

VIH, embarazo y salud femenina

- 🌀 La salud de la madre
- 🌀 Planificar el embarazo
- 🌀 Fármacos
- 🌀 Opciones de parto
- 🌀 Después del nacimiento
- 🌀 Coinfección con hepatitis

VIH, embarazo y salud femenina



Primavera 2006

Contenidos

Introducción	1
Cuestiones básicas y generales	1
Información adicional	5
Proteger y asegurar la salud de la madre	5
Planificar el embarazo	6
Cuidado prenatal y tratamiento del VIH	9
Fármacos del VIH durante el embarazo	11
Resistencia, seguimiento y otras pruebas	14
Prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas durante el embarazo	15
Vacunación durante el embarazo	15
Tratamiento del herpes genital recurrente durante el embarazo	15
VIH y coinfección por hepatitis	16
Fármacos del VIH y la salud del bebé	16
Opciones de parto y empleo de cesárea	17
Después del nacimiento del bebé	19
Lactancia: riesgos y opciones	20
Consejos de otras guías	21
Tablas de apoyo a la adhesión	22

© La información contenida en este guía no tiene *copyright*, alentamos su reproducción y distribución siempre que se haga sin ánimo de lucro, no sea alterada y se cite la fuente.

i-base: 3rd Floor East, Thrale House, 44-46 Southwark Street, London, SE1 1UN. www.i-base.org.uk

gTt: c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona (España) +34 932080845 contact@gtt-vih.org www.gtt-vih.org

Introducción

Esta guía editada por gTt es una adaptación al español de la segunda edición de la guía de embarazo de la organización i-Base con sede en Londres (Reino Unido). La versión original en inglés para el Reino Unido de esta guía está disponible en www.i-base.info. Las recomendaciones sobre embarazo de la asociación británica del VIH (BHIVA), que se actualizan regularmente, pueden consultarse en www.bhiva.org.

En España, existen unas recomendaciones sobre el tratamiento de la infección por VIH en mujeres embarazadas y la prevención de la transmisión de madre a hijo/a que han sido elaboradas por el Grupo de Estudio de SIDA (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), junto con la Asociación Española de Pediatría, el Plan Nacional sobre el SIDA y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Aunque estas serían las recomendaciones vigentes en España, se trata de un documento creado en 2001 y que hasta la fecha no ha sido actualizado. Puede consultarse en www.gesidaseimc.com.



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 sea útil en todas las etapas, antes, durante y después del embarazo. Te debería resultar útil tanto si ya estás tomando terapia como si no. Incluye información sobre tu propia salud y de la de tu bebé.

Si acabas de recibir el diagnóstico del 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 sobrecogedor por sí mismo. Puede que sea incluso más duro si descubres ambas cosas al mismo tiempo.

Antes de leer esta guía, puede que nunca hayas oído o leído nada acerca del VIH. Como verás, tanto el embarazo como el cuidado del VIH implican el uso de muchas palabras y términos nuevos. Intentaremos ser claros respecto al significado de esos términos y de cómo pueden afectar a tu vida.

Como nota optimista, hay que destacar que no importa 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. En la página 5 se incluyen detalles sobre contactos de utilidad.

Los consejos que recibas de estas 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 dispone de bastante tiempo para decidir sobre su tratamiento tras el diagnóstico. Éste puede que no sea el caso si el diagnóstico se produce durante el embarazo. Puede que te veas obligada a tomar algunas decisiones serias con más rapidez.

Decidas lo que decidas, asegúrate de que entiendes las recomendaciones que recibes. Aquí encontrarás algunos consejos si estás confundida o preocupada sobre cómo sopesar tus opciones:

- Haz muchas preguntas.
- Lleva contigo a tu pareja o un/a amigo/a 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 tener tanta información como sea posible te ayudará a tomar decisiones informadas.

Las únicas decisiones “correctas” son las que tomas tú misma.

Y podrás tomarlas tras aprender todo lo que puedas sobre VIH y embarazo.

• **Terapia combinada o terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA)** son términos empleados para describir una estrategia que incluye el uso de tres o más fármacos para tratar el VIH.

• Los fármacos anti-VIH no son eficaces de forma individual para tratar el VIH (monoterapia), pero pueden serlo si se combinan.

• Para más información consulta la guía **Introducción a las terapias combinadas** o la sección ‘aprende’, ambas en www.gtt-vih.org

- La transmisión del VIH ocurre cuando el virus pasa de una persona a otra. Cuando esto sucede de madre a bebé, se denomina transmisión "de madre a hijo/a" (TMH), perinatal o transmisión vertical.
- Los bebés que se infectan por VIH de este modo se denominan "niños infectados verticalmente".

- Las pruebas de carga viral miden la cantidad de virus en sangre. Las medidas se realizan en copias por mililitro (por ejemplo, 20.000 copias/ml).
- La carga viral constituye una medida de la progresión del VIH. 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 una transmisión de madre a hijo/a son prácticamente nulas.

Resistencia

- Si sólo tomas un fármaco (monoterapia) o una combinación de fármacos que no es lo suficientemente potente para conseguir que tu carga viral sea indetectable, el VIH puede hacerse resistente a los fármacos.
- Si tu VIH es resistente a un fármaco, dejará de funcionar igual de bien, o puede que no funcione en absoluto.
- Para evitar la aparición de resistencias, tendrás que tomar una combinación de al menos tres fármacos antirretrovirales.
- Es importante evitar la aparición de resistencias durante el embarazo.

¿Pueden ser madres las mujeres con VIH?

Sí, con el tratamiento anti-VIH. Mujeres de todo el mundo han empleado con seguridad fármacos antirretrovirales durante el embarazo hace ya más de 10 años. Esto supone en la actualidad tomar al menos tres fármacos anti-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 emplean.

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 volver a tenerlos/las).

Tu tratamiento del VIH protegerá a tu bebé

Los beneficios del tratamiento no sólo son para tu propia salud, sino que al tratar el VIH se reducirá casi a cero el riesgo de que tu bebé se infecte. Sin tratamiento, aproximadamente el 25% de los bebés nacidos de madres con VIH nacerá con VIH. Uno de cada cuatro no es una buena probabilidad, especialmente porque el actual tratamiento del VIH puede prevenir casi completamente la transmisión.

¿Cómo se transmite el VIH al bebé?

Aún se desconoce el mecanismo exacto por el que se produce la transmisión del VIH de madre a hijo/a. Sin embargo, la mayoría de las transmisiones se produce poco antes o durante el proceso de parto y alumbramiento (cuando nace el bebé). La transmisión también puede producirse durante la lactancia.

Determinados factores de riesgo parecen aumentar la probabilidad de transmisión durante el parto. El mayor de ellos es el nivel de carga viral de la madre.

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.

Esto es de especial importancia en el momento del alumbramiento. El tiempo que transcurre entre romper aguas y el alumbramiento en sí constituye también un factor de riesgo de transmisión. Este periodo se conoce como "duración de la rotura de membranas".

Otros factores de riesgo son el nacimiento prematuro y la falta de cuidado prenatal del VIH.

Algunos puntos clave a recordar:

- La salud de la madre está relacionada directamente con el estado serológico VIH del bebé.
- Que el padre del bebé tenga VIH no afectará al hecho de que el bebé nazca con VIH.
- El estado serológico 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?

En España se recomienda la prueba del VIH a todas las mujeres embarazadas. En la actualidad, esta prueba forma parte del cuidado prenatal de rutina.

Para una mujer es importante realizarse una prueba del VIH cuando está embarazada. 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 significa que es consciente de por qué y cómo puede proteger a su bebé del VIH si el resultado de la prueba es positivo.

- **Las células CD4 son un tipo de glóbulos blancos que ayudan a nuestro cuerpo a luchar contra la infección. Estas células también son las que el VIH infecta y utiliza para realizar copias de sí mismo y así propagarse más.**
- **El recuento de CD4 es el número de células CD4 en un milímetro cúbico (mm³) de sangre. El recuento de CD4 es una medida de tu situación VIH.**
- **Los recuentos de CD4 cambian de una persona a otra, pero para un adulto sin VIH cabría esperar un recuento de CD4 entre 400 y 1.400 células/mm³. Algunos factores, como estar cansada, enferma o embarazada pueden provocar una disminución temporal del recuento de CD4.**
- **Un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³ se considera bajo, y las directrices de tratamiento recomiendan iniciar la terapia antes de que el recuento descienda por debajo de este nivel. Podrías ser más vulnerable a la infección si tienes un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm³.**

Con independencia del embarazo, las mujeres deberían recibir el tratamiento óptimo para su estado del VIH

¿Cómo protegen al bebé los fármacos del VIH?

La reducción del riesgo de infección del bebé fue uno de los primeros beneficios de la terapia anti-VIH.

PACTG 076 es el nombre de un famoso ensayo clínico conjunto francoestadounidense cuyos resultados fueron anunciados en 1994. Éste constituyó el primer estudio que mostraba que el uso del fármaco AZT podría proteger al bebé. Las madres tomaron AZT antes y durante el proceso de parto, y los bebés recibieron AZT durante seis semanas después del nacimiento. Esta estrategia redujo del 25% al 8% el riesgo de que el bebé se infectara por VIH.

Después de 1994, esta estrategia se recomendó a todas las mujeres embarazadas con VIH. En los últimos años se ha avanzado incluso más, especialmente desde que el uso de la terapia combinada se hiciera más habitual a finales de los años 90. Las tasas de transmisión con la terapia combinada actualmente son inferiores al 1%.

AZT es todavía el único fármaco autorizado para su uso en el embarazo. Por este motivo, algunos/as médicos/as aún prefieren incluirlo en la terapia combinada de la mujer cuando está embarazada. Sin embargo, si el virus ha desarrollado resistencia a AZT, no se debería emplear este fármaco. Otros motivos por los que algunas mujeres no utilizan AZT podrían ser que consideran que sus efectos secundarios son muy difíciles de manejar o que ya están empleando una combinación de fármacos estable y eficaz que no contiene AZT.

En estos casos, puede ser adecuado emplear una combinación sin AZT. Las tasas de transmisión de las madres que emplean combinaciones sin AZT son similares a las de aquellas que contienen AZT. Como regla general se puede decir que "lo que es bueno para la madre es bueno para el bebé".

- **Prenatal se refiere al periodo de tiempo antes del nacimiento de un bebé, el tiempo en el que el feto (el bebé en desarrollo) crece en el útero de la madre.**
- **Infecciones oportunistas son infecciones que pueden provocar graves enfermedades en personas con bajos recuentos de CD4, como es el caso de muchas personas con VIH. Estas infecciones por lo general no se producen en personas con sistemas inmunitarios sanos.**
- **Ejemplos de infecciones oportunistas que pueden producirse en personas con VIH (por lo general cuando no están tomando terapia combinada) son neumonía PCP, citomegalovirus y complejo *Micobacterium avium* (MAC).**

No obstante, es importante recordar que a pesar de los enormes avances y éxitos cosechados por la terapia combinada, su uso en mujeres embarazadas aún se encuentra en una etapa relativamente temprana. Todavía se desconocen muchos aspectos. Deberías comentar los riesgos y beneficios del tratamiento con el equipo médico que te atiende, lo que incluye los factores conocidos y desconocidos a corto y largo plazo.

¿Es realmente seguro tomar fármacos anti-VIH durante el embarazo?

En muchos casos, a las mujeres embarazadas se les aconseja que eviten tomar medicaciones. Sin embargo, esto no es así cuando se considera el uso de tratamiento del VIH durante el embarazo. Esta discrepancia puede parecer confusa.

Nadie puede asegurarte de que es completamente seguro usar fármacos del VIH cuando estás embarazada. Algunos medicamentos del VIH, por ejemplo, no deberían emplearse durante esa época. Sin embargo, 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/a sopearéis las ventajas e inconvenientes de usar tratamiento, tanto para ti como para tu bebé.

Tu equipo médico también tiene acceso a un registro internacional de nacimientos con defectos, en el que puede hacerse un seguimiento de nacimientos con defectos de bebés expuestos a fármacos antirretrovirales desde 1989. El registro puede encontrarse en el siguiente sitio web: www.apregistry.com

Hasta ahora, el registro no ha observado un aumento significativo del tipo o tasa de nacimientos con defectos en comparación con los de los bebés nacidos de madres que no tomaban fármacos del VIH.

¿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. No hará que el VIH progrese más rápido.

Sin embargo, estar embarazada puede suponer una disminución del recuento de CD4. Esta disminución suele estar en torno a las 50 células/mm³, pero puede variar mucho. Esta disminución sólo es temporal. Tu recuento de CD4 por lo general volverá al nivel que tenía antes del embarazo poco después del nacimiento del bebé.

Sin embargo, la disminución debería tenerse en cuenta si tu recuento de CD4 cae por debajo de las 200 células/mm³. Por debajo de este nivel, el riesgo de sufrir infecciones oportunistas es más alto. Estas infecciones podrían afectarte tanto a ti como al bebé, y necesitarán tratarse inmediatamente si se producen. Por lo general, las mujeres embarazadas necesitan el mismo tratamiento para prevenir las infecciones oportunistas (IO) que las personas que no están embarazadas (véase página 15).

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 otras guías disponibles en www.gtt-vih.org o en la sección APRENDE de este mismo portal.

Introducción a la terapias combinadas Conocer y manejar los efectos secundarios

Estas guías gratuitas proporcionan información adicional básica sobre el mejor uso y aprovechamiento de tu tratamiento. Además, también explican palabras y frases presentadas aquí que pueden seguir siendo poco familiares o confusas, incluyendo CD4, carga viral y resistencia. Puedes, si lo deseas, acceder a la versión en inglés en: www.i-base.info.

Línea de información telefónica

El Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) ofrece un servicio especializado de información en el teléfono 93 458 26 41. Si quieres hablar con alguien sobre tratamientos del VIH y embarazo, llámanos e intentaremos ayudarte. El servicio está disponible lunes y miércoles de 11h a 18h. También ofrecemos un servicio de información por correo electrónico mandando tu consulta a la siguiente dirección: consultas@gtt-vih.org.

Más información de contactos

Creación Positiva

Información, asesoramiento y acompañamiento para mujeres con VIH y sus parejas.
Teléfono: 93 431 45 48

E-mail: crea@creacionpositiva.net
Web: www.creacionpositiva.net

Programa Actua Dona (ACTUA)

Servicios de atención, individual y grupal, para la mujer seropositiva y su entorno.
Teléfono: 93 418 50 00
E-mail: dona04@actua.org.es
Web: www.actua.org.es

Genera

Atención y seguimiento para trabajadoras del sexo
Teléfono: 627 28 78 02
E-mail: generabcn@yahoo.es

Grupo Mujeres y VIH (Red2002)

Grupo de trabajo sobre temas de mujer y VIH. Activismo político.
Teléfono: 93 208 08 45
E-mail: lista.mujeres@red2002.org.es
Web: www.redpositiva.red2002.org.es

AIDSMEDS.com/español

Portal sobre el VIH y sus tratamientos en inglés y español.
www.aidsmeds.com/espanol/lecciones/Embarazo.htm

Recomendaciones españolas sobre el tratamiento del VIH en mujeres embarazadas y la prevención de la transmisión de madre a hijo/a.
www.gesidaseimc.com

Tu centro médico tal vez disponga de una lista de servicios de apoyo locales.



Proteger y asegurar la salud de la madre

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

En ocasiones, la investigación 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 trabajadores/as sanitarios/as 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 directamente con tu propio cuidado. El *counseling* prenatal de las mujeres con VIH debería incluir siempre:

- consejos y explicaciones sobre cómo prevenir la transmisión de madre a hijo/a;
- información sobre cómo tratar el VIH de la propia madre, y por último;
- información sobre el tratamiento del VIH de la madre en el futuro.

Con toda certeza, tu bebé va a necesitar que estés bien y con salud a medida que crezca. Y tu querrás verlo/la ir a la escuela y convertirse en adulto/a.

*Para
un bebé
nada es más
importante que
la salud de
su madre*

Una médica que ha estado utilizando de forma eficaz la terapia combinada para tratar a mujeres con VIH durante el embarazo sigue lo que ella denomina sus "principios de cuidado", que se resumen a continuación.

Principios de cuidado

- La madre debería ser capaz de tomar sus propias decisiones sobre cómo llevar el embarazo. Debería ser capaz de elegir su propio tratamiento durante el embarazo.
- Los/las trabajadores/as sanitarios/as deberían proporcionar información, educación y *counselling* imparcial, que sirva de apoyo y sin prejuicios.
- El VIH debería controlarse 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 adecuadamente.
- Los fármacos anti-VIH deberían emplearse para reducir la carga viral a niveles indetectables.
- Las madres deberían ser tratadas de la mejor manera para evitar que emerjan resistencias a los fármacos del VIH.
- Las madres deberían poder tomar decisiones informadas respecto a cómo y cuándo nacerán sus bebés.



Planificar el embarazo

Preconcepción, embarazo planificado y tu derecho a tener un bebé

Muchas mujeres con VIH se quedan embarazadas cuando ya saben su estado serológico al VIH. Además, muchas mujeres ya están tomando fármacos anti-VIH cuando se quedan embarazadas.

Si estás planeando quedarte embarazada, tu médico/a debería aconsejarte que:

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

Es importante que puedas asegurarte de que recibas el cuidado y tratamiento del VIH adecuados.

Aún existe cierta discriminación contra las personas con VIH que deciden tener hijos/as. Sin embargo, las cosas están ahora mucho mejor que hace unos pocos años. Para evitar cualquier problema relacionado con este tipo de discriminación, puedes seguir estos pasos:

- Elige un equipo médico y un hospital de maternidad que apoye y respete tu decisión de tener un/a hijo/a.

- 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 con el VIH.
- Quizá no te sea posible ir a un centro con experiencia. En ese caso, podrías contactar para recibir consejo, apoyo y averiguar tus derechos.

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

Aún existe controversia sobre el mejor consejo que se puede ofrecer a parejas serodiferentes (el término médico es serodiscordante. Estos términos se emplean cuando un miembro de la pareja tiene VIH y el otro no.)

Por lo general, no es muy aconsejable que parejas serodiferentes practiquen sexo sin protección. Incluso cuando se trata de lo que se conoce como "intento de concepción", siempre existe el riesgo de que la pareja sin VIH se infecte.

Para cualquier mujer sin VIH, por ejemplo, las probabilidades de infectarse por VIH por practicar sexo sin protección dependerán de muchas cosas, entre las cuales se cuenta la carga viral en semen de su pareja masculina. (Es importante

recordar que una carga viral indetectable en un análisis de sangre no significa que la carga viral sea indetectable en el líquido seminal.)

Para un hombre sin VIH, el riesgo de transmisión depende del nivel de carga viral en los fluidos genitales de su compañera. De nuevo, una carga viral indetectable en los análisis de sangre no siempre significa que así sea en el fluido genital.

Otros factores son también importantes. Un hombre sin circuncidar puede tener un riesgo mayor de contraer VIH porque las células del prepucio son más vulnerables a la infección. Y practicar sexo con un hombre con VIH sin circuncidar supone un riesgo mayor para una mujer sin VIH que con un hombre circuncidado.

Las infecciones del tracto genital también aumentan el riesgo de transmisión sexual del VIH. Independientemente del método de concepción, ambos miembros de una pareja serodiferente deberían chequear esta infección. Esto debería incluir el examen y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual.

El hombre debería realizar un análisis de semen. Esto puede descartar cualquier infección y también asegurar que el recuento de esperma es adecuado y sano.

Aparte de estos factores de riesgo, en realidad el VIH es un virus bastante difícil de transmitir. Estadísticamente es mucho más difícil transmitir el VIH que quedarse embarazada. Por lo tanto, unos intentos de concepción limitados realizados durante la ovulación (el periodo fértil de una mujer) puede suponer un bajo riesgo si el miembro con VIH tiene niveles indetectables de carga viral. Pero aun así persiste un riesgo para el miembro, hombre o mujer, sin VIH en cualquier exposición sin protección. Después de todo, una mujer puede quedarse embarazada con un solo intento y del mismo modo, las personas pueden infectarse por VIH con una única exposición.

En un estudio de mujeres sin VIH y hombres con VIH, un 4% de las mujeres se infectó por VIH. La mayoría consideraría esto como un riesgo inaceptable.

Debe señalarse otro punto adicional. A pesar de que un bajo número de intentos de concepción puede ser relativamente seguro, algunas parejas no vuelven a practicar sexo seguro posteriormente. Esto a menudo supone que la pareja sin VIH se infecte.

El VIH continúa siendo una enfermedad que puede afectar al resto de tu vida. Si cualquiera de vosotros/as se ha mantenido sin VIH hasta ahora, puede que no quieras cambiar esta situación por la decisión de tener un bebé.

Para aquellos que deseen tener un bebé, existen otras opciones que prácticamente no suponen riesgos para el miembro sin VIH. Más adelante se analizan estas opciones.

Cuando el hombre tiene VIH y la mujer no

Cuando el hombre tiene VIH y la mujer no, es posible emplear un procedimiento conocido como "lavado de esperma" o "lavado de semen".

Esto supone que el hombre proporcione una muestra de semen. A continuación una máquina especial centrifuga la muestra para separar los espermatozoides del fluido seminal (sólo el fluido seminal contiene glóbulos blancos infectados, los espermatozoides por sí mismos no contienen VIH infeccioso).

Una vez lavado el esperma, se le realiza la prueba del VIH. Por último, se emplea un catéter para inyectar el esperma en el útero de la mujer. Se puede emplear fertilización *in vitro*, especialmente si el hombre tiene un recuento de esperma bajo.

Un doctor italiano fue el primero en desarrollar el proceso de lavado de esperma. Sólo en su clínica se ha empleado este proceso en más de 3.000 muestras.

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

También, dicho procedimiento ha llevado al nacimiento de más de 600 bebés sin VIH. Por lo tanto, constituye el modo más seguro de que una mujer sin VIH se quede embarazada de un hombre con VIH.

En España, hasta ahora esta técnica sólo se ha ofrecido en algunos centros privados, principalmente en Barcelona. Algunas comunidades autónomas han incluido o están estudiando incluir el "lavado de semen" en el catálogo de prestaciones del sistema público de salud con carácter gratuito. Puedes preguntar a tu médico de VIH por el acceso en tu zona.

Sería deseable que esta técnica se extendiese a todos los sistemas públicos de salud en España, pues el coste en los centros privados ha supuesto una barrera para muchas personas, razón por la que las autoridades sanitarias deberían abordar este asunto.

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 para el hombre. Es el modo más seguro de proteger al hombre frente al VIH.

En torno al periodo de ovulación, has de poner el esperma 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.



Distintos centros podrían recomendarte métodos diferentes para conseguir el esperma. Una manera es practicar sexo con protección, con un condón sin espermicida. Otra es que tu pareja eyacule en un depósito. En ambos casos, después has de insertar el esperma en la vagina con una jeringuilla.

Posiblemente puedan proporcionarte el depósito y la jeringuilla. También pueden darte instrucciones detalladas sobre 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 parejas en las que ambos miembros tienen VIH, algunos/as médicos/as todavía recomiendan practicar sexo seguro para limitar la posibilidad de reinfección por una cepa diferente del VIH.

Es probable que el riesgo sea muy bajo, pero es posible. Este riesgo de reinfección es incluso menor si sólo practicas sexo sin protección muy pocas veces a fin de concebir un bebé.

Otros aspectos que has de considerar sobre el riesgo de reinfección son:

- El riesgo que existe en las parejas con VIH es probable que también se relacione con los niveles de carga viral.
- Este riesgo suele ser mayor si un miembro está siguiendo el tratamiento con éxito mientras que el otro no está en tratamiento y/o tiene una carga viral alta.
- El riesgo es más grave si uno de los miembros de la pareja tiene VIH resistente al tratamiento.

Si practicas sexo seguro de forma habitual, puede que te aconsejen limitar el sexo sin protección al periodo fértil. Puedes también seguir el consejo de las parejas serodiscordantes.

Para las parejas con VIH que no practican sexo seguro ahora, seguir haciéndolo para concebir un bebé no supondrá un riesgo adicional.

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, que aumentan con cada exposición.

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

¿Puedo recibir ayuda si tengo dificultad para quedarme embarazada?

Todas las parejas pueden experimentar algún problema de fertilidad, independientemente de quién tiene VIH o de si ambos lo tienen.

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

Sí. La fertilidad es importante para tener un bebé tanto si tienes VIH como si no.

Se deberían proporcionar los mismos servicios de apoyo a la fertilidad para las personas con VIH como para las personas 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. En ocasiones, no estará disponible en el sistema público de salud.

Podrías encontrar resistencia a que se te proporcione 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 quizás uno que tenga más experiencia con pacientes con VIH.

Cuidado prenatal y tratamiento del VIH

El cuidado prenatal es conocido también como cuidado antenatal y se refiere a cualquier tipo de cuidado extra que recibas durante el embarazo como preparación para el nacimiento del bebé.

El cuidado prenatal no es sólo tomar medicinas y realizarse pruebas, sino que también comprende el *counseling* y la provisión de información como la de esta guía. También 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 hayan tenido experiencia especializada con mujeres con VIH. Esto es aplicable a tu tocólogo/a, comadrón/a, pediatra y 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/a y el cuidado del VIH.

Tratar como a una adulta no embarazada

- Es una frase muy empleada con respecto al VIH y embarazo, lo que significa que por lo general el VIH se trata como si no estuvieras embarazada.
- Existen algunas excepciones, como por ejemplo cuando no necesitas tratamiento para tu propio VIH, y restricciones respecto a alguno de los fármacos empleados habitualmente para el VIH.

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

Es importante que todas las mujeres embarazadas con VIH consideren seriamente la toma de tratamiento durante el embarazo, aunque sólo sea durante un corto periodo de tiempo o justo al final del embarazo, y dejarlo una vez haya nacido el bebé, independientemente de los recuentos de CD4 o de carga viral de la madre.

La recomendación general que se da respecto al cuidado del VIH en mujeres embarazadas es "tratar como a una adulta

no embarazada". Sin embargo, las recomendaciones de tratamiento para mujeres embarazadas son ligeramente diferentes de las del resto de adultos con VIH.

Muchas personas creen que una vez inicias el tratamiento del VIH, tienes que seguir con él el resto de tu vida. No es cierto.

En ocasiones, las personas toman el tratamiento sólo durante un periodo y después lo dejan. Esto es especialmente habitual tras el embarazo.

¿Qué pasa si no necesito tratamiento para mi propio VIH?

Las directrices internacionales, como las españolas, recomiendan iniciar el tratamiento antes de que el recuento de CD4 baje de las 200 células/mm³. Por lo general, no se recomienda iniciar el tratamiento con niveles de CD4 mayores de 350 células/mm³ a menos que padezcas problemas de salud relacionados con el VIH.

Sin embargo, los estudios muestran que el tratamiento del VIH puede reducir el riesgo de transmisión incluso en el caso de madres con cargas virales bajas inferiores a 1.000 copias/ml antes de iniciar el tratamiento. (La transmisión disminuyó desde un 10% en mujeres no tratadas a menos de un 1% en mujeres tratadas con fármacos anti-VIH.)

Como resultado, puede ser apropiado ofrecer tratamiento anti-VIH a todas las mujeres embarazadas, incluso aquellas con recuentos altos de CD4 que nunca han estado en tratamiento con anterioridad.

Las directrices británicas de embarazo y VIH recomiendan dos opciones a las mujeres en esta situación que tienen recuentos de CD4 altos:

- 1 Emplear una terapia triple antirretroviral de corta duración (START, en sus siglas en inglés). Con START, inicias el tratamiento tras el segundo trimestre entre las semanas 24 a 28 de embarazo.
- 2 Emplear una monoterapia con AZT en tres partes (gestación, intraparto y postparto, como en el estudio 076) y tener la opción de realizar una cesárea electiva en la semana 37-38 de gestación.

Necesitarás conocer las ventajas e inconvenientes de estas dos opciones. A continuación, te ofrecemos una serie de valoraciones sobre las que puedes reflexionar hasta que estés satisfecha con la opción que elijas.

Ventajas de START:

- Emplear tres fármacos reducirá tu carga viral a niveles indetectables, lo que hasta la fecha se ha mostrado como el riesgo más bajo de transmisión.
- Emplear tres fármacos reducirá la posibilidad de que emerjan resistencias, lo que mantendrá tus opciones futuras de tratamiento.
- Podrás elegir el modo de dar a luz.

Riesgos de START:

- Tu bebé se verá expuesto a un mayor número de fármacos.

Ventajas de AZT/cesárea:

- El riesgo de transmisión es también bajo (aproximadamente el 1%).
- Tendrás que emplear menos fármacos.

Riesgos de AZT/cesárea:

- Las cesáreas son cirugía mayor y pueden suponer riesgos adicionales para la madre (en la sección dedicada al parto en las páginas 17 y 18 se trata este tema con más detalle).
- Un bajo riesgo de desarrollar resistencia a AZT, que podría significar también resistencia a alguno de los otros fármacos de la misma familia.

La segunda opción sólo es apropiada para mujeres con un recuento de CD4 alto y una baja carga viral que no necesitarían emplear tratamiento ARV durante varios años.

¿Qué pasa si tengo VIH y necesito tratamiento para mi propio VIH?

Puede que sólo descubras que tienes VIH cuando ya estás embarazada. Como se comentó anteriormente, esos momentos pueden ser muy duros tanto desde el punto de vista práctico como emocional. Pide ayuda adicional si la necesitas.

Las directrices actualmente recomiendan que todas las personas con VIH con recuentos de CD4 inferiores a 200 células/mm³ deberían tomar tratamiento, incluso las mujeres embarazadas. El tratamiento dependerá también del momento del embarazo en que te diagnostiquen el VIH.

Si has recibido el diagnóstico al principio del embarazo, puede 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 el tratamiento.

Existen dos grandes motivos para retrasar el inicio del tratamiento.

El primero es que los principales órganos del bebé se desarrollan en el útero durante las primeras 12 semanas.

Esto se conoce como organogénesis. Durante este periodo, el bebé puede ser sensible a los efectos negativos de los fármacos, incluidos los del VIH.

Los estudios no han demostrado la existencia de un mayor riesgo en bebés cuyas madres han empleado tratamiento anti-VIH durante el primer trimestre en comparación con las que no emplearon tratamiento en este periodo. Pero aun así, algunas mujeres y sus médicos/as pueden preferir retrasar el inicio del tratamiento.

Un segundo motivo para retrasar el inicio del tratamiento es que la mayoría de las mujeres sufrirá 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. No querrás (o necesitarás) sufrir ambos al mismo tiempo.

Esto puede hacer que te resulte más duro mantener la adhesión. Si te sientes mal debido al malestar matutino, lo más probable es que no quieras tomar ningún tratamiento que aumente esas náuseas. Y si no tienes suerte y ese malestar es malo o te sientes enferma, puede repercutir en que te saltes dosis del tratamiento.

Si el malestar matutino persiste tras el primer trimestre, tú y tu médico/a deberíais tomároslo en serio ya que podría ser un indicio de la existencia de otros problemas.

Si quieres iniciar tratamiento inmediatamente, o necesitas iniciarlo con urgencia porque tu recuento de CD4 es bajo, tu médico/a te lo recomendará.

¿Qué pasa si descubro que tengo VIH más adelante en el embarazo?

Incluso tarde en el embarazo, aún existen ventajas en emplear tratamiento. Incluso después de 36 semanas, puede reducir tu carga viral a niveles muy bajos.

Incluso un tratamiento con terapia combinada durante una semana puede reducir con rapidez tu carga viral en gran medida.

Véase también la sección "¿Qué fármacos debería tomar?".

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

Muchas mujeres deciden tener un bebé cuando ya están en terapia. Esto dice mucho sobre los enormes avances realizados con los fármacos del VIH.

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

Algunas mujeres que quedan embarazadas cuando ya están tomando terapia combinada pueden desear interrumpir la terapia durante el primer trimestre. Algunos/as médicos/as pueden recomendar dar este paso, pero cada vez sucede menos.

Aún puede constituir una opción razonable para ti. Es una opción más sencilla si ya estás tomando una terapia estable y tenías un buen recuento de CD4 cuando iniciaste el tratamiento. Pero puede no ser una elección segura para todo el mundo y es esencial realizar un atento seguimiento.

Las mujeres se sienten mejor, están más saludables, piensan en relaciones a largo plazo, en el futuro y probablemente en una familia

En ocasiones es difícil lograr una carga viral indetectable de nuevo tras una pausa de tratamiento. También puede existir el riesgo de que aparezcan resistencias cuando se interrumpe el tratamiento.

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 mostrado que exista un mayor riesgo para la madre o el bebé por emplear un tratamiento continuado durante todo el embarazo.



Fármacos del VIH durante el embarazo

¿Qué fármacos debería tomar?

Como todas las decisiones referentes al tratamiento del VIH, no existen reglas que valgan para todo el mundo.

Tu tratamiento debería ser individual, es decir, debería ajustarse a tu estado de salud y situación.

Emplear combinaciones triples

Es probable que te recomienden emplear AZT como parte de tu combinación.

Esto se debe a que AZT es todavía el único fármaco del VIH cuya comercialización está autorizada para el uso durante el embarazo. Deberías realizar una prueba de resistencia para confirmar si AZT es activo frente a tu VIH. Esta prueba ayudará a decidir qué otros fármacos necesitarás utilizar.

Si no necesitas tomar tratamiento para tu propia salud, puedes decidir tomar "START" (véanse las páginas 9 y 10). Probablemente te recomienden emplear AZT más 3TC por ser dos fármacos de los que se tienen numerosos datos referentes al embarazo (véase recuadro en la página 12).

Sin embargo, debido a que la resistencia a 3TC se desarrolla muy fácilmente, no deberías emplear únicamente estos dos fármacos solos, sino con otro fármaco del VIH en una combinación triple. Este tercer fármaco probablemente será un inhibidor de la proteasa. De nuevo, una prueba de resistencia podrá servir para asegurar que los fármacos que eliges son eficaces.

Probablemente, el inhibidor de la proteasa será saquinavir potenciado con ritonavir, lopinavir potenciado con ritonavir

(conocido como Kaletra y cuya presentación es en una única pastilla) o nelfinavir. Si tienes pensado interrumpir el tratamiento justo antes de que nazca el bebé hay otra ventaja añadida en elegir un inhibidor de la proteasa. Tu cuerpo procesa los inhibidores de la proteasa con relativa rapidez. Si los tomas con AZT y 3TC, puedes interrumpir todo el tratamiento al mismo tiempo con un bajo riesgo de que se produzcan resistencias.

Otro fármaco que se emplea habitualmente es un ITINN (inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido) denominado nevirapina, que es un fármaco que ha sido ampliamente empleado durante el embarazo.

No obstante, hay un punto en contra del uso de nevirapina en mujeres con recuentos de CD4 superiores a 250 células/mm³ debido al riesgo de que se produzca toxicidad hepática (del hígado). Las mujeres embarazadas pueden ser más propensas a encajar en esta descripción que las mujeres no embarazadas, especialmente si escogen terapias de corta duración.

En este caso, deberían elegir un fármaco alternativo entre los que se puedan emplear. Parece que es seguro para mujeres con recuentos más bajos de CD4 (por debajo de 250 células/mm³). No existe preocupación con las personas que han empleado con éxito nevirapina en sus combinaciones y aumentaron el recuento de CD4 con el tratamiento.

Nevirapina alcanza con rapidez al VIH en todas partes del cuerpo. Sin embargo, también tiene una "vida media" larga, lo que significa que permanece en el cuerpo durante algún tiempo después de haberlo tomado.

Cuando dejas de tomar una combinación que incluya nevirapina u otro ITINN, deberás interrumpir el uso de este fármaco aproximadamente una semana antes que los otros fármacos,

a fin de reducir el riesgo de que se produzca resistencia a nevirapina.

Si ya tomas una terapia combinada, es probable que sigas con la misma combinación. Si estás empleando efavirenz o ddl y d4T juntos, puede que necesites interrumpir su uso o cambiarlos por otros fármacos. Esto dependerá también de las opciones de tratamiento que tengas disponibles. Consulta qué fármacos no son recomendados durante el embarazo en esta misma página.

Si sufres efectos secundarios o tu carga viral es detectable, tu médico/a debería considerar también un posible cambio de terapia.

A pesar de que es raro, algunas mujeres han dado a luz mientras tomaban combinación de cinco o más fármacos anti-VIH (lo que se conoce como mega-TARGA).

El término datos de seguridad significa que un fármaco ha sido empleado de forma segura en un determinado número de personas. Por lo general, cuanta más información tenemos sobre el uso de un fármaco en un gran número de personas, mayor confianza podemos tener de que su uso en esa población es seguro.

Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN, análogos de nucleósido o nucleósidos) son una familia de fármacos del VIH entre los que se encuentran AZT, ddl, 3TC, abacavir y tenofovir (un nucleótido). Por lo general, una combinación de primera línea contará con dos de estos fármacos y o bien un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (ITINN) o un inhibidor de la proteasa (IP).

Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN) e inhibidores de la proteasa (IP) son tipos (o clases o familias) de antirretrovirales cada uno de las cuales controla el virus de distinta manera, y de forma distinta también a como lo hacen los ITIN. Por lo que además de los dos nucleósidos, la terapia triple por lo general contendrá o bien un ITINN o un IP.

Finalmente, si sólo descubres que tienes VIH cuando el embarazo ya está muy avanzado o incluso en el parto, tendrás un tratamiento específico. Según el recuento de CD4 puede que te ofrezcan tomar nevirapina. Este fármaco se absorbe con mucha rapidez y es el más eficaz a la hora de reducir la transmisión de madre a hijo/a en esta situación.

Como la resistencia a nevirapina se desarrolla con rapidez, necesitarás emplearlo junto con otros dos fármacos. A menudo, éstos son AZT y 3TC (denominado Combivir cuando vienen en una única pastilla).

Lo mejor es seguir con esta combinación triple hasta que tu carga viral baje por debajo de 50 copias/mL. Esto reducirá el riesgo de que se produzcan resistencias.

Si después de esto eliges interrumpir el tratamiento, necesitarás dejar de tomar nevirapina antes que los otros dos fármacos. Puede ser también una buena idea permanecer en tratamiento hasta que tú y tu médico/a estéis seguros de cuál es tu estado de salud y necesidades de tratamiento.

Sólo deberías seguir con el tratamiento si estás tomando cada dosis estrictamente tal y como fue prescrita.

En algunas circunstancias, según los fármacos que estés empleando y la planificación del nacimiento, puedes recibir también AZT de forma intravenosa durante el alumbramiento.

No se recomienda efavirenz durante el embarazo. Este fármaco provocó defectos del tubo neuronal (daño cerebral) en los fetos en desarrollo en un estudio con animales. Hasta ahora no existen informes sobre un mayor riesgo de daño del tubo neuronal en bebés, pero si hay otras opciones disponibles, deberían explorarse; especialmente durante las primeras 12 semanas de embarazo, cuando se está desarrollando el tubo neuronal.

Si ya llevas 12 semanas o más embarazada y has estado tomando efavirenz durante este periodo, tendrás que hacer dos pruebas. Primero, es importante que te realicen una evaluación temprana mediante ultrasonidos. También deberás realizar otra prueba denominada prueba de la alfa-fetoproteína materna. Es una prueba de comprobación de defectos del tubo neuronal. Tras el primer trimestre no tiene sentido dejar de tomar efavirenz si te va bien con él. En ocasiones puede incluso ser una buena opción el emplearlo tras un diagnóstico tardío si tienes un nivel más alto de CD4 y no está recomendado el uso de nevirapina.

No se recomienda indinavir, un inhibidor de la proteasa, en mujeres embarazadas sin ritonavir ya que los niveles de fármacos son reducidos durante el embarazo (de cualquier modo este fármaco apenas se usa sin potenciar).

La formulación líquida de amprenavir, otro inhibidor de la proteasa, tampoco se recomienda durante el embarazo (o en niños menores de cuatro años). Esto se debe a que las mujeres embarazadas y los niños pequeños no pueden degradar uno de los componentes denominado propilenglicol. La formulación en pastilla de amprenavir no contiene propilenglicol.

Apenas se usa hidroxiurea en el tratamiento del VIH, pero no debería emplearse durante el embarazo. Tampoco el hombre la debería utilizar cuando se intenta concebir. A pesar de no ser un fármaco del VIH, en ocasiones se toma para aumentar

la potencia de fármacos anti-VIH como ddl o d4T. También aumenta los riesgos de que se produzcan efectos secundarios con estos fármacos.

Existe una fuerte cautela respecto al uso conjunto de ddl y d4T juntos durante el embarazo. Hay varios informes de efectos secundarios fatales en mujeres embarazadas que tomaban estos dos fármacos juntos. Actualmente, por ejemplo en las directrices británicas, ya no se recomienda d4T como parte de la terapia de primera línea.

Como hemos descrito anteriormente, no se recomienda el uso de nevirapina para mujeres embarazadas con recuentos de CD4 más altos.

¿Debo esperar sufrir más efectos secundarios por estar embarazada?

Aproximadamente el 80% de las mujeres embarazadas que toman TARGA sufrirá 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, cansancio y diarrea. En ocasiones, aunque más raramente, pueden ser muy graves. La guía titulada *Conocer y Manejar los Efectos Secundarios* puede ser muy útil para todas las personas que toman tratamiento anti-VIH. Las secciones de ese folleto sobre las relaciones con el/la médico/a también pueden ser útiles tanto si tomas tratamiento como si no.

Esta guía está disponible en www.gtt-vih.org.

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

Algunos efectos secundarios de los medicamentos del VIH son muy similares 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 el embarazo.

Muchos fármacos anti-VIH pueden provocar náuseas y vómitos. Esto es más habitual cuando empiezas a tomarlos. No obstante, si estás embarazada, estos efectos secundarios pueden suponer un problema añadido para el malestar matutino y la adhesión. Más adelante en este folleto se incluyen consejos para reducir las náuseas y para favorecer la adhesión.

Puedes sentirte más cansada de lo habitual. De nuevo, es algo esperable, especialmente si estás iniciando un tratamiento anti-VIH y te has quedado embarazada al mismo

tiempo. El cansancio puede estar provocado por anemia (niveles bajos de glóbulos rojos). Es un efecto secundario muy habitual con AZT y también con el embarazo. Un simple análisis de sangre podrá verificar esto. Si tienes anemia puedes necesitar tomar suplementos de hierro.

Todas las embarazadas corren el riesgo de desarrollar diabetes durante el embarazo. En teoría, las mujeres que toman inhibidores de la proteasa durante el embarazo corren un mayor riesgo de sufrir esta complicación habitual. 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 con todas las mujeres embarazadas.

Fuera del embarazo, los inhibidores de la proteasa se han relacionado con el aumento de los niveles de bilirrubina. Estos niveles son una medida de la salud de tu hígado.

Indinavir es el inhibidor de la proteasa relacionado en la mayoría de los casos con el aumento de los niveles de bilirrubina. También es un efecto secundario de un nuevo inhibidor de la proteasa denominado atazanavir. Tu equipo médico deberá hacer un cuidadoso seguimiento de tus niveles de bilirrubina y de los de tu bebé, ya que los niveles extremadamente altos de bilirrubina neonatal pueden dañar el cerebro en formación del bebé.

Sin embargo, hasta ahora, no existen informes de niveles gravemente altos de bilirrubina en mujeres que toman inhibidores de la proteasa durante el embarazo ni en sus bebés.

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 fatal de los análogos de nucleósido.

El uso conjunto de d4T y ddl durante el embarazo parece ser especialmente arriesgado. Actualmente esta combinación no se recomienda durante el embarazo.

Puedes consultar la guía *Conocer y Manejar los Efectos Secundarios* o la sección APRENDE (ambas en www.gtt-vih.org) para más detalles sobre síntomas y seguimientos.

Pruebas preclínicas: Los fármacos antes de probarlos en humanos, se prueban en el laboratorio y en animales. Esto no reflejará lo que sucederá cuando las personas empleen los fármacos, pero puede proporcionar una orientación sobre los problemas graves que pueden aparecer.



Resistencia, seguimiento y otras pruebas

¿Qué pasa con la resistencia?

La resistencia a los fármacos es un tema importante durante el embarazo. Algunas estrategias para reducir la transmisión de madre a hijo/a fácilmente pueden provocar también resistencia.

Emplear sólo un fármaco (monoterapia) o dos fármacos (terapia doble o biterapia) no son buenas opciones como tratamiento mínimo para una persona con VIH. Por lo tanto, ninguna de ellas debería emplearse en mujeres embarazadas con VIH que necesitan tratar su propia infección. De las estrategias para las mujeres embarazadas que no requieren tratamiento, AZT usado en solitario tiene menos probabilidades de que emerjan resistencias que AZT más 3TC o nevirapina sola.

Si ya estás tomando una terapia combinada y tu carga viral no es indetectable, es importante que un/a experto/a examine lo que está ocurriendo. Es muy importante para tu salud y la de tu bebé.

La resistencia puede desarrollarse cuando tu carga viral es detectable y afectará a tu salud a largo plazo. La carga viral en el momento del alumbramiento también está fuertemente relacionada con el riesgo de transmisión de la infección a tu bebé.

Realizar una pausa de tratamiento, si no se maneja adecuadamente, puede conducir a la aparición de resistencias, al igual que no tomar todas las pastillas en el horario establecido.

También es posible transmitir virus resistentes. Un bebé nacido con VIH resistente a fármacos es mucho más difícil de tratar.

En la guía *Introducción a las terapias combinadas* y en la sección APRENDE (ambas en www.gtt-vih.org) se explica cómo aparece la resistencia a los fármacos y cómo evitarla, y se incluyen consejos para mantener la adhesión.

¿Debo realizar una prueba de resistencia?

Las actuales directrices internacionales, como las españolas, recomiendan realizar una prueba de resistencia si vas a cambiar de terapia y tienes la carga viral detectable. Estas directrices son las mismas que para adultas no embarazadas. En el Reino Unido, por ejemplo, también recomiendan realizar una prueba de resistencia si acabas de ser diagnosticada y si vas a iniciar la terapia por primera vez.

Una prueba de resistencia es importante para determinar si todos los fármacos de tu combinación serán activos y eficaces. Debería ser capaz de dilucidar si estás infectada por un virus resistente.

Puedes hablar con tu médico/a sobre la posibilidad de realizarte esta prueba.

¿Necesitaré realizar pruebas y seguimiento adicionales?

Tanto el embarazo como el cuidado del VIH requieren que se realice un buen seguimiento.

Para el VIH se deberá realizar un seguimiento atento de los niveles de carga viral y CD4. Algunos/as médicos/as pueden recomendar que se realice CTF (control terapéutico de fármacos). El CTF emplea análisis de sangre para comprobar si tu organismo está absorbiendo la cantidad adecuada de un fármaco. Los niveles de fármaco en ocasiones pueden variar durante el embarazo.

Además del cuidado del VIH te harán pruebas para descartar la presencia de hepatitis, sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual, anemia y tuberculosis (TB). Las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones vaginales pueden aumentar la transmisión del VIH.

Puede que también tengas que realizar exámenes de toxoplasmosis y CMV (citomegalovirus), dos virus comunes que pueden transmitirse a tu bebé. Las pruebas deberían realizarse lo antes posible durante el embarazo y si es necesario, deberías recibir tratamiento contra ellas.

Tu clínica te realizará un completo chequeo ginecológico, que incluirá una prueba de Papanicolau, algo especialmente importante si tu recuento de CD4 está por debajo de las 200 células/mm³. 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.

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

¿Hay alguna prueba que debería evitar?

Algunas pruebas y procedimientos empleados habitualmente para evaluar el estado de las mujeres embarazadas y sus bebés en formación pueden comportar un riesgo teórico de aumento de transmisión de VIH. Sin embargo, no se ha confirmado la existencia de este riesgo en un estudio con mujeres que estaban tomando terapia combinada

A las mujeres embarazadas con VIH por lo general se les aconseja que eviten las siguientes pruebas a menos de que sean esenciales:

- amniocentesis;
- muestreo de la vellosidad coriónica;
- muestreo del cuero cabelludo del feto;

- cordocentesis;
- muestreo percutáneo del cordón umbilical;
- monitoreo interno del parto fetal (ultrasonidos y monitoreo fetal son perfectamente adecuados).

Tu equipo médico puede explicarte qué son estas pruebas y por qué no son recomendables.



Prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas durante el embarazo

El tratamiento y la profilaxis de la mayoría de las infecciones oportunistas (IO) durante el embarazo son en general similares a las de las adultas no embarazadas. Sólo hay unos pocos fármacos no recomendados.

Tu equipo médico debería descartar la presencia de IO de forma regular como parte del cuidado del VIH en marcha, y mientras tu sistema inmunitario se recupera gracias a TARGA. Puedes necesitar tratamiento para otras infecciones, en particular si te diagnostican de VIH durante el embarazo.

De ser necesarios, están recomendados la profilaxis y el tratamiento contra neumonía por *Neumocystis Carinii* (PCP), com-

plejo *Micobacterium Avium* (MAC) y tuberculosis (TB) durante el embarazo.

Profilaxis es cuando tomas un fármaco para prevenir una infección o reinfección antes de que se produzca

No se recomienda de forma rutinaria la profilaxis contra el citomegalovirus (CMV), las infecciones de candidas y las infecciones fúngicas invasoras debido a la toxicidad de los fármacos. No obstante, no se debería evitar el tratamiento de infecciones muy graves debido al embarazo.



Vacunación durante el embarazo

Durante el embarazo pueden emplearse las vacunas contra la hepatitis B, la gripe y los neumococos. Deberían usarse sólo después de que la carga viral se haya hecho indetectable con la terapia combinada, ya que existe un aumento temporal de la carga viral tras la vacunación.

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



Tratamiento del herpes genital recurrente durante el embarazo

Un gran número (en torno al 75%) de mujeres con VIH también tiene 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 altos niveles de VIH.

El virus del herpes puede liberarse de las 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 son seguros durante el embarazo.

VIH y coinfección con hepatitis

¿Con qué facilidad se transmite la hepatitis C de madre a hijo/a?

Si estás coinfectada por VHC (virus de la hepatitis C) y VIH (puedes averiguar esto durante los exámenes de rutina durante el embarazo), existe un riesgo de transmisión del VHC de hasta el 15%. Tratar el VIH reducirá este riesgo de transmitir el VHC.

Directrices como las británicas recomiendan realizar una cesárea programada en el caso de mujeres coinfectadas, pero no existen estudios que muestren un beneficio de la cesárea sobre el alumbramiento vaginal en madres coinfectadas por VIH/VHC.

¿Qué pasa con la hepatitis B?

Es muy probable que madres con VHB (virus hepatitis B) activo lo transmitan a sus bebés (90%). Sin embargo, puede prevenirse la transmisión inmunizando al bebé contra el VHB poco después del nacimiento. Esto constituye una práctica estándar en muchos países.

Podría ser apropiado que la combinación de la madre incluya fármacos del VIH que también funcionen contra el VHB, especialmente 3TC y tenofovir.



Fármacos del VIH y la salud del bebé

Algunas madres y médicos/as son reacios/as a emplear o prescribir fármacos anti-VIH durante el embarazo, preocupados/as por posibles efectos desconocidos para el bebé.

Algunos estudios demuestran la existencia de una tendencia hacia parto prematuro y bajas tasas de nacimiento en bebés nacidos de madres que toman tratamiento con tres fármacos o más, un efecto que puede estar relacionado con los inhibidores de la proteasa. Sin embargo, otros estudios no han llegado a esta conclusión.

Es difícil saber si existe algún efecto a largo plazo. Hoy en día, incluso niños que se expusieron por primera vez a la monoterapia con AZT durante el embarazo de sus madres no superan los 16 años de edad. Los niños expuestos por primera vez a la terapia combinada no superan los ocho años de edad.

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

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

Finalmente, parece claro que el mayor riesgo para un bebé nacido de una madre con VIH es el propio VIH y los fármacos del VIH pueden prevenir esto.

¿Afectarán al bebé los fármacos del VIH?

Es una preocupación justificada, pero desgraciadamente no

hay una respuesta definitiva, aunque en general los fármacos parecen ser razonablemente seguros.

Algunos estudios analizan el riesgo de nacimiento prematuro, defectos de nacimiento y toxicidad mitocondrial en bebés.

¿Cómo se han relacionado la terapia combinada y los inhibidores de la proteasa con los nacimientos prematuros?

Existía una cautela inicial sobre el uso de inhibidores de la proteasa, debido a la posible relación con los nacimientos prematuros (alumbramiento antes de 37 semanas) y a bajas tasas de nacimiento. Como hemos apuntado anteriormente, algunos estudios muestran una relación y otros no.

¿Los fármacos anti-VIH pueden provocar defectos de nacimiento?

Hasta ahora no se ha asociado ninguna anomalía en particular con la exposición a los tratamientos del VIH.

Tampoco hay diferencias entre las madres que iniciaron terapia en el primer trimestre o que empezaron más tarde durante el embarazo, aunque el número de mujeres en estos estudios aún es bastante bajo.

Hasta el momento, tampoco han sido descritos efectos adversos sobre el desarrollo de estos/as niños/as.

¿Qué pasa con la toxicidad mitocondrial?

Las mitocondrias son las "plantas productoras de energía" de nuestras células.

Existe un pequeño número de informes que afirman que el uso de 3TC y AZT durante el embarazo puede estar ligado a un daño mitocondrial en niños/as.

En un gran estudio americano, se realizó un examen de los informes médicos de más de 20.000 niños sin VIH nacidos de madres con VIH en búsqueda de anomalías asociadas con el daño mitocondrial. El estudio se diseñó tras unos informes franceses de dos muertes de niños expuestos a AZT y 3TC y otros seis casos de toxicidad mitocondrial.

Este gran estudio no consiguió encontrar indicios de daños fatales en las mitocondrias de niños/as expuestos/as a estos fármacos durante el embarazo de sus madres, lo cual fue muy reconfortante.

No obstante, en casos raros, la toxicidad mitocondrial a corto plazo puede ser un problema para los bebés recién nacidos. En un pequeño número de bebés se han dado casos graves de acidosis láctica y anemia que se creen que se relacionan con los fármacos anti-VIH.

Todos ellos se han recuperado tras el cuidado adecuado.

¿Qué pasa 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.

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

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



Opciones de parto y empleo de cesárea

El modo de nacer del bebé (tanto si eliges alumbramiento vía vaginal como por cesárea) es un tema controvertido en el caso de las mujeres con VIH. La operación debe realizarse antes del inicio del parto y la ruptura de las membranas. Esto se denomina cesárea "electiva" o "programada".

Varios estudios iniciales demostraron que la cesárea electiva reducía de modo significativo la transmisión de madre a hijo/a en comparación con el parto vaginal.

Pero estos estudios se realizaron antes de que la terapia combinada y las pruebas de carga viral se realizaran de forma rutinaria. Se desconoce si la cesárea electiva supone algún beneficio para los bebés nacidos de madres que toman terapia combinada.

¿Debería realizar una cesárea electiva?

Si no necesitas tratamiento para tu propia salud y eliges emplear sólo AZT, será necesario realizar una cesárea electiva para reducir los riesgos de transmisión a niveles mínimos.

Como se menciona más arriba, los estudios que demuestran un riesgo reducido de transmisión mediante la cesárea no tienen en cuenta los beneficios de la terapia combinada.

Si la carga viral de una mujer es indetectable, existe tan bajo riesgo de transmisión asociada con cualquier modo de

alumbramiento que quizás nunca se pueda demostrar ninguna ventaja respecto a la transmisión con un método u otro.

Es interesante reseñar que la transmisión del VIH al bebé es rara entre las madres que toman TARGA, incluso cuando su carga viral supera las 50 copias/ml.



¿Qué estrategia se recomienda?

Las directrices británicas actualmente afirman que "el modo de alumbramiento se debe debatir con la mujer y sus deseos deben ser tomados en consideración".

Se ofrece la elección de cesárea o alumbramiento vía vaginal cuando la carga viral de la madre es indetectable con la terapia combinada. Las recomendaciones españolas consideran fundamental planificar la realización de una prueba de carga viral hacia la semana 32-34 para decidir si se va a realizar cesárea electiva o no.

¿Qué probabilidad hay de que se produzcan complicaciones?

Como se mencionó anteriormente, la cesárea es cirugía mayor, por lo tanto las complicaciones (especialmente infecciones) son más habituales en mujeres a las que se realiza la cesárea que en mujeres que tienen un parto vaginal.

Las cesáreas parecen acarrear un riesgo ligeramente mayor de complicaciones entre las mujeres con VIH en comparación con las mujeres sin VIH. La diferencia es más notable en mujeres con la infección más avanzada.

Los bebés nacidos por cesárea electiva entre las semanas de la 37 a la 39 tienen más probabilidades de necesitar respiración asistida debido a enfermedades respiratorias que los nacidos de forma natural entre las semanas 39 a 41.

Una cesárea electiva tampoco protegerá a tu bebé si empiezas el parto antes de lo esperado ni tampoco si rompes aguas antes de la cesárea.

- La cesárea es un procedimiento de parto que implica realizar un corte en la pared abdominal para retirar quirúrgicamente al bebé del útero. El consejo en esta guía respecto a la cesárea puede ser distinto del que recibas en tu clínica. En la práctica clínica, este procedimiento aún se recomienda en muchas ocasiones a las mujeres con VIH, aunque las tendencias y las políticas están cambiando.
- Sin embargo, no existe una preferencia clínica por la cesárea en todas partes, y las cesáreas implican ciertos riesgos. Por tanto, es importante entender que si el VIH está bien tratado y la carga viral está por debajo del nivel de detección, no existe un mayor riesgo para tu bebé con un alumbramiento vía vaginal que con una cesárea.

¿Realizar una cesárea me impedirá tener un parto natural en el futuro?

Ésta es una consideración muy importante.

Si realizas una cesárea ahora, tener un parto natural en el futuro será más complicado y difícil. Una vez una mujer ha elegido dar a luz mediante cesárea, por lo general se recomienda que vuelva a realizarse cesáreas en el futuro.

Esto es importante saberlo por si planificas tener más bebés en un país en el que la cesárea electiva no es posible, segura o fácilmente disponible.

¿Cómo tomo una decisión?

Lo primero que tienes que recordar es que tienes derecho a elegir cómo dar a luz a tu bebé. Tu médico/a y el resto de personal médico deberán respetar y apoyar tu decisión.

No obstante, antes de tomar una decisión es importante que estés informada de los riesgos asociados con el parto por cesárea. Es recomendable tomarse un tiempo aclarando cualquier preocupación que tengas con respecto a cualquier modo de dar a luz con tu equipo médico.

También es importante que tú y tu médico/a os aseguréis de que el VIH está bien tratado y que tu carga viral esté por debajo de las 50 copias/ml. Esto no es sólo por el riesgo de transmisión, sino también por tu propia salud.

¿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 del VIH.

Es muy importante que recuerdes tomar todos los fármacos en la hora fijada como siempre. Es un momento crítico para asegurarte de que no te saltas ninguna dosis. Recordarlo puede ser difícil con todo lo que estará pasando, especialmente si estás esperando desde hace mucho tiempo.

Asegúrate de que tu pareja o amigo/a y el equipo médico conocen tus horarios de medicación, dónde guardas los medicamentos y de que se sientan a gusto ayudándote a recordar tomar tus pastillas a tiempo.



Después del nacimiento del bebé

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

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

Tu propia adhesión al tratamiento del VIH tras el nacimiento del bebé es un tema crítico. Muchas mujeres mantienen una adhesión excelente durante el embarazo, y sin embargo, tras el nacimiento del bebé es fácil olvidarse de la propia salud.

Esto apenas sorprende: tener un nuevo bebé puede suponer una enorme impresión y siempre desestabiliza. Tus rutinas cambiarán y es probable que no puedas dormir suficiente. En casos graves, las mujeres pueden tener una depresión pos-parto.

Necesitarás mucho apoyo adicional de tu familia, amigos y equipo sanitario. Puedes también encontrar muy útil un grupo comunitario.

Muchas madres encuentran que el mejor modo de recordar tomar su propia medicación es relacionándola con el programa de tomas del bebé. Por eso, si tu bebé toma dos tomas al día y tú también, asegúrate de que coinciden.

En las últimas páginas de este folleto hay unas tablas que os podrán resultar útiles a ti y tu bebé en las primeras seis semanas.

En la guía *Introducción a las terapias combinadas* y en la sección APRENDE (ambas en www.gtt-vih.org) encontrarás consejos para ayudarte con la adhesión.

¿Cómo y cuándo sabré si mi bebé tiene VIH?

Los bebés nacidos de madres con VIH al principio siempre darán positivo en las pruebas. Esto se debe a que tienen el sistema inmunológico de la madre y comparten sus anticuerpos. Si tu bebé no está infectado por VIH, los anticuerpos irán desapareciendo de forma gradual. En ocasiones puede llevar hasta 18 meses.

La mejor prueba del VIH para bebés es similar a la prueba de carga viral. Se denomina prueba de 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 inmunológicas.

Una buena práctica es realizar la prueba a los bebés el día que nacen, y después cuando tienen un mes y tres meses de edad.

Si todas estas pruebas dan negativo y no estás amamantando al bebé, entonces tu bebé no tiene VIH.

También se te dirá que tu bebé dejará de tener tus anticuerpos cuando llegue a los 18 meses de edad. Este emocionante acontecimiento se denomina serorreversión.

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

Probablemente tu bebé necesitará tomar fármacos del VIH entre cuatro y seis semanas después de nacer.

Con toda probabilidad el fármaco será AZT, que debe tomarse dos o cuatro veces al día. Si tu virus es resistente a AZT, tu bebé recibirá otro fármaco o terapia combinada.

Como hemos sugerido anteriormente, intenta coordinar el tratamiento profiláctico del bebé con tu propio programa de tratamiento.



¿Necesitaré emplear anticonceptivos después de que nazca el bebé?

Después del nacimiento del bebé, se te aconsejará sobre el uso de los anticonceptivos.

Es posible que retomar o iniciar la anticoncepción oral no sea recomendable si empezaste a tomar fármacos anti-VIH durante el embarazo. Esto se debe a que algunos fármacos del VIH pueden reducir el nivel de algunos 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 y puede aconsejarte.

Para comprobar que el bebé no tiene VIH:

- La prueba de PCR de ADN del VIH es una prueba muy sensible que detecta minúsculas cantidades de ADN del VIH en el plasma sanguíneo.
- La prueba "amplificará" o multiplicará el ADN de modo que puede ser detectado con mayor facilidad.



Lactancia: riesgos y opciones

El riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo/a a través de la leche materna puede llegar a un 28%.

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

Biberón y leche maternizada gratis

Actualmente se recomienda enérgicamente el empleo del biberón para todas las madres con VIH.

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

Si no puedes permitirte la leche maternizada, los biberones y el equipo de esterilizado, es posible que puedan ayudarte en el hospital de modo que no tengas que dar el pecho al bebé. No obstante, esto puede variar de un centro a otro.

En España, existen diferentes programas de suministro gratuito de leche maternizada, algunos específicos para todos los bebés nacidos de madre con VIH, como por ejemplo el programa catalán Dida, que ofrece este recurso durante el primer año de vida del bebé, y otros más generales ofrecidos a los bebés de madres que se encuentra en situación de necesidad social. Estas ayudas y programas las conceden principalmente las diferentes administraciones locales y autonómicas. En el hospital que des a luz tu comadrón/a te debería preguntar si necesitas apoyo adicional. Solicítales 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 será confidencial. Por favor, asegúrate de que aprovechas este recurso si lo necesitas. Ninguna de las personas que trabajan en el hospital ni los trabajadores sociales tendrán contacto de ningún tipo con el departamento de inmigración.

¿Puedo dar el pecho de vez en cuando?

Está estrictamente recomendado no dar el pecho de vez en cuando. De hecho, un estudio demostró que la "alimentación mixta" puede comportar un riesgo de transmisión incluso mayor que si sólo dieras el pecho.

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 VIH.

Si no quieres decirle a nadie que das el biberón porque tienes el VIH, tu médico/a o comadrón/a 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.

No eres una mala madre por no dar el pecho.



Consejos de otras guías

Los siguientes consejos están tomados de las guías *Introducción a la terapias combinadas* y *Conocer y manejar los efectos secundarios*.

Ambas guías están disponibles en www.gtt-vih.org en español o en www.i-base.info en su original en inglés.

Consejos útiles para mantener la adhesión

Antes de nada, es importante poder obtener toda la información sobre lo que necesitarás hacer antes de iniciar tratamiento:

- ¿Cuántas pastillas?
- ¿Cada cuánto necesitas tomarlas?
- ¿Cómo de exacta ha de ser la hora de la toma?
- ¿Existen indicaciones sobre comidas o forma de almacenamiento?
- ¿Existen opciones más sencillas?

Consejos adicionales una vez has iniciado el tratamiento

- Emplea las tablas que aparecen al final de este folleto para planificar tu horario de tomas. Utilízalas para acostumbrarte a la rutina. Durante las primeras semanas señala cada dosis y la hora a la que la tomaste. También puedes emplearlas para ligar tu rutina de tomas con la de tu nuevo bebé.
- Separa cada mañana los fármacos del día y emplea un pastillero. Después siempre podrás comprobar si te has saltado una dosis.
- Lleva contigo fármacos extra si te vas durante unos días.
- Mantén un pequeño suministro en lugares en los que puedes necesitarlos en una emergencia. Por ejemplo, en tu coche, en el trabajo en casa de un/a amigo/a.
- Procura que tus amigo/as te ayuden a recordar los horarios de tomas más difíciles o cuando sales por la noche.
- Pregunta a personas que ya están en tratamiento qué hacen, ¿qué tal lo llevan? En 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.

Asegúrate de contactar con el hospital o clínica si tienes problemas graves con los efectos secundarios. El personal que trabaja allí puede ayudarte y discutir un posible cambio de tratamiento si es necesario.

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

- Procura comer menos cantidad en las comidas y con más frecuencia antes de comer mucho en pocas comidas al día.
- Intenta comer alimentos más insípidos y evita comidas picantes, grasientas o de olores fuertes.
- Ten a mano cerca de tu cama algunas galletas y tómate una o dos antes de levantarte por la mañana.
- El jengibre puede ser muy eficaz y puedes tomarlo en forma de pastillas, en polvo de raíz de jengibre o en raíz de jengibre fresca pelada y pasada por agua.
- Si el olor de los guisos te molesta, abre las ventanas mientras cocinas y mantén la cocina bien ventilada. Las comidas en microondas se preparan rápidamente y originan pocos olores, por lo que puedes comer tan pronto como tengas hambre. Si es posible, también es útil que alguien te prepare la comida.
- No comas en una habitación mal ventilada o en la que queden olores de haber cocinado.
- Come sentada a la mesa en lugar de tumbarte y no te eches inmediatamente después de comer.
- Procura no beber durante la comida o inmediatamente después. Es mejor esperar una hora y después beber lentamente 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.
- También pueden ser de mucha utilidad la acupresión y la acupuntura. En algunas farmacias puedes encontrar tiritas de acupresión antináuseas.



Tablas de apoyo a la adhesión

Plan de tomas

La primera tabla está pensada para que planifiques el horario de tu tratamiento con tu médico/a o personal sanitario. Puedes utilizar un sombreado para indicar cuándo debes evitar comer en caso de que en tu régimen se incluya indinavir sin ritonavir o ddl, y marcar las horas de las comidas para aquellos medicamentos que han de acompañarse con algún alimento como nelfinavir, ritonavir, saquinavir y lopinavir/r (Kaletra®). También puedes anotar el número de pastillas o cápsulas de cada uno de los medicamentos.

Nombre del medicamento	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3

Revisión de tomas

Una vez hayas diseñado arriba el horario del tratamiento, la siguiente tabla te puede ser útil para llevar un registro de cada toma después de ingerirla. Escribe el nombre del medicamento y la hora a la que debe tomarse en cada uno de los recuadros superiores. En los cuadros inferiores podemos señalar que se ha tomado el medicamento y escribir la hora real en la que se ha hecho. Puedes realizar una copia para utilizarla en semanas posteriores o por si tu tratamiento requiere casillas adicionales. Esta tabla de revisión te ayudará a saber cómo llevas tu tratamiento y puede servir de guía en tu próxima visita médica.

Fecha de la semana: _____

Anota aquí los nombres y horarios de la tabla de arriba	Nombre del medicamento + hora de la toma (Día)			Nombre del medicamento + hora de la toma (Noche)		
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

Marca cada toma y escribe la hora real en la que la has tomado