

# Guía de aprendizaje

VIH, anticoncepción, concepción y embarazo

Women for Positive Action está patrocinado por un subsidio de Abbott International

Esta guía de aprendizaje se ha preparado en conjunto con la presentación en diapositivas y el recurso de notas para conferenciantes de Women for Positive Action con respecto a la anticoncepción, la concepción y el embarazo.

La guía identifica los objetivos clave de aprendizaje para este módulo y sugiere temas de debate y autoaprendizaje. Los módulos están destinados para ser utilizados tanto por profesionales de la salud como por representantes de la comunidad que deseen crear o participar en oportunidades de aprendizaje relacionadas con la mejoría en la atención de las mujeres con VIH.

## **Objetivos de aprendizaje**

Después de completar este módulo, los participantes podrán debatir los temas que se indican a continuación y evaluar sus implicancias tanto para pacientes como para los proveedores de atención médica.

### **Índice inaceptablemente elevado de transmisión del VIH de madre a hijo**

- La proporción de infecciones por VIH en mujeres crece a nivel mundial.
- De los 16 millones y medio de mujeres que viven con VIH en todo el mundo, la mayoría está en edad fértil.
- Más de 3,28 millones de mujeres VIH positivo dan a luz por año.
- Hasta 410.000 niños están infectados con VIH, la mayoría a través de la transmisión de madre a hijo (TMH)
- Más de medio millón de mujeres viven con VIH en América Latina. La prevalencia más elevada de mujeres de 15 a 24 años con VIH se encontró en Guatemala, Guyana y Surinam.

### **Planificar el embarazo... aunque la mujer no esté embarazada**

- Un componente importante del cuidado del VIH es la preparación para la posibilidad de un embarazo, sea éste planificado o no. Es posible dar a luz un bebé saludable VIH negativo.
- Se deberá considerar la posibilidad de embarazo en todas las mujeres VIH positivo en edad fértil. Se deberá escoger un tratamiento apropiado en caso de que se produzca un

embarazo. Esto incluye evitar la exposición al efavirenz.

- Los factores de riesgo del embarazo no planificado similares a los del VIH: abuso de sustancias, enfermedad mental, violencia doméstica, relaciones sexuales inestables frecuentes y prácticas sexuales poco seguras.
- Es frecuente que el impacto del embarazo sobre el tratamiento o viceversa no sea tratado en mujeres VIH positivo antes del embarazo, pues en muchos países en vías de desarrollo las mujeres son captadas cuando ya se encuentran en un estado avanzado del embarazo.
- Se debería considerar el uso del asesoramiento reproductivo para todas las mujeres en edad fértil como parte de la atención primaria de rutina. Para mujeres VIH positivo, esta educación se deberá brindar de forma temprana durante el transcurso de la enfermedad en lugar de demorarla hasta que aparezca un embarazo, a fin de que se puedan tomar decisiones informadas sobre la anticoncepción y el embarazo, para lo cual, se debe contar con una capacitación continua del personal de salud que trabaja en este área.
- Hasta el 83% de los embarazos en mujeres VIH+ se informan como 'no planificados'
- Más de un tercio de las mujeres en América Latina queda embarazada antes de los 20 años y hasta la mitad de los embarazos en adolescentes no son planificados.

### **Ayudar a las mujeres con problemas de fertilidad**

- La concepción representa un riesgo potencial para parejas serodiscordantes. El asesoramiento previo a la concepción y el tratamiento de fertilidad para esas parejas tiene repercusiones éticas y prácticas significativas.
- Las mujeres VIH positivo tienen una mayor prevalencia de trastornos de la fertilidad que las mujeres VIH negativo.
- Hay datos limitados sobre el éxito de los tratamientos para la fertilidad en mujeres VIH positivo.

### **Reducir el riesgo de TMH**

- La transmisión de VIH de madre a hijo puede ocurrir durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y la lactancia.
- Sin una terapia óptima y prevención, el riesgo de transmitir VIH de la madre al bebé va del 12% al 45% aproximadamente, dependiendo del entorno y las circunstancias individuales. La intervención con ART reduce el riesgo a menos del 2%.
- La falta de conocimiento sobre el estado frente al VIH es el principal obstáculo para evitar la TMH, por eso es indispensable la prueba de ELISA universal a todas las mujeres

en edad fértil.

- Otros factores que aumentan la TMH incluyen carga viral elevada, bajos recuentos de CD4, estado avanzado de la enfermedad, sexo frecuente sin protección, fumar y abuso de sustancias y falta de profilaxis con ART durante el embarazo. Los partos vaginales, un largo período de ruptura de la membrana amniótica, la corioamnionitis y los procedimientos invasivos presentan un mayor riesgo de transmisión. Los bebés prematuros pueden estar en mayor riesgo de TMH.
- Las intervenciones para reducir la TMH incluyen la realización de la prueba de VIH y el asesoramiento durante el embarazo, una mejor disponibilidad de los servicios prenatales, el uso de ART, evitar la amniotomía, procedimiento y episiotomías, preferencia de parto por cesárea electiva, prácticas de control escrupulosas contra las infecciones y alimentación exclusivamente con fórmula.
- La prueba de VIH de rutina para exclusión voluntaria de mujeres embarazadas es clave para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. En América Latina, muy pocos países realizan la prueba de rutina en embarazadas en cualquier etapa del embarazo. México no la realiza.

## **Tratamiento del VIH en el embarazo**

- El tratamiento del VIH en mujeres embarazadas debería apuntar a una supresión total del ARN del VIH para el momento del parto y, de preferencia, para el tercer trimestre, a fin de evitar la TMH. Esto debería equilibrarse con los riesgos de la ART para el feto y la carga de los efectos secundarios de la ART en la madre.
- Se prefiere el uso de inhibidores reforzados de la proteasa para las mujeres que desean quedar embarazadas. La nevirapina es una alternativa, pero se la deberá evitar en mujeres con recuentos elevados de CD4. Se deberá evitar el efavirenz debido a su potencial teratogénico.
- Los regímenes para mujeres embarazadas son los mismos que los de las mujeres que no están embarazadas salvo que se deberá evitar el uso de efavirenz y el de la combinación ddI + d4T. Sólo se deberá iniciar tratamiento con nevirapina en embarazadas con recuentos de CD4  $>250$  células/mm<sup>3</sup> si el beneficio supera ampliamente al riesgo, debido al aumento de riesgo de hepatotoxicidad potencialmente fatal en mujeres con recuentos elevados de CD4. La terapia con lopinavir/ritonavir es la terapia con inhibidores de proteasa de elección, sin embargo, se recomienda el uso de atazanavir como IP alternativo para usarlo en regímenes combinados en el embarazo. Éste se deberá administrar como régimen de bajas dosis de ritonavir reforzado. Si fuera posible, se deberá incluir zidovudina en el régimen debido a su capacidad de evitar la transmisión

del VIH de madre a hijo.

- Se deberá evaluar la resistencia a la ART en embarazadas aunque se trate de su primer tratamiento, pues al ser una población con posibilidad reproductiva, se debe de ofrecer el mejor tratamiento.
- Se recomienda la detección de infección por virus de la hepatitis B y C (VHC) para todas las embarazadas infectadas por VIH que no se han sometido a esa prueba durante su embarazo actual

### **Profilaxis posterior a la exposición para lactantes**

- La mayoría de los lactantes deberán recibir monoterapia con zidovudina dos veces por día durante 4 semanas (o una monoterapia de ART alternativa si la terapia materna no incluye a este agente). Se deberá administrar una terapia triple a los lactantes hijos de madres VIH positivo sin tratamiento o de aquellas con viremia detectable a pesar del tratamiento.

### **Anticoncepción**

- No existe una forma 'ideal' de anticoncepción para las mujeres. La mejor anticoncepción para una mujer VIH positivo actualmente debe incluir el uso de preservativo, aunque es posible que éste no la proteja adecuadamente contra el embarazo.
- Muchas de las opciones anticonceptivas interactúan con los ART o no son aptas si se espera continuar con el embarazo.
- La declaración suiza sugiere que en los casos de supresión viral total, parejas estables y sin otras ETS, existe un riesgo mínimo de transmisión del VIH. Existe mucha controversia sobre esta afirmación ya que el tipo de evidencia del estudio correspondiente se debe tomar con muchas reservas.

### **Guía de debate**

Considere las preguntas a continuación cuando complete este módulo; las preguntas se pueden usar tanto para un aprendizaje persona reflexivo como para una guía de debate como parte de una experiencia de aprendizaje en grupo.

### **Reducción de la cantidad de bebés infectados con VIH**

La prevalencia de mujeres con VIH ha ido en aumento, y los bebés nacen con VIH a pesar de los medios efectivos para reducir el riesgo de TMH. Las medidas para reducir la TMH incluyen la reducción del índice de infección en mujeres en edad de procrear, reducir el índice de

embarazos no planificados en mujeres VIH positivo y reducir el riesgo de transmisión durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y la lactancia.

- ¿Cuáles son los obstáculos para lograr cada una de estas medidas?
- ¿Se alteran los obstáculos dependiendo de las características de la mujer afectada? (Por ejemplo, por edad, nivel socioeconómico, estado migratorio, enfermedad mental concomitante, antecedentes de abuso de drogas, cultura, religión y nivel educativo)
- ¿Cómo se podrían superar estos obstáculos?

### **Ayudar a las mujeres a tener un embarazo y parto saludables**

El embarazo y el nacimiento de un bebé desencadenan una serie de preguntas y preocupaciones para cualquier mujer. Para aquellas con VIH, existe una gran cantidad de situaciones adicionales que considerar entre las que se incluye evitar la transmisión materno-fetal, el efecto del tratamiento en el bebé y el efecto del embarazo en la enfermedad de la mujer. Cada mujer tiene sus propias necesidades específicas de apoyo e información, dependiendo de sus circunstancias personales.

- ¿Cómo se puede optimizar el tratamiento de VIH antes de la concepción?
- ¿De qué forma pueden las mujeres VIH positivo quedar embarazadas sin infectar a un compañero VIH negativo? ¿Cómo puede una mujer VIH negativo quedar embarazada sin contraer VIH de su compañero VIH positivo?
- ¿Cómo pueden las mujeres reducir el riesgo de TMH durante la concepción, el embarazo, el parto y la lactancia?
- ¿Cómo afectará el régimen de tratamiento de una mujer a su hijo?
- ¿Cómo afectarán el embarazo y el nacimiento a la enfermedad de una mujer y su capacidad de cuidar a su hijo? ¿Cómo se pueden reducir los riesgos?
- ¿A qué problemas psicosociales puede verse expuesta una mujer con VIH? Por ejemplo, el juicio y la estigmatización de familiares y la comunidad.

### **Proteger el bienestar del niño**

En ciertas situaciones, se podrá llevar a un niño en custodia en contra de la voluntad de su madre; por ejemplo, para brindarle tratamiento o para limitar el riesgo de transmisión del VIH.

- ¿En qué circunstancias se puede y se debe separar a un niño de su madre? ¿Y durante cuánto tiempo?  
¿Qué medidas se deberán tomar para evitar la separación forzada y el posible tratamiento de los bebés?

- ¿Qué personal médico y/o no médico deberá participar en este proceso?

### **La declaración suiza**

La declaración suiza sugiere que bajo ciertas condiciones existe un riesgo mínimo de transmisión del VIH a través del contacto sexual.

- ¿Bajo qué condiciones sugiere la declaración suiza que la transmisión del VIH tiene un riesgo mínimo?
- ¿Cómo afecta esto las elecciones de anticonceptivos de las mujeres?
- ¿Cómo afecta esto el riesgo de TMH del VIH y los riesgos asociados con la lactancia?

### **Reconocer las creencias**

Las creencias son importantes para muchas mujeres con VIH. Siempre que sea posible es mejor trabajar junto a estas creencias en lugar de intentar cambiarlas. Para algunas mujeres, puede haber una desconfianza subyacente en la medicina y la atención médica occidentales, o sus antecedentes religiosos o culturales pueden entrar en conflicto con el asesoramiento médico que se les da.

- ¿Cuál es la mejor manera de manejar a las mujeres que rechazan el tratamiento médico porque prefieren usar sólo medicina alternativa o tradicional?
- ¿Cómo se pueden superar las brechas en la comunicación y establecer confianza en mujeres que desconfían o que no están de acuerdo con los consejos médicos que se les brindan?