

# DECISIONES REPRODUCTIVAS Y EMBARAZO EN LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA

## RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD

Las mujeres VIH positivas a menudo enfrentan dificultades en relación al embarazo, como estigmatización y discriminación en los servicios de salud, no acceso al testeo y el tratamiento para prevenir la transmisión madre-hijo del VIH y problemas para prevenir embarazos no planeados.

En los últimos años en el mundo y la Argentina, el progreso en el tratamiento y la consiguiente mejoría en la calidad de vida de las mujeres que viven con el VIH/SIDA, determinó que más mujeres seropositivas decidan tener hijos y se embaracen. La mejora en sus posibilidades de vida cambió sus expectativas y proyectos de vida, entre ellos tener hijos.

Es fundamental que se respeten los derechos reproductivos de las mujeres que viven con VIH, ya sea que quieran tener hijos o no. Muchas mujeres seropositivas no reciben información sobre sus opciones reproductivas, esta tal vez, por el escaso interés que el propio personal de los servicios de salud y la comunidad tienen de que ellas continúen su vida sexual y reproductiva. Esto no ocurría ni ocurre en muchos casos en que las mujeres VIH+ son víctimas de esterilizaciones inconsultas o forzadas, o negados los servicios de anticoncepción, o no tienen respuesta frente a la necesidad de interrupción de un embarazo.

Según de Bruyn 2003<sup>1</sup>, no hay estudios que investiguen específicamente el impacto de abortos inseguros en las mujeres que viven con el VIH, a pesar que en la mayoría de los países pobres el aborto no es legal y la incidencia de infección con VIH es más alta. En base a un estudio de la Comunidad Internacional de Mujeres que viven con VIH –ICW– en Zimbabwe, parecen padecer más complicaciones después de legrados uterinos. No se investigaron aún otros efectos en caso de otros métodos como el aborto medicamentoso u otro.

La reproducción en mujeres que viven con el VIH tiene algunos aspectos particulares a considerar. Se ha observado una menor fecundidad en las personas que viven con el VIH/SIDA en comparación con la

población general. Esto podría deberse a distintas causas: menor actividad sexual, infección avanzada con el VIH, menor cantidad de espermatozoides, coinfecciones con otras ITS, entre otras.

Frente a la reproducción de personas que viven con el VIH hay distintas situaciones: parejas sero discordantes en las que el varón está infectado y la mujer no o viceversa, y parejas en que ambos viven con el VIH. En todos los casos la consulta previa al embarazo es conveniente, ya que en la misma se evaluarán los riesgos para la mujer, y el futuro hijo, y así la pareja o la mujer podrá decidir en base a la información más precisa.

Si una mujer que vive con el VIH desea tener un hijo, se le debe brindar asesoramiento sobre:

- El mejor momento para buscar el embarazo, que coincide con el momento en que su carga viral está más baja. De esta manera, disminuye el riesgo de transmisión del VIH al feto.
- Interacciones entre la medicación antirretroviral y la gestación. Algunas drogas antirretrovirales son teratogénicas (por ejemplo, efavirenz e hidoxiurea) o causan inconvenientes durante el embarazo por sus efectos metabólicos sobre la mujer y el feto (por ejemplo, amprenavir o indinavir).
- Tratamiento de las ITS y su prevención, ya que la presencia de las mismas u otras co-infecciones pueden aumentar la cantidad de VIH en las secreciones vaginales y la viremia, provocando un mayor riesgo de transmisión del VIH al feto.
- La necesidad de contar con apoyo familiar o social y también psicológico y social de profesionales, que realicen un asesoramiento adecuado, acompañando a las mujeres o las parejas a tomar sus decisiones en forma informada y responsable.

**En casos de parejas serodiscordantes en que el hombre vive con VIH y la mujer no, es fundamental el asesoramiento médico para evitar la mujer se infecte en la búsqueda del embarazo.** En esos casos es aconsejable el uso de técnicas de fertilización artificial para reducir el riesgo de transmisión del VIH a la compañera y lograr el embarazo sin que la mujer se infecte.

<sup>1</sup> De Bruyn, María et als: Opciones reproductivas y Mujeres que viven con VIH/SIDA, en Desidamos año XI, n°1, julio 2003, p.11 a 24.

En las parejas en que ambos están infectados también se pueden utilizar técnicas de inseminación asistida. **En las dos situaciones es conveniente que el varón tenga su carga viral baja.** En estos casos se implementa una técnica de lavado de los espermatozoides (lavado seminal) con lo cual se separan los espermatozoides móviles del resto del semen reduciendo los niveles de virus en esta fracción, que es la que se inyecta artificialmente a la mujer. Esta técnica logra reducir el riesgo de infección de las mujeres aunque no lo descarta totalmente. Estas técnicas están disponibles solo en pocos servicios públicos de salud en el país, lo que dificulta el acceso a ellas de muchas mujeres. También para disminuir la exposición al semen infectado se puede recurrir a la estimulación ovárica previa a la inseminación y así incrementar la tasa de embarazos.

El VIH puede traer complicaciones durante el embarazo, las más frecuentes son: abortos espontáneos, retardo de crecimiento intra uterino, bajo peso al nacer, parto prematuro, corioamnionitis y ruptura prematura de membranas. Otras complicaciones a considerar son: infecciones genitales y urinarias, neumonías, hemorragias genitales y anemias. Por eso **el embarazo de una mujer que vive con VIH debe controlarse frecuentemente por el obstetra y también el infectólogo debe participar para lograr un buen resultado para la mujer y el futuro hijo.**

## PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MADRE-HIJO

Esta transmisión puede ocurrir durante el embarazo, el parto o durante el amamantamiento. Existen tres formas para prevenir esta transmisión: 1) tratamiento antiretroviral –ARV– a las embarazadas seropositivas y a los recién nacidos; 2) el parto por cesárea; y 3) no amamantar.

1) **Tratamiento ARV:** si la mujer ya estaba bajo tratamiento al embarazarse, deberá continuar el tratamiento durante el embarazo. Si recién se le detectó la seropositividad al ofrecerle el testeo para el VIH, al darle el resultado, si resulta positivo, se le debe explicar que existe un tratamiento que puede disminuir las posibilidades de la transmisión al hijo de 30% o 40% de posibilidad a menos de 10%.

También se le debe explicar que el tratamiento lo recibirá gratuitamente y que una vez ocurrido el parto deberá, en consulta con el infectólogo, continuar con el tratamiento, pero seguramente con la combinación de tres drogas.

Respecto al tratamiento durante el embarazo la Propuesta Normativa de SIDA Perinatal que rige desde 1997<sup>2</sup>, y su modificatoria de 2002, establece que a partir de la semana 14 o luego, se le administrará por vía oral AZT 600mg por día (300mg cada 12hs.). Frecuentemente las mujeres llegan tardíamente o sea con el embarazo avanzado a la consulta prenatal. Además si acepta hacerse el test con las demoras en todo el proceso suele conocerse la seropositividad en un período más avanzado que la 14ª semana. Si ya se está muy próxima a la fecha del parto también se le podrá indicar Nevirapina, sin embargo esta no es la droga de elección según la Propuesta Normativa Argentina debido a que parece tener efecto tóxico.

Una vez iniciado el parto se le dará una dosis de AZT inyectable a la mujer y luego al niño recién nacido. La embarazada deberá recibir por vía endovenosa 2mg/kg al comienzo del parto y luego 1mg/kg/h como mantenimiento hasta finalizar el parto. En el caso de usar Nevirapina también al recién nacido debe suministrársela. Al bebé se le dará AZT en jarabe.

A continuación se presenta el esquema según Protocolo ACTG076 propuesto en las Recomendaciones Ministeriales<sup>3</sup>.

### PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH CON ZIDOVUDINA PROTOCOLO ACTG 076

#### Administración durante el embarazo (Primer componente)

- Iniciar AZT a partir de la semana 14 de gestación y continuar hasta iniciado el trabajo de parto.
- Cápsulas de 100 mg: 300 mg c/12 horas

#### Administración durante el trabajo de parto (Segundo componente)

- Iniciar AZT endovenoso con el trabajo de parto.
- Dosis de carga de mg/kg, diluida en dextrosa 5%. Infundir en una hora.
- Dosis de mantenimiento: 1 mg/kg/hora hasta el parto.
- Las ampollas son de 200 mg, por lo que pueden requerirse 4 ó 5 ampollas.

#### Administración al neonato (Tercer componente)

- Iniciar entre las 8 y 12 horas postparto, AZT oral en jarabe, 2 mg/kg Cada 6 horas durante 6 semanas. Para aquellos que no toleran la vía oral, debe administrarse 1,5 mg/kg vía intravenosa, cada 6 horas.

<sup>2</sup> “Propuesta Normativa Perinatal”, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Septiembre 1997.

<sup>3</sup> “Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH”, Ministerio de Salud de la Nación, Mayo 2002, Argentina.

## ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES QUE VIVEN CON VIH

2) **Parto por cesárea:** según la norma de la Prevención de la Transmisión Madre-Hijo se debe aconsejar el nacimiento por cesárea cuando la carga viral es superior a 1000 copias, se sugiere programarla en la semana 38. **Si la carga viral es menor a 1000 copias no está indicada.** Si bien está aconsejado, hay una gran resistencia de las mujeres a la cesárea especialmente en los sectores populares. No debe ignorarse que por tratarse de una cirugía puede haber complicaciones y a veces la embarazada está deprimida inmunológicamente por el VIH/SIDA presentando aún mayores complicaciones. Si bien los infectólogos y especialistas la aconsejan en nuestro medio deben considerarse las posibles desventajas. El Ministerio en las recomendaciones señala: “la cesárea electiva tiene por lo menos 2 veces más complicaciones que el parto normal.”<sup>3</sup>

3) **No amamantar:** esto debe recomendarse a la embarazada desde el control del embarazo y prepararla para eso. Existen leches maternizadas que son provistas gratuitamente a las mujeres por los servicios de salud públicos. Deben saberlo y solicitarlo. En casos de vivir en viviendas muy precarias y no poder garantizar agua potable para preparar la mamadera con leche maternizada, se deberá considerar si se permite el amamantamiento a fin de evitar episodios de gastroenteritis a repetición.

Si bien las mujeres que viven con VIH al igual que los hombres, deben usar siempre preservativos en todo tipo de relaciones sexuales para evitar las re-infecciones cuando sus parejas son positivas o la transmisión a sus parejas cuando ellos son negativos, deben tenerse en cuenta las barreras culturales y económicas que se evidencian en nuestro país frente a los preservativos. El equipo de salud debe estar preparado para aconsejar adecuadamente también sobre otros métodos anticonceptivos, según las necesidades de las mujeres VIH+ y sus parejas.

**Los anticonceptivos hormonales combinados: píldoras, inyecciones, implantes son altamente efectivos como contraceptivos y no existe ningún tipo de contraindicación para las mujeres VIH+ que no reciben tratamiento con antirretrovirales –ARV–.** En las que reciben tratamiento ARV se sugieren ajustes en las dosis dependiendo del tipo de drogas ARV que toma ya que se sabe puede afectarse la capacidad anticonceptiva, ya sea potenciándola algunas y deprimiéndolas otras.

A continuación reproducimos un cuadro sobre interacciones entre ARV y MAC, según tipo de ARV<sup>4</sup>:

### INTERACCIONES ENTRE ARV INHIBIDORES NUCLEÓSIDOS Y ETINIL ESTRADIOL

<i>ARV Inhibidores nucleósidos</i>	<i>Efecto sobre el etinil estradiol</i>	<i>Adaptación posológica</i>
– AZT (zidovudina)		
– ddl (didanosina)		
– dDdC (zalcitabina)	NINGÚN EFECTO	NO ES NECESARIA
– 3TC (lamivudina)		
– d4T (stavudina)		
abacavir		

### INTERACCIONES ENTRE ARV INHIBIDORES DE LA PROTEASA Y ETINIL ESTRADIOL

<i>ARV inhibidor de proteasa</i>	<i>Efecto sobre etinil estradiol</i>	<i>Adaptación posológica</i>
Ritonavir	Disminuye la tasa en 40%	≥ 30ug de EE
Indinavir	Aumenta la tasa en 24%	15/20ug de EE
Nelfinavir	Disminuye la tasa en 47%	≥ 30ug de EE
lopinavir	Disminuye la tasa en 42%	≥ 30ug de EE

<sup>4</sup> Weller, S et al. 2004: “Éxitos médicos, desafíos humanos. Reproducción y Anticoncepción en personas que viven con VIH/SIDA”. Buenos Aires, abril 2004.



## INTERACCIONES ENTRE ARV NO NUCLEÓSIDOS Y ETINIL ESTRADIOL

ARV inhibidores no nucleósidos	Efecto sobre etinil estradiol	Adaptación posológica
Nevirapina	Disminuye la tasa en 19%	≥ 30ug de EE
Efavirenz	Aumenta la tasa en 37%	15/20ug de EE

En relación con el DIU –Dispositivo Intrauterino–, diversos estudios<sup>5</sup> informan que no existe un aumento del riesgo de complicaciones más frecuentes (infecciones, expulsión y otras) en pacientes seropositivas (no severamente inmuno comprometidas: CD4<200) en comparación con mujeres no infectadas que usan DIU. **Los resultados sugieren que el DIU es una alternativa válida para ser utilizada por mujeres VIH+ cuando tienen acceso a los servicios de salud para su seguimiento y control.**

El uso de preparados con componente progestacional sólo: orales, inyectables o implantes, son una opción aceptable en mujeres en tratamiento ARV según los datos existentes. También se podría recomendar el DIU liberador de progestágeno en estas mujeres, sin interrumpir ni afectar el tratamiento ARV.

No existen contraindicaciones especiales para el uso de otros métodos de anticoncepción como el diafragma, espermicidas, anticoncepción de emergencia, abstinencia periódica, solos o combinados. **Se debe recordar que ninguno de estos métodos evita la infección o la reinfección por el VIH u otras ITS, por eso siempre debe acompañarse del uso de preservativo o doble protección.**

Es conveniente en la consulta ofrecer la “**doble protección**” o sea prevención de embarazos no buscados y de ITS/SIDA, **entregando en la consulta preservativos junto con el método anticonceptivo elegido** por la persona, así como material informativo gráfico sobre prevención y uso correcto del preservativo.

<sup>5</sup> Sinei, S et al. 1998; Morrison, C et al. 2001, mencionado en Weller et Als, 2004.

## DERECHOS REPRODUCTIVOS

Es esencial que las mujeres seropositivas puedan ejercer su derecho a decidir el número de hijos y el intervalo entre ellos. Deben poder llevar a la práctica sus decisiones sin ningún tipo de coerción ni violencia y en forma segura. En caso de que no quiera continuar un embarazo no planeado, las mujeres seropositivas muchas veces son sin quererlo o decidirlo ellas, forzadas a abortar. Sin embargo cuando no desean continuarlo no suelen tener posibilidad de hacerlo en forma limpia y segura. Por eso los abortos clandestinos pueden ser aún más graves para las mujeres seropositivas que para las negativas, por su inmunodeficiencia. Es importante garantizarles el derecho a interrumpir el embarazo sin riesgos.

A veces las mujeres seropositivas son impulsadas e incluso forzadas en los servicios de salud a la esterilización a través de la ligadura de trompas. Es importante aconsejarlas sobre todos los métodos anticonceptivos, pero respetar el derecho a elegir si quiere usar alguno y cual elige.

## BIBLIOGRAFÍA

- De Bruyn, María: “VIH/SIDA, embarazo y aborto. Una revisión de la literatura” publicado en DeSIDAmos, año XI, n°1, Julio 2003.
- Ministerio de Salud y Acción Social: “Propuesta Normativa Perinatal”, Septiembre 1997.
- Ministerio de Salud “Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH”, Septiembre 2002, Argentina.
- Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer – FEIM–: “Mujer y VIH/SIDA: Recomendaciones para el equipo de salud”, octubre 2002, Argentina.
- Weller, S et als: “Éxitos médicos, desafíos humanos, reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH/SIDA”, Investigación de Coordinación SIDA, Secretaria de Salud, GCBA y CEDES, Abril 2004.



Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable - Dirección General Adjunta APS - Secretaria de Salud - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires



**Bahía Blanca**

Secretaría de Salud - Municipalidad de Bahía Blanca. Chiclana 451 altos, Bahía Blanca, Prov. de Buenos Aires, Argentina - Tel. (0291) 550-6001.