertilidad a las personas con y sin VIH. Existirán también los mismos criterios (que pueden ser bastante estrictos) de selección para ti como para cualquier otra pareja que acceda al tratamiento de fertilidad. A veces, no estará disponible a través del sistema sanitario público.

Es posible que algunas personas sean reticentes a proporcionarte esta ayuda por tener VIH. Si es así, puedes denunciar tal situación.

Es posible que prefieras acudir a un centro más comprensivo con tu caso o quizá a uno que tenga más experiencia con padres con VIH.

6. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH DURANTE EL EMBARAZO

¿Qué es la atención prenatal?

También se conoce como atención prenatal y se refiere a cualquier tipo de cuidado extra que recibas durante el embarazo en preparación para el nacimiento del bebé.

El cuidado prenatal no se limita a tomar medicinas y realizarse pruebas, sino que también comprende el *counseling* y la provisión de información como la de esta guía. Asimismo, incluye recomendaciones sobre tu salud general, como hacer ejercicio y dejar de fumar.

Como en todos los aspectos del cuidado del VIH, es muy importante que los miembros de tu equipo médico cuenten con experiencia en tratar con mujeres con esta infección. Esto es aplicable a tu tocólogo/a, comadrón/a, pediatra u otro personal auxiliar.

Es también importante que las personas responsables de proporcionarte el cuidado estén al tanto de las últimas novedades referentes a la prevención de la transmisión de madre a hijo y la atención del VIH.

¿Todas las mujeres con VIH necesitan tomar tratamiento durante el embarazo?

En general, se recomienda iniciar el tratamiento antirretroviral cuando el recuento de CD4 es de 500 células/mm³ o inferior. También es aconsejable cuando los niveles de CD4 son mayores y existe alguna dolencia asociada al VIH (como por ejemplo, una infección oportunista o la presencia de coinfección por hepatitis).

Algunas mujeres con VIH y recuentos de CD4 superiores a 500 células/mm³ podrían iniciar la TARGA para proteger a sus parejas seronegativas.

De este modo, algunas mujeres ya estarían tomando TARGA en el momento

de quedarse embarazadas. Otras, con recuentos elevados de CD4 y, por lo tanto, sin necesidad de iniciar el tratamiento antirretroviral de forma inmediata, recibirán un ciclo corto de terapia durante el embarazo para prevenir la transmisión vertical del virus.

Las recomendaciones de tratamiento para las mujeres embarazadas pueden ser algo diferentes que para otras personas adultas con VIH. Las recomendaciones españolas señalan que el tratamiento antirretroviral está indicado en todas las mujeres con VIH embarazadas independientemente del recuento de células CD4 o de la carga viral.

Por lo general, es mejor que, una vez inicies el tratamiento antirretroviral, lo mantengas el resto de tu vida. Durante el embarazo, en determinadas circunstancias las mujeres toman la terapia justo hasta el parto y después la abandonan.

En la tabla nº 1 al final de esta guía podrás encontrar un resumen del manejo del tratamiento antirretroviral durante el embarazo dependiendo de las distintas situaciones en las que se pueda encontrar la mujer embarazada.

¿Qué sucede si ya estoy tomando un tratamiento para el VIH cuando me quedo embarazada?

Muchas mujeres deciden tener un bebé cuando ya están recibiendo terapia antirretroviral. Esto dice mucho de los enormes avances efectuados con los fármacos antirretrovirales.

Las mujeres se sienten mejor, están más saludables, piensan en relaciones a largo plazo, piensan en el futuro y, probablemente, valoren la posibilidad de formar una familia.

Cada vez es más habitual que las mujeres que se quedan embarazadas cuando están tomando tratamiento sigan con el mismo durante el embarazo.

Los estudios no han demostrado que exista un mayor riesgo para la madre o el bebé por el hecho de emplear una terapia de forma continua durante toda la gestación.

Las directrices españolas recomiendan no suspender el tratamiento antirretroviral en las mujeres con VIH que ya lo estaban tomando en el momento de quedarse embarazadas.

¿Qué ocurre si necesito tratamiento para el VIH?

Las directrices actuales españolas recomiendan el inicio del tratamiento a todas las personas con VIH con recuentos de CD4 iguales o inferiores a 500 células/mm³. En el caso de las mujeres embarazadas, se recomienda el inicio del tratamiento independientemente del recuento de células CD4 y de la carga viral. El tratamiento dependerá también del momento del embarazo en que te diagnostiquen el VIH.

Si has recibido el diagnóstico al principio del embarazo, es posible que prefieras retrasar el inicio del tratamiento hasta el final del primer trimestre. Esto es, entre las semanas 12 y 14 desde la última falta en el periodo. También puede que



quieras retrasar el tratamiento más allá de ese periodo si ya conoces tu estado serológico, pero no has iniciado aún la terapia.

Existen dos grandes motivos para retrasar el comienzo del tratamiento.

El primero es que los principales órganos del bebé se desarrollan en el útero durante las primeras 12 semanas de gestación. Esto se conoce como organogénesis. Durante este periodo, el bebé puede ser sensible a los efectos negativos de los fármacos, incluidos los del VIH. Sin embargo, en el caso de las medicamentos antirretrovirales, cada vez hay más datos que muestran que éstos son, en general, bastante seguros.

Un segundo motivo para retrasar el inicio del tratamiento es que la mayoría de las mujeres sufrirán náuseas o malestar

matutino durante las primeras etapas del embarazo. Esto es muy normal, pero esos síntomas son muy similares a las náuseas que pueden producirse por el tratamiento del VIH. Esto puede hacer que te resulte más duro mantener la adherencia al tratamiento. Si tienes náuseas asociadas con el embarazo, puedes retrasar el comienzo de la terapia hasta la finalización del primer trimestre.

Todas las mujeres deberían haber empezado la terapia antirretroviral a la semana 24 de embarazo, ya que así se garantiza que haya tiempo suficiente para alcanzar una carga viral indetectable, con lo cual el riesgo de transmisión será mínimo y el parto podrá ser vaginal.

Si el diagnóstico tiene lugar a la semana 28 o con posterioridad, será necesario el inicio inmediato de la TARGA.

¿Qué fármacos antirretrovirales debería tomar durante el embarazo?

Por lo general, la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) consiste en la combinación de dos fármacos llamados inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido/nucleótido (ITIN/t) –que constituyen la base del régimen–, junto con un tercer fármaco que podría ser un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (ITINN) o un inhibidor de la proteasa potenciado por ritonavir (Norvir®).

La combinación de AZT y lamivudina (Combivir®) ha sido la más usada como terapia de base de ITIN en el tratamiento durante el embarazo, por lo que es de la que se dispone de más información sobre su uso en esta etapa y muchos médicos se decantan por ella. Sin embargo, en la actualidad, tenofovir/emtricitabina (Truvada®) y abacavir/lamivudina (Kivexa®) se utilizan con más frecuencia en el embarazo y también son buenas opciones terapéuticas.

Un estudio europeo examinó el empleo de la TARGA sin AZT en mujeres embarazadas entre 2006 y 2009. Aproximadamente el 60% de las mujeres de este estudio estaban recibiendo una TARGA que no contenía AZT. El ensayo no encontró diferencias en las tasas de transmisión vertical del VIH, ni en las tasas de carga viral indetectable en el momento del parto ni de anomalías en los bebés de las madres que habían recibido una TARGA que no incluía AZT.

El uso de otros análogos de nucleósido, asimismo, se ha incrementado con

el tiempo (entre 2006 y 2009). Más del 70% ya estaban recibiendo una terapia combinada sin AZT antes de quedarse embarazadas.

El tercer fármaco de la TARGA en mujeres embarazadas acostumbra a ser un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (nevirapina [Viramune®], efavirenz [Sustiva®] o etravirina [Intelence®]) o un inhibidor de la proteasa potenciado por ritonavir (Norvir®).

Nevirapina se ha empleado de forma generalizada durante el embarazo. No obstante, se debería tener cautela cuando se inicia una TARGA que contenga nevirapina en el caso de mujeres cuyo recuento de CD4 sea superior a 250 células/mm³, debido al riesgo de que se produzcan toxicidades hepáticas (en el hígado). Por lo tanto, este fármaco solo se recomienda a las mujeres con recuentos más bajos (inferiores a 250 células/mm³). No debería existir ningún problema en el caso de mujeres que hubieran utilizado nevirapina con éxito en su combinación y ahora presenten un recuento de CD4 más elevado con el tratamiento.

El uso de efavirenz (Sustiva®, también en Atripla®) no estaba recomendado durante el embarazo, puesto que en un estudio con animales causó daños en el tubo neural (el cerebro en desarrollo) del feto. Hoy en día, el fármaco ha sido muy usado y estudiado durante el embarazo y no parece entrañar un riesgo superior al de otros antirretrovirales para los humanos. Por este motivo, algunas directrices ahora recomiendan efavirenz durante el embarazo. Sin embargo, las



recomendaciones españolas siguen contraindicando su uso.

Es muy probable que el inhibidor de la proteasa que recibas sea lopinavir potenciado por ritonavir (en el comprimido combinado Kaletra®) o atazanavir potenciado por ritonavir (Reyataz®/Norvir®).

¿Qué ocurre si todavía no necesito tratar el VIH?

Actualmente, existe una tendencia a comenzar el tratamiento antirretroviral antes. Las directrices españolas recomiendan empezar el tratamiento cuando el recuento de CD4 cae por debajo de las 500 células/mm³ y, en el caso de las mujeres embarazadas y en las parejas serodiscordantes en alto riesgo de transmisión, se recomendará siempre, independientemente del recuento de CD4.

En consecuencia, si una mujer no necesita tratar el VIH por encontrarse bien de salud, se recomienda que empiece a

tomar tratamiento antirretroviral como profilaxis para prevenir la transmisión de virus al bebé. Esto es así porque cada vez hay más pruebas científicas que demuestran que el tratamiento anti-VIH puede reducir el riesgo de transmisión incluso en el caso de madres con cargas virales bajas, por debajo de unas 1.000 copias/mL, antes de iniciar la terapia. La transmisión disminuyó desde casi un 10% en el caso de mujeres no tratadas a menos de un 1% en mujeres que tomaron fármacos antirretrovirales.

Las directrices españolas de embarazo y VIH recomiendan a las mujeres en esta situación que tienen recuentos de CD4 altos, el inicio, en la semana 12-14 de embarazo, de un ciclo de tratamiento antirretroviral eficaz (terapia triple similar a la que toman las personas con VIH en general, aunque evitando ciertos antirretrovirales contraindicados en caso de embarazo). El ciclo de tratamiento finalizaría en el momento del parto, reiniciándose una vez la mujer cumpliera las condiciones generales para empezar la terapia antirretroviral.

La terapia de base de análogos de nucleósido (ITIN) recomendada en embarazadas es la misma que en mujeres no embarazadas que necesitan tratar su VIH.

El tercer fármaco de la combinación será, probablemente, un inhibidor de la proteasa (IP) potenciado por ritonavir (Norvir®). Un IP es preferible a un no análogo de nucleósido (ITINN) si prevés interrumpir la TARGA una vez nazca tu bebé. Tu cuerpo procesa los IP de forma relativamente rápida, hecho que permite interrumpir el uso de la combinación con un bajo riesgo de que surjan resistencias.

Cuando las mujeres tienen una carga viral inferior a 100.000 copias/mL, en ocasiones se recomienda que empiecen su tratamiento con un tercer ITIN, abacavir (Ziagen®), en vez de un inhibidor de la proteasa potenciado por ritonavir.



De forma puntual, una mujer con una carga viral muy baja (inferior a 10.000 copias/mL) que no esté tomando tratamiento antirretroviral puede optar por un ciclo corto de zidovudina (AZT) en monoterapia y una cesárea programada. Esta estrategia se utiliza cada vez menos en España.

Una proporción muy pequeña de pacientes con VIH, conocidos como controladores de élite, presentan carga viral indetectable durante años sin necesidad de tomar tratamiento. Se trata de casos muy poco frecuentes, ya que solo se observa en una de cada 300 personas con VIH. Las mujeres embarazadas controladoras de élite pueden optar por tomar una terapia triple (abacavir/lamivudina/AZT) o por usar una monoterapia con AZT.

¿Qué ocurre si descubro que tengo VIH cuando el embarazo está avanzado?

El diagnóstico de la infección por VIH entre la semana 28 de embarazo y el parto cada vez es menos habitual en España tras la introducción de pruebas diagnósticas de la infección por este virus en el seguimiento rutinario de las mujeres embarazadas. No obstante, si este fuese tu caso, conviene saber que existen muchas estrategias capaces de evitar la transmisión del VIH a tu bebé.

El uso de una terapia antirretroviral combinada, aunque sea durante un corto periodo de tiempo, puede reducir en gran medida tu carga viral y de forma muy rápida. Algunos fármacos antirretrovirales ayudan a disminuir el riesgo de transmisión del VIH

atravesando la placenta hasta llegar al bebé y bloqueando la infección, con independencia de la cantidad de virus que presente la madre en su sangre.

Dado que las pruebas de carga viral pueden realizarse de forma rápida, algunas mujeres pueden tener todavía la posibilidad de optar por un parto vaginal (si inician la TARGA inmediatamente y consiguen que su carga viral llegue a niveles indetectables a tiempo).

Si se desconoce la carga viral de una mujer al iniciar el tratamiento, o ésta es superior a 100.000 copias/mL, podría añadirse un cuarto fármaco, el inhibidor de la integrasa raltegravir (Isentress®), a la TARGA de tres fármacos.

Raltegravir permite alcanzar una carga viral indetectable con gran rapidez.

¿Qué ocurre si solo se descubre que tengo VIH en el momento del parto?

Incluso en este estadio tardío, es posible aplicar determinadas estrategias para evitar la transmisión.

Cuando una mujer se encuentre en esta situación, se le administrará una dosis única de nevirapina (Viramune®) de forma inmediata. Probablemente, no habrá tiempo suficiente para realizar un recuento de CD4, pero incluso en el caso de que sea elevado, una dosis única de nevirapina no dañará el hígado. También se administrarán sin tardanza AZT/lamivudina (Combivir®) y raltegravir.

Tanto nevirapina como raltegravir atraviesan la placenta rápidamente.

Asimismo, es posible que durante el parto y alumbramiento se administre una inyección intravenosa de AZT.

Si la madre entra en fase de parto de forma prematura, se le podría administrar una dosis doble de tenofovir (Viread®). Ello se debe a que los bebés prematuros no son capaces de absorber de forma adecuada los fármacos por vía oral y, como ocurre con nevirapina y raltegravir, tenofovir puede atravesar la placenta con gran celeridad.

¿Puedo seguir tomando antirretrovirales tras un tratamiento corto para prevenir la transmisión vertical?

Si tu recuento de CD4 es superior a 500 células/mm³ antes de iniciar la terapia y no existe otro motivo para mantenerla, puedes decidir si seguir tomándola o no. Si está funcionando bien, no tienes efectos secundarios imposibles de manejar y tu adherencia al tratamiento es óptima, podría ser una buena idea seguir tomando la medicación antirretroviral. Si la toma de la terapia no te resultó muy sencilla durante el embarazo y no estás segura si podrás mantener una adherencia apropiada en este momento, quizá sería mejor interrumpirla.

Puedes consultar con el equipo médico que te atiende las posibles ventajas y desventajas de ambas opciones.

Si tu nivel de CD4 estaba por encima de 500 células/mm³ antes de empezar la terapia, en general puedes dejar de tomarla, a menos que desees seguir con ella para proteger a tu pareja o si existe algún motivo de salud que lo aconseje.

¿Hay algún fármaco no recomendado durante el embarazo?

Por lo general, no se recomienda durante la gestación tomar efavirenz (Sustiva®; también en Atripla®).

En un único estudio con animales se comprobó que este fármaco provocaba daños del tubo neural (el cerebro en desarrollo) en el feto. No obstante, es importante señalar que efavirenz es el único antirretroviral que ha sido probado de esta manera.

Hasta la fecha, no existen datos que informen de un aumento de riesgo similar en bebés humanos. A medida que aumenta el número de mujeres que se quedan embarazadas cuando ya están tomando TARGA, se han ido registrado más casos que estaban recibiendo efavirenz en ese momento.

Por ejemplo, en un estudio británico de mujeres que recibían TARGA en el momento de la concepción, el 20% de las que tomaban una terapia con un ITINN estaban recibiendo efavirenz.

Se han obtenido muchos más informes acerca de mujeres de todo el mundo que recibieron efavirenz durante el embarazo que ayudan a tranquilizar a madres y personal médico.

Sin embargo, si se dispone de otras opciones de tratamiento, hay una advertencia en contra del uso de ese fármaco. Esta advertencia es más relevante durante las primeras 12 semanas de embarazo, momento en que se está desarrollando el tubo neural.

Si ya estás (o has pasado) la semana 12 de embarazo y tomaste efavirenz durante ese tiempo, tendrás que someterte a dos pruebas.

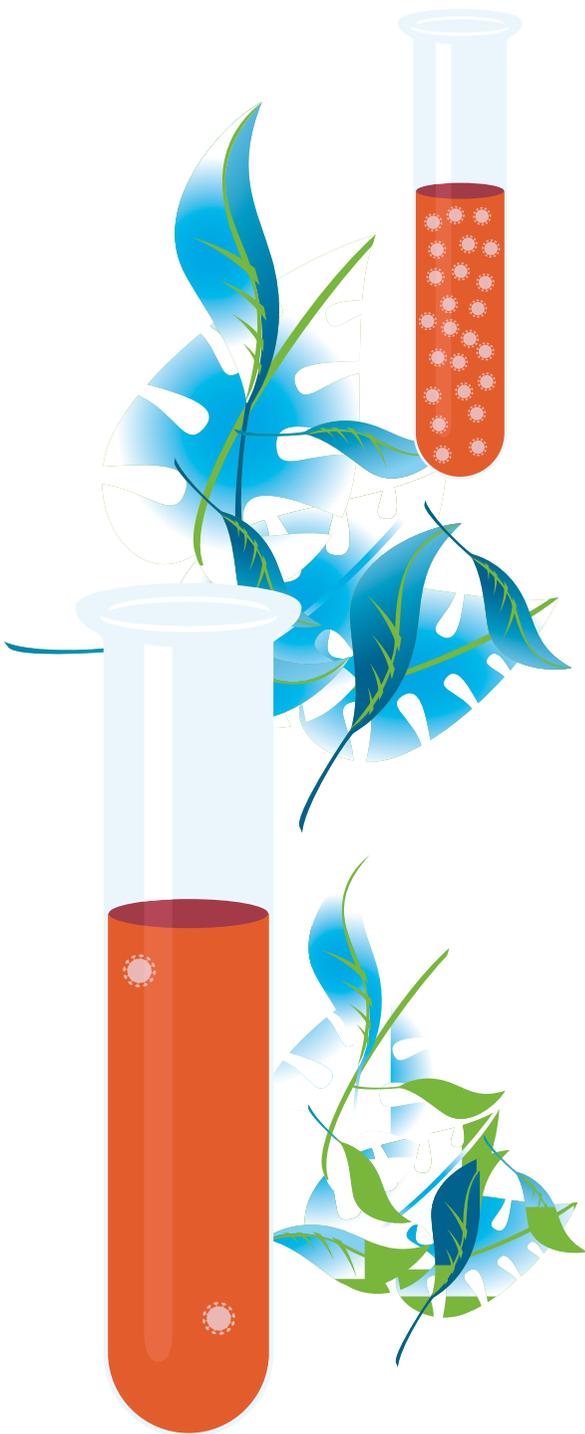
En primer lugar, es importante que te realicen una evaluación precoz mediante ultrasonidos, pero también habrás de hacer otro test, denominado prueba de la alfafetoproteína materna. Esta es una prueba que permite detectar posibles defectos en el tubo neural.

Las directrices españolas recogen la contraindicación de efavirenz durante el embarazo. Las recomendaciones solo consideran mantener este fármaco en aquellos casos en los que el diagnóstico del embarazo se haya hecho pasadas más de 6 semanas, en una mujer que estaba tomando una combinación antirretroviral que ya lo incluía.

Tampoco está recomendada durante el embarazo (o en caso de niños de menos de cuatro años) la formulación líquida de amprenavir (Agenerase®), un inhibidor de la proteasa que cada vez se utiliza con menos frecuencia.

Esto se debe a que tanto las mujeres embarazadas como los niños pequeños son incapaces de degradar uno de sus componentes, denominado propilenglicol. La formulación de amprenavir en cápsulas no contiene propilenglicol.

Tampoco se recomienda tomar didanosina (ddl; Videx®) durante el embarazo, ya que puede producir un pequeño aumento del riesgo de defectos congénitos. El empleo de nelfinavir (Viracept®) también puede provocar un ligero aumento de este riesgo. De todos modos,



estos medicamentos apenas se usan en la actualidad en España.

Asimismo, se desaconseja energicamente el uso de ddl y estavudina (d4T; Zerit®) de forma conjunta durante el embarazo. Se han registrado varios casos de fallecimientos durante la gestación en mujeres que utilizaban dichos medicamentos juntos.

En España, ya no se recomienda tomar estavudina excepto como último recurso.

Y, como hemos dicho anteriormente, no está recomendado el empleo de nevirapina en el caso de mujeres con recuentos de CD4 más elevados (por encima de 250 células/mm³).

En la tabla nº 2 al final de esta guía podrás encontrar los fármacos antirretrovirales recomendados en España durante el embarazo.

¿Voy a tener más efectos secundarios por estar embarazada?

Aproximadamente el 80% de las mujeres embarazadas que toman TARGA sufrirán algún tipo de efecto secundario con esos fármacos, un porcentaje similar al de personas que toman tratamiento contra el VIH y que no están embarazadas.

La mayoría de los efectos secundarios son leves y entre ellos se incluyen náuseas, dolor de cabeza, cansancio y diarrea. Aunque no es lo habitual, en ocasiones pueden ser muy graves.

Puedes encontrar información sobre los efectos secundarios de la terapia anti-retroviral y sobre cómo manejarlos en el portal web de nuestra organización (www.gtt-vih.org).

Una gran ventaja de estar embarazada es el seguimiento minucioso que recibirás durante las visitas clínicas regulares. Esto facilita que puedas consultar cualquier efecto secundario con tu médico/a.

Algunos de los efectos secundarios debidos a los antirretrovirales son muy semejantes a los cambios que experimenta tu cuerpo durante el embarazo, como por ejemplo, el malestar por las mañanas. Esto puede hacer más difícil identificar si la causa es el tratamiento o la gestación.

Muchos fármacos antirretrovirales pueden provocar náuseas y vómitos y es más habitual que suceda eso cuando empiezas a tomarlos. No obstante, si estás embarazada, estos efectos secundarios pueden suponer un problema añadido si padeces malestar matutino y para mantener la adherencia. Más adelante, en este folleto, se incluyen consejos para reducir las náuseas y para favorecer la adherencia.

Si el malestar matutino es intenso, es posible que te puedan recetar fármacos para tratar las náuseas (antieméticos), cuyo uso resulta seguro durante el embarazo.

Es posible que te sientas más cansada de lo habitual. De nuevo, es algo esperable, sobre todo si estás iniciando un tratamiento antirretroviral y te has

quedado embarazada al mismo tiempo. El cansancio puede estar provocado por una anemia (niveles bajos de glóbulos rojos). Este es un efecto secundario muy frecuente de AZT y también es común durante el embarazo. Un simple análisis de sangre podrá verificar esto. Si tienes anemia, probablemente tengas que tomar suplementos de hierro.

Todas las mujeres embarazadas corren el riesgo de desarrollar hiperglicemia (niveles elevados de azúcar en sangre) y diabetes durante el embarazo. Parece que las mujeres que toman inhibidores de la proteasa durante el embarazo corren un mayor riesgo de sufrir estas complicaciones habituales. Por ello, es importante que te asegures de que se controlan tus niveles de glucosa y que se examina la posible existencia de diabetes durante el embarazo. Es un procedimiento rutinario para todas las mujeres embarazadas.

Fuera del embarazo, el empleo de inhibidores de la proteasa se ha relacionado con el aumento de los niveles de bilirrubina.

Aunque dichos niveles proporcionan una valoración de la salud de tu hígado, no siempre son fiables en el caso de tomar el inhibidor de la proteasa atazanavir (Reyataz®). Con este fármaco, los niveles de bilirrubina pueden ser muy elevados sin que exista necesariamente un problema.

Los niveles de bilirrubina en el bebé, asimismo, pueden ser superiores a los normales y el equipo médico que te atiende hará un seguimiento estrecho de dichos niveles en tu hijo y, en caso

necesario, es posible que haya que utilizar fototerapia para reducirlos.

Pese a que unos niveles demasiado elevados de bilirrubina pueden dañar el cerebro en formación del bebé, no se ha registrado ningún caso de este problema con atazanavir.

Hoy en día, son muchas ya las mujeres que han tomado atazanavir durante el embarazo y parece resultar bastante seguro tanto para las madres como para sus hijos.

El embarazo puede suponer un factor de riesgo añadido de sufrir niveles elevados de ácido láctico. Tu hígado normalmente se encarga de regularlos. La acidosis láctica es un efecto secundario raro, pero peligroso y potencialmente mortal, de los análogos de nucleósido (ITIN).

El uso conjunto de d4T y ddl durante el embarazo parece ser especialmente peligroso por el riesgo de acidosis láctica. En la actualidad, en España, esta combinación no se recomienda durante el embarazo. En consecuencia, el riesgo de sufrir acidosis láctica es extremadamente bajo hoy en día.

7. PRUEBAS Y SEGUIMIENTO

¿Necesitaré realizar pruebas y seguimiento adicionales?

Tanto el embarazo como la atención del VIH requieren que se lleve a cabo un buen seguimiento de tu salud.

Las mujeres gestantes con VIH no necesitan recibir ningún seguimiento

adicional relacionado con su infección distinto al que tendrían si no estuviesen embarazadas.

Antes de iniciar la terapia antirretroviral, se hará una prueba para comprobar si el VIH presenta resistencia a algún fármaco (a menos que hayas sido diagnosticada de forma muy tardía). Si tomas un ciclo corto de tratamiento y lo abandonas, es recomendable realizar otra prueba de este tipo.

Si te quedas embarazada cuando ya estás tomando terapia antirretroviral o no necesitas tratamiento por tu propia salud, deberían realizarte un recuento de CD4 antes de empezar la terapia (o en cuanto descubras que estás embarazada si ya estás tomando tratamiento) y otro en el momento del parto.

Si inicias la terapia antirretroviral durante el embarazo, deberían hacerte una prueba de carga viral transcurrido un periodo de 2 a 4 semanas tras el inicio del tratamiento y al menos una cada trimestre, a la semana 36 y en el momento del parto.

Deberían realizarse pruebas para comprobar la función hepática cuando inicias la terapia y, posteriormente, en cada visita prenatal.

Si no alcanzas una carga viral indetectable a la semana 36, algunos médicos pueden recomendar que se haga un CTF (control terapéutico de fármacos). El CTF emplea análisis de sangre para comprobar si tu organismo está absorbiendo la cantidad adecuada de un medicamento. En ocasiones, los niveles de fármaco, sobre todo los inhibidores

de la proteasa, pueden variar mucho de una persona a otra y tienden a ser más bajos durante el embarazo. A veces, puede ser necesario ajustar la dosis.

El médico también debería hablar contigo acerca de la adherencia al tratamiento y quizá te proponga otra prueba de resistencia. Es posible que tengas que ajustar tu régimen antirretroviral.

Además del cuidado del VIH, te harán pruebas para descartar la presencia de hepatitis, sífilis y otras infecciones de

transmisión sexual (ITS), anemia y tuberculosis (TB). Las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones vaginales pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH.

Puede que también tengas que realizarte exámenes para comprobar si tienes toxoplasmosis o citomegalovirus (CMV), dos infecciones comunes que pueden transmitirse a tu bebé. Las pruebas deberían efectuarse lo antes posible durante el embarazo y, en caso necesario, deberías recibir tratamiento contra ellas.



Si no es el caso, las pruebas serán mera rutina y podrán variar ligeramente de un/a médico/a a otro/a. Las pruebas de rutina incluyen la toma de presión sanguínea y análisis de sangre y orina así como el control fetal.

Se denomina prueba invasiva a una intervención o examen en el que hay que entrar en el cuerpo de algún modo, bien utilizando una aguja o un tubo. Si una prueba es invasiva y no puede retrasarse hasta que tu carga viral sea indetectable, se recomendará que inicies la terapia antirretroviral con una combinación que incluya raltegravir. Por otra parte, se te administrará una dosis única de nevirapina de 2 a 4 horas antes de la prueba.

A menos que necesites algún cuidado adicional, probablemente tengas que visitar la clínica de forma mensual durante casi todo el embarazo y, a partir del octavo mes, cada dos semanas.

8. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE OTRAS INFECCIONES

Prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas durante el embarazo

En general, el tratamiento y la profilaxis de la mayoría de las infecciones oportunistas durante el embarazo son similares a las de las mujeres adultas no embarazadas. Solo hay unos pocos fármacos no recomendados.

Tu equipo médico debería descartar la presencia de infecciones oportunistas

de forma regular como parte de tu atención del VIH y mientras tu sistema inmunitario se recupera gracias a la TARGA.

Es posible que necesites tratamiento contra otras infecciones, en particular si te diagnostican de VIH durante el embarazo.

De ser necesarios, están recomendados la profilaxis y el tratamiento contra la neumonía por *Neumocystis carinii* (PCP), complejo *Micobacterium avium* (MAC) y tuberculosis (TB) durante el embarazo.

No se recomienda de forma rutinaria la profilaxis contra el citomegalovirus, las infecciones de candidas ni las infecciones fúngicas invasoras debido a la toxicidad de los fármacos. Con todo, no se debería evitar el tratamiento de infecciones muy graves únicamente por el embarazo.

Vacunación durante el embarazo

Las mujeres embarazadas corren un mayor riesgo de contraer la gripe y deberían vacunarse con independencia de si tienen VIH o no. Esta vacuna debería ser eficaz contra la cepa estacional y contra la H1N1.

Durante la gestación pueden emplearse las vacunas contra los virus de la hepatitis A (VHA) y de la hepatitis B (VHB), la gripe y el neumococo.

Las vacunas vivas, como las del sarampión, paperas y rubeola no deberían emplearse durante el embarazo.

Coinfección por VIH y el virus de la hepatitis B

Es muy probable que las madres que tienen una infección activa por VHB (virus de la hepatitis B) lo transmitan a sus bebés. Sin embargo, la transmisión puede prevenirse inmunizando al bebé contra el VHB poco después del nacimiento. Esto constituye una práctica de rutina en España.

También es muy probable que tras el primer trimestre tu médico te recomiende vacunarte contra el virus de la hepatitis A (VHA).

Podría ser apropiado que la combinación de la madre incluya fármacos antirretrovirales que también tengan actividad contra el VHB, especialmente lamivudina (lamivudina; Epivir®) o emtricitabina (FTC; Emtriva®) y tenofovir (Viread®).

Si tu recuento de CD4 está por debajo de 500 células/mm³ en el momento en que empieces a tomar tratamiento antirretroviral, deberías continuar tomándolo tras el parto. Si tu recuento está por encima de 500 células/mm³, podrías considerar también la posibilidad de continuar tomándolo. Si decides interrumpirlo, se te debería realizar un seguimiento estrecho de la función hepática.

Si por el contrario tu hígado está ya muy dañado, incluso teniendo un recuento de CD4 por encima de 500 células/mm³, sería aconsejable que continuaras tomando el tratamiento antirretroviral.

Coinfección por VIH y el virus de la hepatitis C

Si estás coinfectada por VHC (virus de la hepatitis C) y VIH –algo que puedes averiguar durante los exámenes de rutina durante el embarazo–, existe un riesgo de transmisión del virus hepático de hasta el 15%. El hecho de tratar la infección por VIH reducirá el riesgo de transmitir el VHC; por tanto, tendrás que tomar antirretrovirales con independencia de tu nivel de CD4.

Las madres con hepatitis C no deberían ser tratadas ni con interferón pegilado ni con ribavirina. Si ya estás tomando estos fármacos cuando descubres que estás embarazada, deberías dejar de tomarlos.

Es necesario realizar un seguimiento estrecho de tu infección por VHC. Deberías vacunarte contra el VHB y el VHA.

Si tienes una carga viral del VIH indetectable gracias a la terapia antirretroviral, puedes optar por un parto vaginal.

Si tu nivel de CD4 estaba por debajo de 500 células/mm³ antes de empezar el tratamiento, deberías seguir tomándolo después del nacimiento de tu bebé, con independencia de cómo de afectado tengas el hígado por el VHC.

También tendrías que seguir con tu terapia antirretroviral si tu nivel de CD4 está por debajo de 500 células/mm³ y tu hígado presenta daños. Si tu infección por VHC no ha progresado aún y tu recuento de CD4 es superior a 500 células/mm³, podrías dejar de tomar la terapia antirretroviral a menos que la

necesites por otro motivo. Sin embargo, si tienes daños en el hígado, es preferible seguir tomando dicha terapia.

Durante el embarazo no se recomienda interferón pegilado y ribavirina está contraindicada.

Coinfección por VIH y tuberculosis

Es importante tratar la tuberculosis durante el embarazo. Además, la coinfección por tuberculosis y VIH aumenta el riesgo de transmisión al bebé de las dos infecciones. La tuberculosis, asimismo, incrementa la posibilidad de que se produzca la transmisión del VIH *in utero* (en lugar de durante el parto).

Al igual que el VIH, la tuberculosis supone un mayor riesgo para la mujer embarazada y su bebé que su tratamiento o profilaxis.

La mayor parte de los fármacos antituberculosos de primera línea se pueden utilizar de forma segura durante el embarazo.

En cualquier caso, no se recomienda el uso del fármaco antituberculoso estreptomycinina durante el embarazo, ya que puede provocar sordera permanente en el bebé. No obstante, este fármaco apenas se usa en la actualidad para tratar la tuberculosis en España.

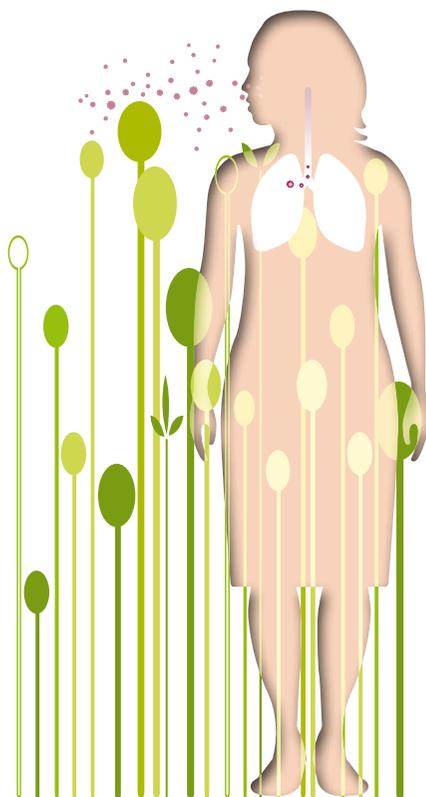
Tratamiento del herpes genital recurrente durante el embarazo

Muchas mujeres con VIH también sufren herpes genital. Las madres con VIH son mucho más propensas a sufrir un brote de herpes durante la etapa

de parto que las madres sin VIH. Para reducir este riesgo, a menudo se recomienda un tratamiento profiláctico con aciclovir.

El herpes se transmite con facilidad de madre a hijo/a. Incluso aunque la persona tenga una carga viral indetectable gracias a la terapia combinada, las llagas del herpes contienen niveles altos de VIH. El virus del herpes también puede liberarse de dichas llagas durante el alumbramiento, lo que pondrá al bebé en riesgo de sufrir herpes neonatal y aumentará el riesgo de transmisión de VIH.

La profilaxis y tratamiento con aciclovir resultan seguros durante el embarazo.



9. EL MOMENTO DEL PARTO

¿Puedo optar por un parto vaginal?

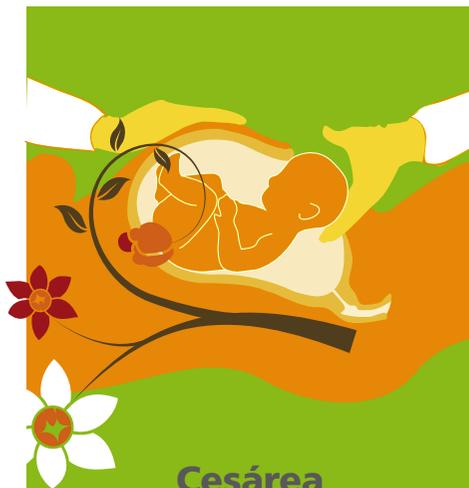
Es bien sabido que el periodo de mayor riesgo de transmisión vertical del VIH es en el momento del parto. Por lo tanto, la forma de nacer del bebé constituye un tema controvertido en este escenario.

Las directrices españolas recomiendan que la forma del parto debe ser consensuada por la madre y el equipo multidisciplinar que la atiende (obstetra, neonatólogo e infectólogo) tras la determinación de una prueba de carga viral en la semana 36 cuyos resultados permitan orientar en la elección de una u otra modalidad y tras informar a la paciente sobre los riesgos y ventajas de cada una de ellas.

El grupo español de expertos recomiendan el parto vaginal a las mujeres con VIH que han estado tomando tratamiento antirretroviral y que han llegado a la semana 36 con la carga viral indetectable y no sufren otras complicaciones médicas.

Los datos disponibles indican que las madres que reciben terapia combinada con una carga viral indetectable pueden dar a luz por vía vaginal y que el parto programado por cesárea no ofrece ninguna ventaja adicional a los bebés (a no ser que lo necesite por otro motivo).

Es recomendable que aclares con tu equipo médico cualquier preocupación que tengas con respecto a las distintas opciones de dar a luz. También es importante que tú y tu médico/a os aseguréis de que el VIH está bien tratado



Cesárea

Es una intervención que implica realizar un corte en la pared abdominal para retirar quirúrgicamente al bebé del útero. Es importante entender que si el VIH está bien tratado y la carga viral está por debajo del nivel de detección, el riesgo de transmisión al bebé es prácticamente nulo tanto con el parto vaginal como con la cesárea.

Si estás recibiendo tratamiento y decides dar a luz por vía vaginal, sigue existiendo la posibilidad de que necesites una cesárea de emergencia por razones obstétricas. Esto también puede suceder a cualquier mujer que dé a luz por vía vaginal, con independencia de si tiene VIH o no.

No obstante, es posible que los equipos médicos sean algo más cautelosos con una mujer con VIH que con una seronegativa a la hora de dar a luz por vía vaginal.

y que tu carga viral esté indetectable, no solo por el riesgo de transmisión, sino también por tu propia salud.

¿Puedo optar por un parto vaginal si ya me han hecho una cesárea antes?

Si tu carga viral es indetectable y no existen otros motivos que justifiquen la cesárea, el equipo médico que te atiende puede manejar con cuidado el parto vaginal. El 70% de las mujeres sin VIH que se encuentran en esta situación no tienen problemas con un parto vaginal.

¿Por qué en ocasiones se aconseja un parto por cesárea si tienes VIH?

Varios estudios iniciales demostraron que la cesárea electiva (o programada) reducía de modo significativo la transmisión de madre a hijo/a en comparación con el parto vaginal. Sin embargo, dichos estudios se llevaron a cabo antes de que la terapia combinada y las pruebas de carga viral se realizaran de forma rutinaria.

Si optas por una cesárea, la operación debe realizarse antes del inicio del parto y la rotura de las membranas (por eso se denomina “electiva” o “programada”).

¿Cuándo debería optar por una cesárea electiva?

Las directrices españolas recomiendan que las mujeres con VIH con una carga viral desconocida o superior a 1.000 copias/mL en la semana 36 deberían considerar la posibilidad de un parto por cesárea. Tu médico hablará contigo sobre tus resultados más recientes

de carga viral, sobre cuánto tiempo has estado en tratamiento y tu nivel de adherencia. Tus propias preferencias son relevantes para tomar esta decisión.

En aquellas mujeres con VIH en las que habiendo recibido tratamiento antirretroviral durante el embarazo la carga viral permanece en valores detectables entre 50 y 1.000 copias/mL, no está claro el beneficio de la cesárea programada respecto a la transmisión del virus. Por consiguiente, en este escenario, los expertos españoles recomiendan individualizar los casos explicando a la paciente los riesgos asociados a la cirugía frente a los potenciales beneficios, llegando a una decisión consensuada entre el profesional sanitario y la madre.

Si no necesitas tratamiento por tu propia salud y decides tomar solamente AZT, será preciso realizar una cesárea programada para reducir el riesgo de transmisión a niveles mínimos.

Si se opta por la cesárea programada para evitar la transmisión del virus al bebé (y no por otro motivo), debe hacerse cuando estés en la semana 38 o 39 de embarazo.

¿Qué ocurre si rompo aguas antes del momento previsto para la cesárea?

Si rompes aguas antes de la cesárea programada y tu carga viral está entre 50 y 999 copias/mL, el equipo médico que te atiende puede optar por la posibilidad de llevar a cabo una cesárea de urgencia. Si la carga es mayor de 1.000 copias/mL, se recomienda encarecidamente optar por dicha opción.

¿Si me someto a una cesárea ahora podré elegir un parto vaginal en el futuro?

Si te sometes a una cesárea ahora, será más complicado tener un parto vaginal en el futuro.

Es importante saber si tienes previsto tener más hijos en un país donde la cesárea programada no resulta posible, segura o no es fácil acceder a ella y donde el acceso a la atención obstétrica es menor.

¿Hay algo más que deba recordar para el parto?

Muchos libros sobre embarazo recomiendan que prepares con tiempo una bolsa o pequeña maleta. Esto es especialmente importante si eliges realizar un parto natural no programado. Mete pijamas o algo que ponerte en el hospital, un cepillo de dientes, un neceser y, por supuesto, tus fármacos antirretrovirales. Intenta llevarlos contigo aunque no estés segura de que haya comenzado el parto.

Es muy importante que recuerdes tomar todos los fármacos en la hora fijada como siempre, incluyendo el día del parto o de la cesárea programada. Es un momento crítico en el que deberías asegurarte de que no te saltas ninguna dosis.

Con todo lo que sucede en ese momento, puede resultar difícil recordarlo, especialmente si estás esperando desde hace mucho tiempo. Intenta que tu pareja o un/a amigo/a y el equipo médico estén al tanto de tus horarios de medicación,

de dónde guardas los medicamentos y de que te ayuden a recordar que tomes tus pastillas a tiempo.

10. FÁRMACOS DEL VIH Y SALUD DEL BEBÉ

En el pasado, algunas madres y médicos/as se habían mostrados reticentes a emplear o prescribir fármacos antirretrovirales durante el embarazo, debido a la preocupación por posibles efectos desconocidos sobre el bebé. Resulta difícil saber si existe algún efecto a largo plazo.

El seguimiento atento de los niños expuestos a AZT no ha evidenciado ninguna diferencia en comparación con otros niños.

Todos los niños nacidos de madres con VIH en España (y en otros muchos países) también están siendo controlados. Este estrecho seguimiento proporcionará información importante sobre la seguridad en el futuro.

Por último, parece evidente que el mayor riesgo para un bebé nacido de una madre que tiene VIH es el propio virus y los fármacos antirretrovirales pueden prevenir la transmisión.

¿Afectarán al bebé los fármacos del VIH?

Es una preocupación justificada, pero desgraciadamente no se puede dar una respuesta definitiva, aunque las pruebas disponibles hasta la fecha parecen indicar que los fármacos son razonablemente seguros.

Algunos estudios han examinado el riesgo de nacimiento prematuro, defectos de nacimiento y toxicidad en bebés.

Prematuridad

Diversos estudios evidencian la existencia de un mayor riesgo de prematuridad (bebé nacido con menos de 37 semanas de gestación) y bajo peso al nacer en el caso de madres que toman un tratamiento antirretroviral combinado de tres o más fármacos y cuya combinación incluye un inhibidor de la proteasa.

Un estudio británico descubrió una tasa general del 13% de estos casos (cuando normalmente se sitúa entre el 6% y el 8%).

Este riesgo no debería ser un motivo para que la madre evite tomar tratamiento durante el embarazo, sobre todo si lo necesita por su propia salud. No obstante, es importante ser consciente de los riesgos, debatirlos con tu equipo médico y asegurarte de que tanto tú como tu bebé recibís el mejor tratamiento, atención y seguimiento posibles en vuestra situación.

¿Los fármacos antirretrovirales puede provocar defectos de nacimiento?

Se han registrado muy pocos casos de defectos congénitos de bebés cuyas madres habían tomado estos fármacos durante el embarazo. La única precaución en este momento es posiblemente con dos fármacos: didanosina (Videx®) y nelfinavir (Viracept®), ninguno de los cuales está recomendado para su uso durante el embarazo en España.

¿Qué ocurre con la anemia?

Se han registrado casos de anemia en bebés nacidos de madres que tomaban medicación contra el VIH, pero pasan con rapidez y en raras ocasiones requieren una transfusión de sangre.

¿Qué sucede con la bilirrubina?

Es posible que los niveles de bilirrubina en el bebé sean también superiores a los normales en el caso de que se utilice atazanavir (Reyataz®); el equipo sanitario deberá hacer un seguimiento estrecho de los niveles de bilirrubina de tu hijo/a, al que pueden aplicar fototerapia para reducir dichos niveles en caso necesario.

Aunque unos niveles extremadamente elevados de bilirrubina pueden dañar el cerebro en desarrollo del bebé, no se han registrado casos de que esto suceda debido a atazanavir.

¿Se realizará un control de estos síntomas en mi bebé?

Sí. Los bebés nacidos de madres con VIH en tratamiento serán controlados de forma muy estrecha.

11. DESPUÉS DEL NACIMIENTO DEL BEBÉ

¿Qué tengo que tener en cuenta respecto a mi propia salud?

¡La adherencia al tratamiento! Esto significa que es importante tomar tus fármacos tal y como han sido prescritos.

Tu propia adherencia a la terapia anti-retroviral tras el nacimiento del bebé es un aspecto crucial.

Muchas mujeres mantienen una adherencia excelente durante el embarazo, y sin embargo, tras el nacimiento del bebé, es fácil que se olviden de su propia salud.

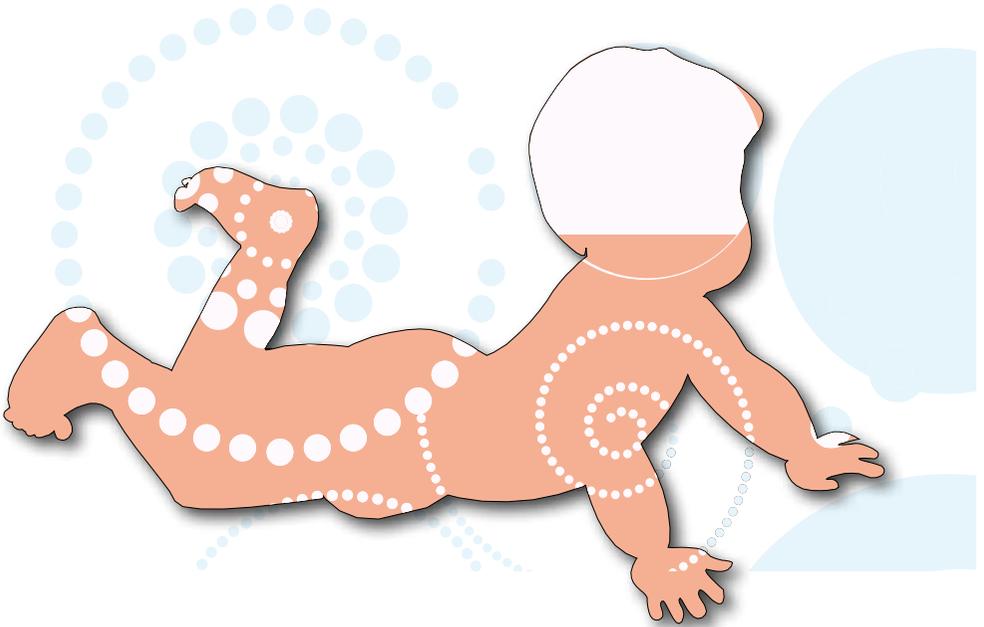
Esto no es muy sorprendente: tener un nuevo bebé puede suponer una enorme impresión y siempre desestabiliza. Tus rutinas cambiarán y es probable que no puedas dormir lo suficiente. En casos graves, las mujeres pueden tener una depresión posparto.

Necesitarás mucho apoyo adicional de tu familia, amigos y equipo sanitario. Puedes, asimismo, encontrar muy útil la participación en un grupo comunitario. Para muchas madres, el mejor modo de recordar que tienen que tomar su propia medicación es vinculándola al patrón de dosificación de su bebé. Por eso, si tu hijo tiene pautadas dos tomas al día y tú también, sería buena idea programarlas para el mismo momento.

¿Cómo y cuándo sabré si mi bebé tiene VIH o no?

Los bebés nacidos de madres con VIH al principio siempre darán positivo en las pruebas habituales de anticuerpos.

Esto se debe a que tienen el sistema inmunitario de la madre y comparten sus anticuerpos. Si tu bebé no está infectado por VIH, éstos irán desapareciendo de forma gradual. En ocasiones, pueden ser necesarios hasta 18 meses para ello.



La mejor prueba del VIH para bebés es similar a la prueba de carga viral. Se denomina prueba PCR (siglas en inglés de reacción en cadena de la polimerasa) de ADN del VIH, y busca virus en la sangre del bebé en lugar de respuestas inmunitarias.

Una buena práctica seguida en España y en otros países es realizar la prueba a los bebés en las primeras 48 horas de vida y, posteriormente, entre los 15-21 días, a las 4 o 6 semanas y a partir de los cuatro meses.

Se puede descartar con bastante probabilidad que existe infección por VIH en un niño menor de 18 meses si presenta, como mínimo, dos resultados negativos de PCR de ARN y/o de ADN en determinaciones de sangre diferentes, obtenidas por encima de las 6-8 semanas de vida ya sin tratamiento antirretroviral (especialmente en aquellos que reciben

una TARGA) y siendo alguna de estas obtenida a los 4 meses o después.

También has de saber que tu bebé dejará de tener tus anticuerpos cuando llegue a los 18 meses de edad. Este emocionante acontecimiento se denomina serorreversión. En todos los casos, se recomienda comprobar la desaparición de anticuerpos.

Para comprobar que el bebé no tiene VIH

La prueba de PCR (siglas en inglés de reacción en cadena de la polimerasa) del ADN del VIH es una prueba muy sensible que detecta minúsculas cantidades de ADN viral en el plasma sanguíneo.

La prueba “amplificará” o multiplicará el ADN de modo que pueda ser detectado con mayor facilidad.

¿Mi bebé necesitará tomar fármacos del VIH después de nacer?

Probablemente, tu bebé necesitará tomar fármacos antirretrovirales entre cuatro y seis semanas después de nacer.

Con toda probabilidad, el fármaco que recibirá será AZT, que debe tomarse dos o cuatro veces al día. En algunos casos, el bebé puede recibir otro fármaco o terapia combinada si tu VIH presenta resistencia a AZT o si tu bebé nació cuando tu carga viral aún era detectable.

Se debería intentar coordinar el tratamiento profiláctico del bebé con tu propio programa de tratamiento.

En la tabla nº 3 al final de esta guía podrás encontrar un resumen de las pautas de profilaxis antirretroviral en recién nacidos dependiendo de las distintas situaciones en las que se pueda encontrar la madre y el bebé.

¿Necesitaré emplear anticonceptivos después de que nazca el bebé?

Tras el nacimiento del bebé, recibirás asesoramiento sobre el uso de los anticonceptivos.

Si empezaste a tomar fármacos antirretrovirales durante el embarazo, es posible que no sea recomendable retomar o iniciar la anticoncepción oral. Esto se debe a que algunos antirretrovirales

pueden reducir el nivel de determinados anticonceptivos orales, lo que implica que podrían no ser un método de control infalible.

Por favor, asegúrate de que tu médico/a está al tanto de ello de modo que pueda aconsejarte.

12. ALIMENTACIÓN DEL BEBÉ

Existe el riesgo de que el VIH se transmita de madre a hijo/a a través de la leche materna.

Las madres con VIH que viven en países industrializados pueden evitarlo fácilmente empleando biberones y leche maternizada.

Biberón y leche maternizada gratis

Actualmente, a todas las madres con VIH en España se les recomienda encarecidamente el uso del biberón, con independencia de su nivel de CD4, carga viral o de si toman tratamiento o no.

Si has superado con éxito el embarazo y el parto, es importante que también preserves la salud de tu hijo/a durante la lactancia.

Las tasas de transmisión vertical del VIH son muy bajas en España. Además de la utilización de antirretrovirales durante el embarazo y de la realización de un parto atendido de forma muy cuidadosa, la alimentación exclusiva con leche maternizada ha contribuido a que estas tasas sean tan pequeñas.

Todas las madres con VIH de España deberían recibir ayuda para alimentar a

sus bebés. Si no puedes permitirte comprar leche maternizada y los utensilios utilizados en su preparación, en algunas Comunidades Autónomas existen programas que permiten el acceso gratuito a ellos. Pregunta en tu hospital sobre esta posibilidad.

En el hospital que des a luz, la comadrona te debería preguntar si necesitas apoyo adicional cuando vayas a abandonar el hospital con tu bebé. Intenta conseguir información sobre las ayudas de las que te puedes beneficiar para obtener leche maternizada de forma gratuita en la zona en la que vives.

El tratamiento médico y la provisión de leche maternizada serán confidenciales. Por favor, asegúrate de que aprovechas este recurso si lo necesitas.

¿Puedo dar el pecho de vez en cuando?

Está estrictamente recomendado no dar el pecho ni siquiera de forma ocasional. De hecho, varios estudios mostraron que la "alimentación mixta" puede comportar un riesgo de transmisión incluso mayor que si solo dieras el pecho de forma exclusiva.

A veces, la gente me pregunta por qué no doy el pecho

En ocasiones, las madres pueden preocuparse porque ser vistas con el biberón las identificará como portadoras del VIH.

Depende de ti si cuentas a alguien o no que vives con el VIH.

Si no quieres decirle a nadie el verdadero motivo por el que das el biberón al bebé, tu médico/a o comadrona pueden ayudarte a buscar razones para explicar por qué no das el pecho. Por ejemplo, puedes decir que tienes grietas en los pezones o que no tienes leche, motivos ambos bastante comunes.



Recuerda que NO eres una mala madre por no dar el pecho.

Lactancia materna

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho públicas unas nuevas directrices sobre alimentación infantil dirigidas a mujeres en países donde la alimentación de reemplazo no está disponible o no resulta segura.

La lactancia resulta más segura si la madre está tomando tratamiento antirretroviral.

Las autoridades sanitarias españolas recomiendan que se evite por completo la lactancia materna a madres con VIH, con independencia de si la madre está saludable, tiene una carga viral indetectable o recibe tratamiento.

Muchos grupos comunitarios también recomiendan que las madres con VIH eviten completamente dar leche materna a sus hijos.

13. CONSEJOS

Consejos útiles para mantener la adherencia

En primer lugar, antes de iniciar el tratamiento es importante que obtengas toda la información sobre lo que tendrás que hacer:

- ¿Cuántas pastillas tengo que tomar?
- ¿Cada cuánto tiempo hay que tomarlas?
- ¿Cómo de exacta ha de ser la hora de la toma?

- ¿Existen indicaciones sobre comidas o forma de almacenamiento?
- ¿Existen opciones más sencillas?

Es aconsejable que cada mañana separes los fármacos del día y emplees un pastillero. De este modo, siempre podrás comprobar si te estás tomando todas las dosis sin saltarte ninguna.

Procura llevar contigo fármacos extra si te ausentas durante unos días.

Intenta mantener un pequeño suministro de fármacos en lugares en los que puedas necesitarlos en caso de emergencia. Por ejemplo, en tu coche, en el trabajo o en casa de un/a amigo/a.

Procura que tus amistades te ayuden a recordar los horarios de tomas más difíciles o cuando sales por la noche.

Si dispones de un teléfono celular con alarma, puedes programarlo para que te recuerde que tomes tus medicamentos a la misma hora todos los días. También puedes hacer lo mismo con el calendario del ordenador.

En caso de que necesites un servicio de calendario *online*, como el de Google, puedes ajustarlo para que te avise cada día. Algunos calendarios *online*, pueden enviarte mensajes a tu teléfono móvil a la misma hora todos los días.

Puedes preguntar a personas que ya están en tratamiento qué tal lo llevan y qué consejos te darían. Algunos hospitales y ONG pueden ayudarte a ponerte en contacto con personas que ya toman el mismo tratamiento que tú, si crees que podría ser de ayuda.

Es importante que contactes con tu hospital o clínica si tienes problemas graves con los efectos secundarios. El personal que trabaja allí puede ayudarte y planear un posible cambio de tratamiento en caso necesario.

Consejos útiles contra el malestar matutino o las náuseas asociadas al tratamiento

- Procura comer menos cantidad en las comidas y con más frecuencia en lugar de comer mucho en pocas comidas al día.
- Intenta comer alimentos suaves y evita comidas picantes, grasientas o de olores fuertes.
- Procura tener a mano cerca de tu cama algunas galletas, así podrás tomarte una o dos antes de levantarte por la mañana.
- El jengibre puede ser muy eficaz y puedes tomarlo en forma de pastillas, como polvo de raíz o bien tomar la raíz de jengibre fresca pelada y pasada por agua.
- Si el olor de los guisos te molesta, puedes abrir las ventanas mientras

cocinas y mantener la cocina bien ventilada.

- Las comidas en microondas se preparan rápidamente y originan pocos olores. Además, te permiten comer tan pronto como tengas hambre. Si es posible, también es útil poder recurrir a alguien que te prepare la comida.
- No deberías comer en una habitación mal ventilada o en la que queden olores de haber cocinado.
- Procura comer sentada a la mesa en lugar de tumbada y no es aconsejable que te acuestes de inmediato después de comer.
- Intenta no beber durante la comida o inmediatamente después. Es mejor esperar una hora y después beber con lentitud a sorbos. Para las mujeres embarazadas es importante no deshidratarse, por lo que procura recordar beber fuera de las comidas.
- Procura tomar alimentos fríos más que calientes o deja enfriar la comida antes de tomártela.
- La menta también es útil y puede tomarse en forma de infusiones, dulces o chicles.



CD4 y carga viral

Estos son los principales análisis sanguíneos empleados para monitorizar tu salud y tu respuesta al tratamiento.

Recuento de CD4: Esta medida sirve para comprobar el estado de tu sistema inmunitario. Se emplea para decidir cuándo necesitas iniciar el tratamiento.

Porcentaje de CD4 (%CD4): Es similar al recuento de CD4, pero a menudo resulta más estable.

Carga viral: Esta prueba mide la cantidad de VIH en una muestra de sangre. Se utiliza para comprobar si el tratamiento está actuando de forma eficaz.

Incluso unos datos aproximados de tu historial previo resultan de utilidad y el equipo médico puede proporcionártelos. Los datos más relevantes son el valor más bajo de recuento de CD4 (valor nadir), los valores más elevados de carga viral y los resultados de cuando recibiste el diagnóstico y antes de empezar el tratamiento, o de interrumpirlo o cambiarlo.

Fecha (mes/año)	CD4 (células/mm ³)	%CD4	Carga viral	Otras notas
Ej.: Julio 2007	234	14	180.000	

Historial de tratamiento antirretroviral

La elección de los nuevos y futuros fármacos dependerá de los que ya hayas utilizado en el pasado y el motivo por el que dejaste de usarlos. Esto se debe, principalmente, a la resistencia y los efectos secundarios. Si no puedes recordar los detalles exactos, incluso las fechas aproximadas resultan de utilidad (por ejemplo: haber tomado AZT durante 6 meses en 2002, etc.).

Nombre del fármaco y dosis	Fecha de inicio (mes/año)	Fecha de finalización (mes/año)	Motivo
Ej.: d4T 40mg	Febrero 2003	Enero 2004	Neuropatía

14. TABLAS

Tabla 1: Manejo del tratamiento antirretroviral durante el embarazo dependiendo de las distintas situaciones en las que se pueda encontrar la mujer embarazada

	Semana de inicio del tratamiento recomendada	Pautas de antirretrovirales
Mujer embarazada que aún no toma tratamiento ni precisa de su inicio inmediato	A las 12-14 semanas de embarazo	IP/r + 2 ITIN o NVP + 2 ITIN
Mujer embarazada que aún no toma tratamiento y precisa de su inicio inmediato	Tan pronto como sea posible	IP/r + 2 ITIN o NVP + 2 ITIN
Mujer embarazada que está tomando tratamiento antirretroviral	Mantener tratamiento. Si se interrumpió el tratamiento, reiniciar a la semana 12-14	Si la pauta incluye efavirenz (Sustiva®), didanosina (Videx®) o estavudina (Zerit®), sustituirlos
Mujer embarazada que precisa tratamiento con historial de abandono	Iniciar tratamiento tan pronto como sea posible	Seleccionar tratamiento tras análisis de resistencias y de tratamientos anteriores
Mujer embarazada con infección por VIH reciente	Iniciar tratamiento en el momento del diagnóstico	Seleccionar tratamiento que contenga IP/r
Mujer que está tomando tratamiento anti-VIH que desea quedarse embarazada	Continuar con el tratamiento	Si la pauta incluye efavirenz (Sustiva®), didanosina (Videx®) o estavudina (Zerit®), sustituirlos
<p>Legenda: IP/r: Inhibidores de la proteasa potenciados por ritonavir (Norvir®) ITIN/t: Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido o nucleótido NVP: nevirapina (Viramune®)</p>		

Tabla 2: Fármacos antirretrovirales recomendados en España durante el embarazo

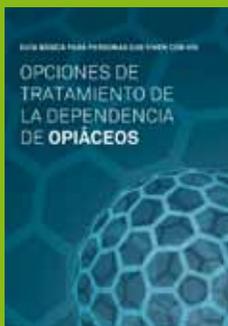
	Fármacos recomendados	Fármacos alternativos (si no pueden prescribirse los recomendados)	Fármacos no recomendados (solo se prescriben si no hay otra alternativa)	Fármacos contraindicados (no tomar en ningún caso)
ITIN/t	- zidovudina (AZT, Retrovir®, también en Combivir®) - lamivudina (3TC, Epivir®, también en Combivir® y Kivexa®)	- abacavir (Ziagen®, también en Kivexa®) - tenofovir (Viread®, también en Truvada®) - emtricitabina (Emtriva®, también en Truvada®)	- didanosina (Videx®) - estavudina (Zerit®)	Combinar didanosina (Videx®) y estavudina (Zerit®)
ITINN	nevirapina (Viramune®)		etravirina (Intelence®)	efavirenz (Sustiva®)
IP/r	- lopinavir/ritonavir (Kaletra®) - atazanavir/ritonavir (Reyataz®/Norvir®)	- darunavir/ritonavir (Prezista®/Norvir®) - saquinavir/ritonavir (Invirase®/Norvir®)	- fosamprenavir/ritonavir (Telzir®/Norvir®) - tipranavir/ritonavir (Aptivus®/Norvir®)	
Inhibidores de la fusión			enfuvirtida (Fuzeon®)	
Inhibidores de la integrasa		raltegravir (Isentress®)		
<p>Leyenda: IP/r: Inhibidores de la proteasa potenciados por ritonavir (Norvir®) ITIN/t: Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido o nucleótido NVP: nevirapina (Viramune®)</p>				

Tabla 3: Pautas de profilaxis antirretroviral en recién nacidos dependiendo de las distintas situaciones en las que se pueda encontrar la madre y el bebé

Situaciones en el recién nacido	Profilaxis
Madre en tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable	4 semanas de tratamiento con zidovudina (AZT)
Madre con VIH diagnosticado en el parto sin tiempo para iniciar terapia antirretroviral	4 semanas de tratamiento con zidovudina/lamivudina 15 días de tratamiento con nevirapina (Viramune®) o 3 dosis del fármaco durante la primera semana de vida
Madre en tratamiento antirretroviral y carga viral detectable en el parto	4 semanas de tratamiento con zidovudina/lamivudina 15 días de tratamiento con nevirapina (Viramune®) o 3 dosis del fármaco durante la primera semana de vida

Situaciones en el recién nacido prematuro	Profilaxis
Madre en tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable	4 semanas de tratamiento con zidovudina (AZT) Valorar la administración de dosis única de nevirapina (Viramune®) a la madre, al menos dos horas antes del parto para favorecer el paso a través de la placenta o directamente al recién nacido
Madre con VIH diagnosticado en el parto sin tiempo para iniciar terapia antirretroviral	4 semanas de tratamiento con zidovudina (AZT) Dosis única de nevirapina (Viramune®) a la madre, al menos dos horas antes del parto para favorecer el paso a través de la placenta o directamente al recién nacido
Madre en tratamiento antirretroviral y carga viral detectable en el parto	4 semanas de tratamiento con zidovudina (AZT) Dosis única de nevirapina (Viramune®) a la madre, al menos dos horas antes del parto para favorecer el paso a través de la placenta o directamente al recién nacido

OTRAS PUBLICACIONES DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE TRATAMIENTOS DEL VIH (gTt-VIH)



Opciones de tratamiento de la dependencia de opiáceos: Guía básica para personas que viven con VIH

¿Qué debo saber sobre el tratamiento de la hepatitis C?



Transmisión sexual del VIH: Guía para entender las pruebas de detección y el riesgo en las prácticas sexuales

DISPONIBLES EN:
www.gtt-vih.org/aprende/publicaciones

VIH, embarazo y salud materna
Guía básica para mujeres que viven con VIH



Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH)
c/ Casp 118-120, Ático 2ª 08013 Barcelona (España)
contact@gtt-vih.org www.gtt-vih.org