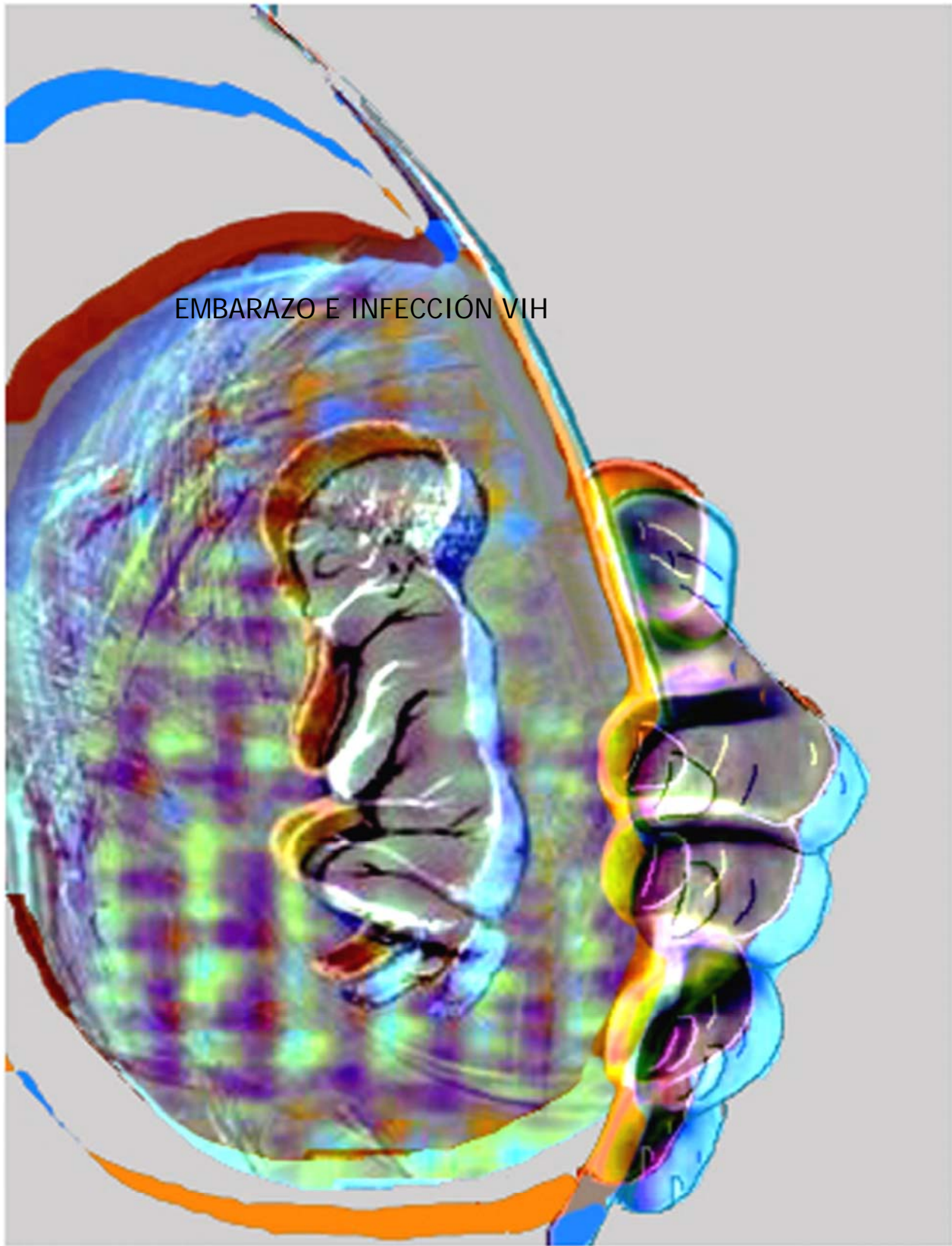


EMBARAZO E INFECCIÓN VIH



GUÍA PRÁCTICA SOBRE EMBARAZO EN MUJERES INFECTADAS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

INTRODUCCIÓN

Muchas son las preguntas que las mujeres con infección VIH se plantean ante la posibilidad de quedarse embarazadas o cuando ya lo están. El desconocimiento de las diferentes situaciones y cuidados en relación tanto a la madre como al niño impide, en muchas ocasiones tomar decisiones de forma adecuada y vivir la maternidad satisfactoriamente.

Esta guía práctica del embarazo y la infección VIH, tiene como objetivo aclarar conceptos y situaciones que se van a presentar antes y durante el embarazo, en el parto y después del nacimiento del niño. Los riesgos de transmisión del VIH (entre parejas y de madre infectada a hijo), cuándo y cómo iniciar tratamiento antirretroviral en los niños y su seguimiento, y los cuidados generales durante el embarazo y específicos del VIH (seguimiento clínico y ginecológico), son temas que se tratan de forma clara y concisa, en forma de preguntas con respuesta.

Dirigida a todas aquellas personas que deseen información sobre el embarazo, parto y seguimiento del niño dentro del contexto de la infección VIH, esta guía se ofrece como un elemento sencillo y claro, que puede apoyar la información ofrecida por el médico en cada caso particular.

ASESORAMIENTO TÉCNICO

Dra. M^a José Mellado. Servicio de Pediatría del Hospital Carlos III de Madrid.

Dra Rosa Polo. Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Madrid.

D^a. Cristina Menoyo. Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Madrid.

Dra. M^a José Galindo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Valencia.

AGRADECIMIENTOS

A Estibaliz Padrón, por el diseño y maquetación



1. RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH

¿Cómo se transmite el VIH? Habitualmente a través de las relaciones sexuales de penetración (anal, vaginal, oral) sin preservativo, ya que tanto el semen como las secreciones vaginales y la sangre de una persona infectada contienen una concentración suficiente de virus como para transmitirlo. Existen otras vías de transmisión como el intercambio de material de inyección (compartir jeringas o material utilizado para administración de drogas intravenosas), la transfusión de sangre y derivados (en países en vías de desarrollo), la transmisión materno-fetal (de madre infectada a niño) y la transmisión a través de la lactancia materna. No se ha observado ninguna transmisión por besos, caricias, contacto directo con el niño o con la pareja.

¿Tienen el mismo riesgo de contagio todas las relaciones sexuales? NO. Aunque lo más importante es la cantidad de virus en los fluidos genitales que está en relación con la carga viral del VIH en sangre y de los valores de CD4, se sabe que es más contagioso el semen del hombre para la mujer que las secreciones vaginales para el hombre, y esto es debido a la mayor superficie de contacto y la posibilidad de producirse lesiones durante la relación sexual. Además si al mismo tiempo hay alguna otra enfermedad de transmisión sexual, como una gonorrea o una sífilis, se multiplica el riesgo de transmisión del VIH.

2. RIESGO DE TRANSMISIÓN DE UNA MADRE INFECTADA A SU FUTURO HIJO/A

¿Cómo se infecta un niño/a hijo/a de madre VIH positiva? Un niño/a sólo puede infectarse si la madre está ya infectada cuando se queda embarazada o si la infección aguda se produce durante el embarazo, en cuyo caso el riesgo de infectar al bebé es mucho mayor. También puede infectarse un niño que no se contagió durante el embarazo ni parto y que se le administra lactancia materna, pues por la leche materna se elimina virus VIH.

¿Todos los hijos de madre infectadas se van a infectar? NO. Si no se toma medida alguna para prevenir/evitar la infección pero no se da de mamar al niño/a la tasa de transmisión vertical varía entre 15-30%, es decir de cada 100 niños nacidos de madres VIH positivas entre 15 y 30 se infectarían. Este porcentaje disminuye a un 1-3% si se hace un buen seguimiento y se inicia tratamiento durante el embarazo y parto a la madre y en el periodo neonatal durante 4 semanas al niño y se evita la lactancia materna.

¿Cuándo se infecta el niño? El riesgo de transmisión vertical existe durante toda la gestación pero es muy raro que el feto se infecte en el primer trimestre del embarazo. El período durante el cuál se infectan más niños/as es el que rodea al parto. Se calcula que durante el embarazo se infecta 1/3 de los niños/as y los 2/3 restantes durante el parto. En los países en vías de desarrollo que las madres se ven obligadas a amamantar al niño se infectaran más del 10% por esta vía.

¿Qué mecanismos pueden favorecer que se transmita la infección de la madre al niño? La presencia de otras infecciones genitales, una gran cantidad de virus de la madre, una cifra baja de CD4 y dar de mamar al niño. Otros mecanismos que pueden favorecer que se transmita el VIH al bebé son: que se rompa la bolsa de aguas mucho tiempo antes del parto y que el bebé trague secreciones maternas, que se hagan tomas de la cabeza del bebé con agujas antes de nacer, que el parto sea laborioso, que no se limpien las secreciones de la boca del bebé inmediatamente después de nacer y la más importante de todas QUE NO SE HAGA UNA CESÁREA ANTES DE QUE LA

MADRE SE PONGA CON LAS CONTRACCIONES DEL PARTO, en una mujer que tenga más de 1000 copias de VIH en la sangre.

¿Puede evitarse la transmisión vertical? Sí. Las gestantes infectadas por el VIH pueden ser atendidas en los hospitales de la red pública de cada zona. En los seguimientos que se les realiza, se contempla la posibilidad de administrarles fármacos especiales que disminuyen el riesgo de infección por el VIH de su futuro bebé a la vez que hacen que su infección no progrese durante el embarazo. Tenemos la posibilidad de además realizar una cesárea y de dar al niño/a una medicación que evite la infección.



¿Cuál es el factor más importante para evitar la transmisión del VIH de una madre embarazada a su futuro hijo/a. CONOCER QUE LA MADRE ESTÁ INFECTADA por el VIH. En países como el nuestro el pequeño porcentaje de niños/as en los que no es posible evitar la transmisión vertical se debe a que la madre no conoce su situación de infección por el VIH o no tienen seguimiento e la misma. Por tanto es muy importante que cualquier mujer embarazada se realice la prueba de detección del VIH. En España es obligatoria la realización de una serología frente al VIH previo consentimiento, en toda mujer embarazada en el primer trimestre y repetirla en el segundo y tercer trimestre si presenta prácticas de riesgo.

3. LA INFECCIÓN POR VIH EN RECIÉN NACIDOS

¿ Cuándo y cómo puede saberse si el niño/a se ha infectado? En los centros especializados puede conocerse si un niño/a está realmente infectado/a por el VIH en

los primeros 15 días de vida. Lo más importante es realizar una primera determinación de la sangre del niño, en las primeras 24-48 h. La sangre del cordón no es fiable para hacer el estudio, pues se contamina con la de la madre. Posteriormente se harán analíticas al bebé, a las 2 y a las 6 semanas de vida, es decir dos semanas después de que el niño haya terminado el tratamiento preventivo. Esta premura está destinada a realizar el diagnóstico de la infección en el niño, lo mas pronto posible, deseablemente antes de las 6 semanas para iniciar el tratamiento antes de retirar el preventivo. Para este diagnóstico se realiza una técnica, llamada “PCR”, que consiste en demostrar pequeñas partes del núcleo del virus en la sangre del niño/a. Esta técnica puede realizarse en un periodo de tiempo muy corto y puede repetirse en dos muestras diferentes de sangre para confirmar la infección. También puede medirse directamente si el niño tiene carga viral positiva en sangre, lo cuál además de un diagnóstico seguro es de ayuda con el pronóstico según la cantidad de copias de virus que tenga el niño. Otra técnica, indicada en determinadas situaciones y más costosa en tiempo, consiste en realizar un cultivo a fin de que el virus crezca en una muestra de sangre del niño/a.

3.1 NIÑOS/AS INFECTADOS/AS, HIJOS/AS DE MADRES INFECTADAS POR EL VIH

¿Si el niño/a ya se ha infectado puede hacerse algo?. Sí. Existen Unidades pediátricas de VIH donde se realiza un seguimiento de los niños/as infectados por VIH. Se les facilita cuidados de una forma precoz en cuanto a alimentación, vacunas, infecciones y existe la posibilidad de tratamiento del VIH, con el objetivo de evitar la aparición de las infecciones oportunistas o del daño cerebral que aparece precozmente en los niños que van a desarrollar la enfermedad Sida.

Si el bebé está infectado, ¿Hay alguna manera de saber si el niño va a desarrollar pronto la enfermedad?: NO, durante el primer año de vida, no tenemos ningún factor pronóstico en los recién nacidos que pueda predecir la evolución del niño. Además los valores de CD4 que en los niños son mucho más altos que en los adultos de forma natural, no quieren decir que las defensas estén intactas, ya que la función de estas células no está madura y pueden aparecer infecciones oportunistas graves en estos niños aún con los CD4 en valores normales.

¿Cuándo hay que iniciar tratamiento en los niños infectados por VIH? Las recomendaciones más recientes indican que es conveniente en el bebé comenzar en cuanto se diagnostique, en las primeras semanas o meses de vida. Si el niño se diagnostica cuando es mayor de un año, no hay un momento definido para iniciar el tratamiento, ya que depende de los CD4 y la carga viral y la situación clínica de cada niño. Será el especialista quien tome la decisión de iniciar tratamiento con antirretrovirales (ARV).

¿Como toleran los bebés los fármacos?: Sorprendentemente, los niños toleran los fármacos mejor que los adultos, posiblemente porque no suelen tener ninguna enfermedad asociada. Aún así es necesario hacer controles, sobre todo en los primeros meses de tratamiento, para descartar alteraciones secundarias a los medicamentos.



¿Qué otros tratamientos, además de los antirretrovirales, deben recibir los bebés infectados por VIH?: Los valores de CD4 son altos pero ello no protege de algunas infecciones. Por tanto, durante el primer año de vida, será obligatorio poner tratamiento preventivo frente a la neumonía por *pneumocistis jirovecii*, que es una enfermedad muy grave.

Igualmente, es muy importante iniciar precozmente el calendario vacunal, primero para protegerlos de las infecciones habituales y segundo porque la respuesta inmunológica a las vacunas es muy buena en estas fases iniciales. Además de las vacunas habituales del calendario vacunal de los niños sanos, los niños/as infectados/as por el VIH deben recibir la vacuna frente a neumococo, varicela y gripe. Todas estas vacunas se dispensan en los centros de salud y se financian a cargo de la Seguridad Social.

3.2 NIÑOS/AS NO INFECTADOS/AS, HIJOS/AS DE MADRES INFECTADAS POR EL VIH

¿Por qué el hijo de una madre VIH+ que no está infectado sigue con anticuerpos?

La presencia de anticuerpos frente al VIH en niños/as mayores de 18 meses, confirma el diagnóstico de infección por VIH. En los niños/as menores de 18 meses, la presencia de anticuerpos frente al VIH sólo indica que el niño/a es hijo/a de una madre infectada por el VIH, que le ha pasado los anticuerpos a través de la placenta, pero no significa necesariamente que esté infectado.

Los niños/as menores de 18 meses infectados por el VIH, con pruebas de PCR o carga viral o cultivos positivos, nunca perderán los anticuerpos. Por el contrario en los niños/as que no se han infectado y que las pruebas de PCR y cultivo son negativas, los anticuerpos maternos se pierden en cualquier momento entre los 12 y los 18 meses.



¿Qué seguimiento se realiza a los/as niños/as no infectados e hijos/as de madres

VIH positivas? Habitualmente en las Unidades Pediátricas de VIH, una vez que se descarta que el niño no está infectado, se le realiza una analítica cada 3 meses hasta que desaparecen los anticuerpos maternos, habitualmente entre los 12 y los 15 meses. Durante este periodo es muy importante el control de peso, la alimentación, las vacunas y conocer si la madre presenta alguna infección importante, como por ejemplo una tuberculosis, para proteger el niño.

Posteriormente se realiza un control anual del niño/a. Muchos centros les realizan la prueba del VIH de forma anual hasta que cumplen 5 años. No hay ningún caso de niño serorrevertido que haya positívizado de nuevo los anticuerpos.

4. LA MUJER EMBARAZADA Y VIH POSITIVA

4.1 CUIDADOS GENERALES DURANTE EL EMBARAZO

¿Qué cuidados higiénicos debe tener una gestante con infección por VIH?: Los de cualquier mujer embarazada. Entre ellos se incluyen:

- Medidas habituales limpieza personal, de manos, de ropas y sobre todo de la zona genital
- La alimentación en la mujer embarazada VIH+ es muy importante. Deberá ser rica en alimentos frescos como verduras y frutas, pero teniendo cuidado de que estén bien cocidos y lavados o pelados. No debe tomar carne poco hecha y deberá tomar una cantidad suficiente de leche o derivados, 2-3 tres tomas al día.
- Evitará contactos con enfermos que presenten enfermedades transmisibles en lo posible y sobre todo con niños con erupciones de la piel como varicela, rubeola etc.
- Evitará contacto directo con animales, principalmente con gatos y deberá acudir al médico si tiene síntomas de cualquier infección.
- Un estilo de vida sano con ejercicio moderado, tal como dar largos paseos en días soleados, no tomar alcohol ni otras drogas, no fumar etc. son muy recomendables para las gestantes.

4.2 SEGUIMIENTO CLÍNICO Y GINECOLÓGICO

Una mujer VIH+ que decide quedarse embarazada; ¿Qué debe hacer con las visitas al ginecólogo?: En ese momento, debe ponerse en contacto con un ginecólogo especializado en gestantes infectadas por VIH que le ofrezca un seguimiento adecuado a su situación de riesgo en número de visitas, analíticas y exploraciones. El ginecólogo deberá conocer qué tratamiento tiene la madre y determinar el tratamiento a utilizar en el momento del parto y la indicación de la cesárea antes de que se cumpla la fecha del

parto y lo más idóneo es que exista una coordinación entre el médico que está tratando la infección por VIH y el ginecólogo.



Durante el embarazo ¿Debe iniciar / continuar las visitas con el especialista de la consulta de VIH?: Tanto si el diagnóstico de VIH se hace durante el embarazo, como si la mujer embarazada ya estaba en seguimiento de su infección por VIH, es muy importante que acuda, además de a su ginecólogo, a una consulta en la que se trate habitualmente la infección por VIH. La experiencia de los profesionales que atienden estas consultas es mayor y podrán dar de forma más específica las recomendaciones de tratamiento idóneas de acuerdo a la situación inmunológica y virológica de la embarazada.

Durante el embarazo una mujer VIH+ ¿Debe visitar al pediatra?. Sí, es aconsejable, ya sea en la Unidad de recién nacidos, o en el Servicio de Pediatría dependiendo del Centro. En algunos es la Unidad de recién nacidos la que se encarga

del tratamiento del niño los primeros días de vida y de su diagnóstico definitivo. En otros centros, los pediatras especialistas en VIH están avisados desde el nacimiento del niño para su diagnóstico y tratamiento. En cualquier caso es importante que la madre tenga contacto con el pediatra antes del nacimiento para que le explique la pauta a seguir con el niño independientemente de que se infecte o no.

4.3 INICIO O CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

¿Cuándo y cómo debe iniciarse el tratamiento antirretroviral de la gestante infectada, en el caso de que no esté en tratamiento?: La decisión de inicio de terapia depende de la situación clínica de la madre, de su carga viral y del número de CD4. Es decir, el embarazo no va a interferir en cuanto a los criterios de inicio de terapia, que serán los mismos que si la mujer no estuviese embarazada. En cambio el embarazo sí determina el tipo de fármacos ya que se elegirán aquellos que, manteniendo su eficacia, tengan menos efectos secundarios. El momento de inicio de tratamiento debe ser inmediato si la situación de la madre es grave. Si no lo es, se prefiere esperar e iniciar la terapia a partir de las 14 semanas de embarazo. Sin embargo, a pesar de que no exista indicación de tratar a la madre por su situación, siempre debe iniciarse una profilaxis de la transmisión vertical, es decir un tratamiento antirretroviral que evite que el virus pase al bebé.

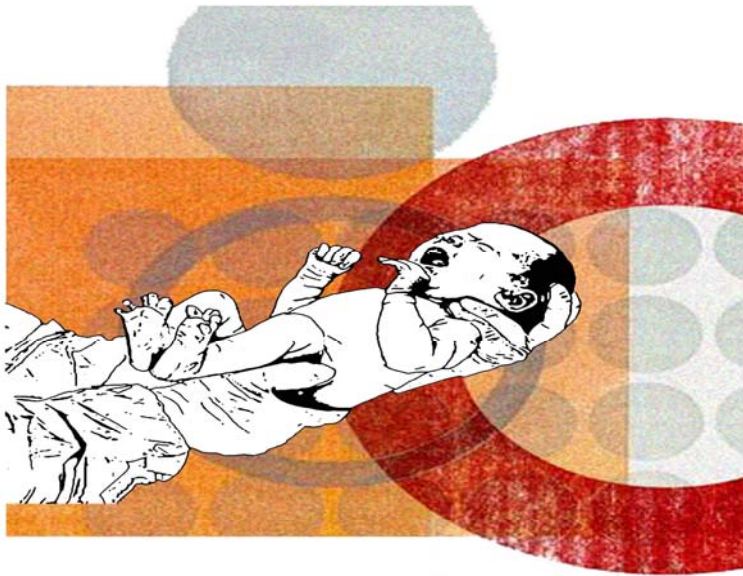
¿Hay que cambiar el tratamiento de la gestante ya tratada?:

Esta decisión deberá tomarla el especialista dependiendo de la situación de la mujer embarazada. Según el trimestre en el que se encuentre la mujer y sus linfocitos CD4 y carga viral, se tomará la decisión de si se mantiene o no el tratamiento y el tipo de fármacos a utilizar de forma individualizada en cada caso.

4.4 LA CESÁREA

¿Se debería realizar la cesárea a todas las gestantes infectadas por el VIH?: NO. La realización de la cesárea ha conseguido disminuir el riesgo de la transmisión vertical al niño y hasta hace poco tiempo era necesaria su realización. En mujeres sin control de la infección por el VIH y en las que no se consigue una carga viral por debajo de las 1000 copias/ml, sigue siendo una recomendación vigente. Sin embargo, desde hace unos

años, se ha demostrado que mujeres en tratamiento antirretroviral y con la infección por VIH bien controlada y estable, no presentan un mayor riesgo de transmisión de la infección por realizar un parto vaginal. Por ello, actualmente solo se recomienda la realización de cesárea en mujeres con infección por el VIH que a pesar del tratamiento antirretroviral presentan una cantidad de virus en sangre mayor de 1000 copias/ml, en aquellas que no siguen ningún control médico y en aquellos casos en que esté indicado por motivos distintos de la infección por VIH (indicación del ginecólogo).



¿Toda cesárea es igual de eficaz en la prevención de la transmisión?: NO. La cesárea más eficaz es aquella que se realiza de forma programada a las 38 semanas de gestación. Es decir, la que se realiza cuando se considera que el bebé ya no es prematuro pero la madre aún no presenta trabajo de parto. Las cesáreas que se hacen una vez empezado el trabajo de parto van a proteger también al niño de la infección pero con mucha menor eficacia que las cesáreas programadas, ya que el riesgo de la transmisión de la sangre materna infectada es mayor con las contracciones del parto.

4.5 POSIBILIDAD DE LIGADURA DE TROMPAS

¿Es posible realizar una ligadura de trompas en una mujer infectada por VIH?:

SI: La ligadura de trompas tiene las mismas posibilidades e indicaciones que una mujer sin infectar.

¿Es necesario hacer la ligadura de trompas en el momento de la cesárea?: NO. Si se programa la cesárea y se ha decidido hacer una ligadura de trompas, resulta muy conveniente hacerlo simultáneamente aprovechando la misma intervención. Pero si la mujer desea realizarse una ligadura puede hacerlo en cualquier momento.

4.6 CUIDADOS POSTPARTO Y SEGUIMIENTO

¿Qué cuidados precisa la mujer infectada por VIH post-parto?: El riesgo de infección puerperal que presentan las mujeres infectadas por VIH después de dar a luz está muy ligado al número de CD4. Por tanto, especialmente en las mujeres con cifras de CD4 bajas, será importante que se extremen las medidas higiénicas, que no se retire la medicación antirretroviral y que acuda a las revisiones programadas por el ginecólogo. Algunas veces se produce una disminución de CD4 y resulta necesario introducir algunos fármacos para prevención de infecciones hasta su recuperación. El especialista determinará cuál es la situación en cada caso particular.



¿Qué seguimiento post-parto precisan las mujeres VIH positivas?: El mismo que las mujeres no infectadas en cuanto a las revisiones ginecológicas, pero además deberán continuar con sus visitas en la consulta de VIH para ajustar los posibles cambios que el embarazo haya producido.

4.7 LACTANCIA MATERNA

¿En qué situaciones puede dar de mamar/dar pecho al niño?: NUNCA. En los países desarrollados no se aconseja en ningún caso que la madre de de mamar al bebé ya que se ha demostrado que el virus VIH se elimina por la leche materna y es capaz de invadir el torrente sanguíneo del niño a nivel del aparato digestivo e infectarlo. La lactancia materna puede aumentar hasta en un 12-14% más la transmisión vertical.

Recuerde: si desea quedarse embarazada consulte a su médico, solicite la prueba del VIH. Ante cualquier duda consulte a su médico.

Glosario

- **VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana, agente responsable del SIDA
- **SIDA:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, se habla así de la enfermedad manifiesta, si tiene el virus pero no tiene síntomas se considera infectado por VIH
- **Transmisión vertical:** Transmisión del VIH de una madre infectada a su futuro hijo/a
- **Tasa de transmisión vertical:** Proporción de niños/as infectados/as por cada 100 hijos/as de madre VIH positiva (tanto si está infectada sin síntomas, como si está enferma de SIDA)
- **Carga viral:** cantidad de virus del VIH que puede medirse en la sangre de una persona infectada.
- **Linfocitos CD4:** células del organismo responsables de la defensa contra las infecciones y que son atacados/afectados por el VIH. Se miden en dos valores, el total de linfocitos CD4 y el porcentaje.
- **Anticuerpos: anti-VIH:** En los adultos y niños/as mayores de 18 meses, la presencia de anticuerpos frente al VIH indica que están infectados/as por el virus VIH. En los menores de 18 meses pueden ser anticuerpos pasivos de la madre y no indican infección, sólo que es hijo/a de una madre infectada por el VIH. Para asegurar la infección en estos menores de 18 meses hay que hacer una PCR o cultivar el virus en la sangre del niño.
- **PCR:** Es una técnica que se realiza para diagnosticar a los niños infectados menores de 18 meses y consiste en detectar en sangre del niños una parte del gen del virus.

- Antirretrovirales: Medicamentos que sirven para el tratamiento de las personas infectadas por el VIH y/o enfermas de sida.
- Profilaxis: Significa prevención. Engloba todas aquellas medidas dirigidas a evitar la infección por el VIH. En el caso de la profilaxis de la transmisión vertical, se refiere a evitar el paso del VIH de una madre embarazada e infectada a su futuro hijo/a.
- Diferentes Familia de antirretrovirales:
- ITIAN: Análogos de nucleósidos: AZT (Retrovir®), ddI (Videx®), 3TC (Epivir®), d4T (Zerit®), abacavir (Ziagen®), emtricitabina (Emtriba®), tenofovir (Viread®)
- IP: Inhibidores de proteasa: nelfinavir (Viracept®), lopinavir/ritonavir (Kaletra®), saquinavir (Invirase®), atazanavir (Reyataz®), tipranavir (Aptivus®), darunavir (Prezista®)
- ITINAN: No análogos de nucleósidos: nevirapina (Viramune®), efavirenz (Sustiva®)
- Serorrevertidos: son los hijos/as de madres infectadas que nacieron con anticuerpos frente al VIH pero que no se infectaron y han negativizado definitivamente los anticuerpos anti-VIH.

DIRECCIONES DE INTERÉS

<http://www.msc.es>

<http://www.cdc.mmwr.es>

<http://www.who.int.hiv>

<http://www.aeped.es>

www.gesidaseimc.com