



# VIH Y EMBARAZO

## ¿CÓMO CONTRAEN SIDA LOS BEBÉS?

VIH, el virus que causa el SIDA, puede ser transmitido de una madre infectada a su recién nacido. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, sin tratamiento antirretroviral, hasta el 30% de los bebés de madres infectadas con VIH contraen el VIH. Si la madre amamanta, el riesgo se eleva a entre el 35% y el 50%.

Las madres con cargas virales altas tienen más posibilidades de infectar a sus bebés. Pero ningún valor bajo de carga viral es considerado "sin riesgo." La infección puede suceder durante cualquier momento del embarazo, pero generalmente ocurre justo antes o durante el parto. Si el trabajo de parto es largo, hay más posibilidades de que el bebé se infecte. Durante el parto el bebé entra en contacto con la sangre de la madre, una exposición de alto riesgo.

Un padre infectado con el VIH puede transmitirle el VIH a su esposa y a su hijo. Para reducir este riesgo, algunas parejas han utilizado el "lavado del esperma" y la inseminación artificial.

## ¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR LA INFECCIÓN EN LOS BEBÉS?

**¿Qué pasa si el padre está infectado con el VIH?** Estudios recientes han demostrado que es posible "lavar" el esperma de un hombre infectado con el VIH y usarlo para fecundar a una mujer y gestar un bebé sano. Estos procedimientos son eficaces. Sin embargo, son muy costosos y no están fácilmente disponibles.

**Tomar medicamentos antirretrovirales (ARVs):** si se usan ARVs durante el embarazo y el parto, y la madre no amamanta al bebé, el riesgo de transmisión es sumamente bajo. El grado de transmisión es entre el 1% y el 2% si la madre toma la terapia antirretroviral (TAR). La tasa es también cerca del 2% si la madre toma AZT (ver la hoja informativa 411) durante las últimas 10 a 12 semanas de embarazo y toma una sola dosis de nevirapina (ver la hoja informativa 431) durante el parto y si el bebé toma una dosis de nevirapina dentro de los tres días después de nacer.

La terapia antirretroviral (TAR) está más disponible en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que el uso de la TAR previno 65,000 infecciones en niños hacia el 2008. En aquellos lugares en que la TAR está generalmente disponible, las mujeres deberían recibir un régimen estándar de varios medicamentos (ver hoja informativa 404).

**Acortar la duración del parto:** el riesgo de transmisión aumenta con un parto más largo. Si la madre toma AZT y tiene una carga viral debajo de 1000 (vea la hoja informativa 125), casi se elimina el riesgo de transmisión. Las madres con cargas virales altas podrían reducir el riesgo si el bebé nace por cesárea.

### La alimentación del bebé

Hasta un 20% de los bebés pueden infectarse con el VIH a través de la leche materna, si la

madre no está tomando TAR. Sin embargo, la leche materna contiene nutrientes que el recién nacido necesita. También protege al bebé contra enfermedades comunes de la infancia. Reemplazar la leche materna por otros métodos puede aumentar el riesgo de mortalidad. Esto puede ser atribuible a la pérdida de la protección que provee la leche materna o al uso del agua contaminada para preparar la alimentación.

La Organización Mundial de la Salud aconseja que las madres deberían tomar TAR durante la lactancia. Después de 6 meses, deberían agregar otros alimentos mientras continúan la lactancia hasta por un año.

Un estudio reciente demostró que es posible que un bebé se infecte por comer la comida masticada por una mujer infectada con el VIH. Esta práctica debe evitarse.

## ¿CÓMO SABEMOS SI UN RECIÉN NACIDO ESTÁ INFECTADO?

Todos los bebés de madres infectadas obtienen un resultado positivo en la prueba del VIH. Ellos tienen anticuerpos contra el VIH en la sangre, incluso si no están infectados, porque la madre pasa sus anticuerpos al bebé. Esto no significa que el bebé esté infectado. Para mayor información sobre las pruebas del VIH ver la hoja 102.

También se puede usar un análisis similar al de la carga viral (ver hoja 125, Análisis de carga viral) para determinar si el bebé está infectado. Estos análisis detectan al VIH en la sangre. Ésta es la única manera segura de determinar si un recién nacido está infectado con VIH.

Si los bebés **están** infectados con el VIH, su propio sistema inmunológico comenzará a producir anticuerpos. En ese caso, continuarán obteniendo resultados positivos. Si **no están** infectados, los anticuerpos de la madre en algún momento desaparecen. Los bebés obtendrán un resultado negativo después de aproximadamente 12 a 18 meses.

## ¿QUÉ PASA CON LA SALUD DE LA MADRE?

Estudios recientes demuestran que las mujeres VIH positivas que quedan embarazadas no se enferman más que aquellas que no quedan embarazadas. Quedar embarazada no es peligroso para la salud de una mujer VIH positiva. Esto es verdad aún si la mujer da el pecho al bebé por todo el tiempo, es decir aproximadamente 2 años. De hecho, un estudio en 2007 mostró que el embarazo tenía beneficios para la salud de una mujer infectada con el VIH.

Los tratamientos "cortos" para prevenir la infección del recién nacido no son la mejor opción para la salud de la mujer. Si una mujer embarazada toma TAR solamente durante el trabajo de parto y el parto mismo, es posible que el virus desarrolle resistencia a los medicamentos. Esto puede reducir las futuras opciones de tratamiento para la madre. Vea la

hoja informativa 126 para más información sobre la resistencia.

Una mujer embarazada debe tener en cuenta todos los posibles problemas de los ARVs.

- Las mujeres embarazadas no deben tomar ddI (Videx, ver hoja informativa 413) junto con d4T (Zerit, ver hoja informativa 414) en su TAR debido al alto riesgo de un efecto secundario grave llamado acidosis láctica.
- No debe tomarse efavirenz (Sustiva, ver hoja informativa 432) durante los tres primeros meses del embarazo.
- Si el recuento de células CD4 es de más de 250 no debe empezar el uso de nevirapina (Viramune, ver hoja informativa 431).

Algunos proveedores de atención médica sugieren que las mujeres interrumpan el tratamiento durante los 3 primeros meses de embarazo por las siguientes razones:

- La posibilidad de perder dosis debido a las náuseas y vómitos al principio del embarazo, lo que da al virus la posibilidad de desarrollar resistencia
- El riesgo de defectos de nacimiento que es más alto durante los 3 primeros meses. Hasta el presente no existe casi ninguna evidencia de que esto ocurra excepto con efavirenz.

El uso de ART puede resultar en un riesgo mayor de parto prematuro o de tener un bebé de bajo peso. **Sin embargo las guías actuales no recomiendan la interrupción del tratamiento en las mujeres embarazadas. Las guías son en el Internet en <http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/GuidelineDetail.aspx?GuidelineID=9&ClassID=2>**

Si usted es VIH+ y está embarazada o si quiere quedar embarazada, consulte con su proveedor de atención médica acerca de sus opciones, para poder cuidar su salud y reducir la posibilidad de infección con el VIH del bebé o de causarle defectos de nacimiento.

## EN POCAS PALABRAS

Una mujer VIH positiva que queda embarazada debe pensar en su salud y la de su bebé. El embarazo parece no empeorar la salud de una madre VIH+.

El riesgo de transmitir el VIH al recién nacido es muy bajo si la madre usa un "curso corto" de tratamiento durante el trabajo de parto y el parto, y si no amamanta al bebé. Pero el uso de estos cursos cortos de tratamiento aumenta el riesgo de desarrollar resistencia a los medicamentos usados. Esto puede disminuir el éxito en un tratamiento futuro, tanto para la madre como para el niño.

Existe algún riesgo de desarrollar defectos de nacimiento con cualquier medicamento, durante los 3 primeros meses de embarazo. Si una madre decide dejar de tomar medicamentos durante el embarazo, su enfermedad puede empeorar. Toda mujer VIH positiva que esté pensando en quedar embarazada debe averiguar en detalle sus opciones de tratamiento con su proveedor de atención médica.

**Actualizado el 17 de febrero de 2014**