

Embarazo, salud materna y VIH

gt grupo de
trabajo sobre
tratamientos del VIH
ENTIDAD DECLARADA DE
UTILIDAD PÚBLICA
ONG DE DESARROLLO

Embarazo, salud materna y VIH

2ª edición

Créditos:

- Traducción: Miguel Vázquez
- Edición: Juanse Hernández – Francesc Martínez – Miguel Vázquez
- Grafismo: mires estudi de comunicació, SL
- Ilustración: Ferran Albadalejo Sabaté (Instagram: @TucsonFdez-Twitter: @tucsonfdez)

Agradecimientos: Esta guía es una adaptación al español de la octava edición de *Guide to HIV, pregnancy & women's health (April 2019)*, un material escrito por HIV i-Base, una organización con sede en Londres (Reino Unido), a la que agradecemos la autorización para adaptar su material. También queremos dar nuestro agradecimiento al Fondo M·A·C de Lucha contra el Sida (www.macaidsfund.org), sin cuya colaboración no hubiese sido posible imprimir y distribuir esta guía.

Descargo de responsabilidad: La información contenida en esta guía no pretende sustituir la recibida del médico. Las decisiones sobre tratamiento siempre deberían tomarse tras consultar con un especialista en la infección por el VIH. La información médica puede quedar desfasada con rapidez. Si te surge alguna pregunta tras leer esta guía, te aconsejamos hablar con tu médico o llamar a gTt-VIH, al 93 458 26 41 o al 667 662 551, para comprobar si existe alguna novedad relevante al respecto. Nuestro servicio multicanal ofrece la posibilidad de que podamos atender tus preguntas de manera presencial en nuestras sedes, por correo electrónico, por medio de video-llamadas a través de Skype y por mensajería instantánea a través de teléfonos móviles inteligentes (WhastApp y Telegram).

Derechos de autoría: Los materiales elaborados por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) no tienen copyright. Nuestros contenidos y materiales se someten a la licencia CC BY-NC-SA 2.5 ES de Creative Commons, según la cual se puede compartir y adaptar el material siempre que se reconozca la autoría y se indique si se han realizado cambios; que no exista una finalidad comercial; y siempre que, si se remezcla, transforma o crea a partir del material, se difunda el producto resultante bajo la misma licencia que el original.

Publicado en Barcelona en abril de 2020

Índice

- 01. Introducción / pág. 4
- 02. Cuestiones básicas y generales / pág. 6
- 03. Proteger y garantizar la salud de la madre / pág. 13
- 04. Planificación del embarazo / pág. 16
- 05. Atención y tratamiento del VIH durante el embarazo / pág. 22
- 06. Pruebas y seguimiento / pág. 31
- 07. Prevención y tratamiento de otras infecciones / pág. 35
- 08. El momento del parto / pág. 40
- 09. Antirretrovirales y salud del bebé / pág. 44
- 10. Después del nacimiento del bebé / pág. 47
- 11. Alimentación del bebé / pág. 52
- 12. Cómo mantener una buena adherencia al tratamiento / pág. 58
- 13. Tablas / pág. 62
- 14. Recursos comunitarios / pág. 65

01

Introducción

Esta guía sobre embarazo, salud materna y VIH editada por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gT-VIH) es una adaptación al español de la octava edición de *Guide to HIV, pregnancy & women's health*, elaborada por la organización británica HIV I-Base. Esta guía te proporciona información sobre qué hacer si recibes un diagnóstico de VIH durante el embarazo y también las opciones de que dispones si ya sabes que tienes el virus y decides tener un bebé. Además, incluye información sobre la salud materna y del bebé, el uso de antirretrovirales durante el embarazo, cómo evitar la transmisión del VIH al bebé y estrategias para la concepción segura en el caso de las parejas serodiscordantes o serodiferentes, es decir, aquellas en las que uno de los miembros tiene el VIH y el otro no.

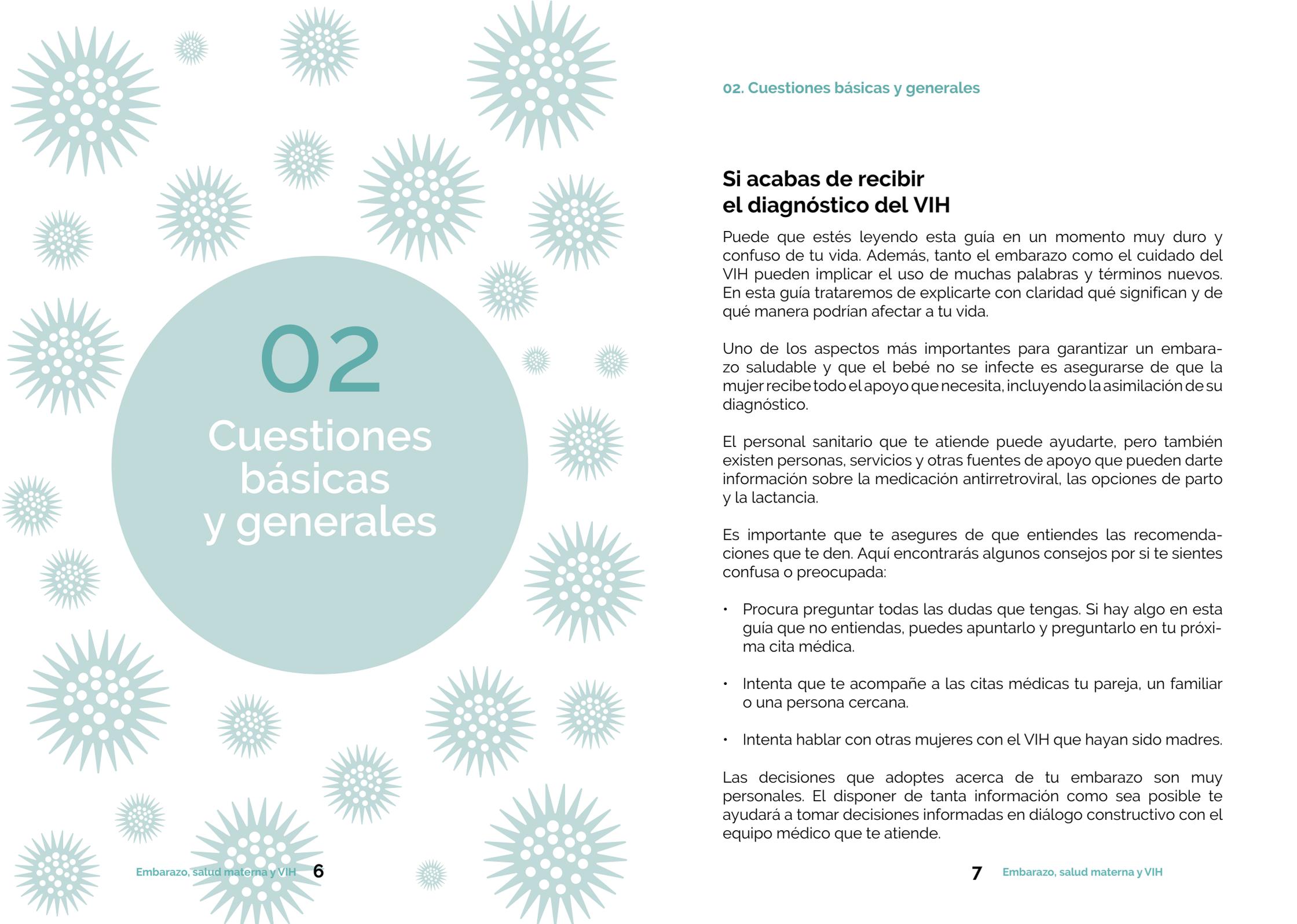
Con un manejo adecuado centrado en la salud y las decisiones de la propia mujer, hoy en día en España el riesgo de transmisión del virus al bebé durante el parto es bajo. Los datos más actualizados evidencian que la tasa de transmisión vertical se sitúa muy por debajo del 1% (0,05-0,3%) en el caso de mujeres que reciben terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) y presentan una carga viral indetectable. Se trata de un valor muy bajo y supone un importante avance en cuanto a la información disponible para las mujeres que ya están embarazadas o están planificando quedarse.

Otra excelente noticia es que, en la actualidad, el tratamiento antirretroviral permite a las personas con el VIH disfrutar de una vida larga y saludable, por lo que una madre con el VIH podrá ver a su hijo o hija hacerse mayor.

La información contenida en esta guía no pretende sustituir la relación con el equipo médico y enfermero que te atiende. Las decisiones sobre tu salud siempre deberían tomarse en diálogo con los especialistas que te atienden.

Esta guía pretende ayudarte a aprovechar al máximo el tratamiento y la atención del VIH que recibes en caso de que estés valorando la posibilidad de quedarte embarazada, o si ya lo estás. Te ofrecemos información práctica para tu propia salud y la de tu bebé. Esperamos que este recurso te sea de utilidad en todas las etapas: antes, durante y después del embarazo.

En esta guía hemos reflejado las directrices españolas recogidas en el "Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto" (enero de 2018), realizado por el grupo de expertos y expertas de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio del Sida (GeSIDA)/Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). También hemos reflejado las recomendaciones del "Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2020)". Ambos documentos están disponibles en las páginas web del Ministerio de Sanidad (www.msccbs.es) y GeSIDA (www.gesida-seimc.org).



02

Cuestiones básicas y generales

02. Cuestiones básicas y generales

Si acabas de recibir el diagnóstico del VIH

Puede que estés leyendo esta guía en un momento muy duro y confuso de tu vida. Además, tanto el embarazo como el cuidado del VIH pueden implicar el uso de muchas palabras y términos nuevos. En esta guía trataremos de explicarte con claridad qué significan y de qué manera podrían afectar a tu vida.

Uno de los aspectos más importantes para garantizar un embarazo saludable y que el bebé no se infecte es asegurarse de que la mujer recibe todo el apoyo que necesita, incluyendo la asimilación de su diagnóstico.

El personal sanitario que te atiende puede ayudarte, pero también existen personas, servicios y otras fuentes de apoyo que pueden darte información sobre la medicación antirretroviral, las opciones de parto y la lactancia.

Es importante que te asegures de que entiendes las recomendaciones que te den. Aquí encontrarás algunos consejos por si te sientes confusa o preocupada:

- Procura preguntar todas las dudas que tengas. Si hay algo en esta guía que no entiendas, puedes apuntarlo y preguntarlo en tu próxima cita médica.
- Intenta que te acompañe a las citas médicas tu pareja, un familiar o una persona cercana.
- Intenta hablar con otras mujeres con el VIH que hayan sido madres.

Las decisiones que adoptes acerca de tu embarazo son muy personales. El disponer de tanta información como sea posible te ayudará a tomar decisiones informadas en diálogo constructivo con el equipo médico que te atiende.

¿Pueden ser madres las mujeres con el VIH?

Sí, y el tratamiento antirretroviral hace que sea mucho más seguro.

Desde hace más de 20 años, mujeres de todo el mundo han estado empleando fármacos frente al VIH –también llamados antirretrovirales– durante el embarazo de forma segura. En la actualidad, esto supone tomar, como mínimo, tres medicamentos antirretrovirales. Estos tratamientos han cambiado por completo la vida de las personas con el VIH en todos los países en los que se usan.

El tratamiento ha tenido un enorme efecto sobre la salud de las madres con el VIH y sus bebés. Esto ha animado a muchas mujeres a considerar la posibilidad de ser madres por primera vez o de volver a serlo.

Tu tratamiento antirretroviral protegerá a tu bebé del VIH

El tratamiento no solo tiene beneficios para tu propia salud, sino que al tratar el VIH se reducirá casi por completo el riesgo de que tu bebé se infecte.

Sin tratamiento, las tasas de transmisión del VIH de madre a hijo son del 25%. Gracias al tratamiento, ese porcentaje ahora es mínimo, por debajo del 0,27%.

¿Cómo se transmite el VIH al bebé?

El término 'transmisión' hace referencia al mecanismo por el cual el VIH pasa de una persona a otra. La transmisión del VIH de la madre al bebé se conoce también como 'transmisión vertical'. La mayor parte de las transmisiones verticales se producen cerca (o durante) el proceso de parto y alumbramiento (cuando nace el bebé). La transmisión vertical también puede producirse durante la lactancia.

El principal factor de riesgo de la transmisión vertical es la carga viral –la cantidad de VIH presente en la sangre–.

El principal objetivo de la terapia antirretroviral es que la persona con el VIH reduzca su carga viral a niveles indetectables. Las pruebas de carga viral miden la cantidad de virus en sangre y los resultados se expresan en copias por mililitro (copias/mL). Se considera un nivel indetectable el que está por debajo de 50 copias/mL.

Esto resulta especialmente importante en el momento del alumbramiento. Si la carga viral de la madre está indetectable en el momento del parto (y, sobre todo, si se ha mantenido así durante todo el embarazo), la probabilidad de que se produzca la transmisión vertical es cero.

Prácticamente todos los factores de riesgo de transmisión del VIH giran en torno a un único aspecto: cuidar la salud de la madre.

Algunos puntos clave a recordar:

- La salud de la madre está relacionada directamente con el estado serológico al VIH del bebé.
- El hecho de que el padre tenga también el VIH no influye en el riesgo de que el bebé nazca con el virus.
- El estado serológico al VIH de tu bebé recién nacido no está relacionado con el estado serológico de tus otros hijos.

¿A las mujeres embarazadas se les ofrece automáticamente la prueba del VIH?

En España, la oferta rutinaria de la prueba del VIH a las mujeres embarazadas se viene realizando desde los años 90, como parte de la atención prenatal. Realizar la prueba permite a las mujeres gestantes cuidar mejor de su propia salud con independencia del resultado. Si el resultado es positivo, también ayudará a proteger la salud del bebé además de la de la madre.

¿Es realmente seguro tomar tratamiento antirretroviral durante el embarazo?

La respuesta es afirmativa. Uno de los primeros beneficios que ofreció la terapia antirretroviral fue la reducción del riesgo de transmisión vertical del VIH. A menudo, se recomienda no tomar medicamentos durante el embarazo. Sin embargo, este no es el caso del tratamiento antirretroviral.

Millones de mujeres han tomado estos fármacos en todo el mundo, lo que ha supuesto el nacimiento de muchos niños sanos y sin el VIH.

Es aconsejable que durante las conversaciones prenatales con tu médico habléis de tu tratamiento antirretroviral, así como del uso de determinados fármacos frente al VIH durante el embarazo.

El equipo médico que te atiende también tiene acceso a un registro internacional de defectos congénitos, en el que se ha hecho un seguimiento de los nacimientos de bebés con defectos expuestos a fármacos antirretrovirales desde 1989. Hasta ahora, en este registro no se ha apreciado un aumento significativo de la tasa de nacimientos con defectos en los niños nacidos de madres que tomaron fármacos del VIH, en comparación con los niños cuyas madres no recibieron dichos medicamentos.

¿El embarazo puede empeorar mi infección por el VIH?

El embarazo no supone un empeoramiento de la salud de la mujer en lo que respecta al VIH. Sin embargo, la gestación puede producir un ligero descenso de tu recuento de CD4. El recuento de CD4 se mide en células por milímetro cúbico de sangre (células/mm³) y es una medida de la fortaleza de tu sistema inmunitario.

Este descenso de los niveles de CD4 en el embarazo puede variar, pero generalmente está en torno a las 50 células/mm³. En realidad, no

es un descenso real del número de células CD4, sino que se trata del mismo número en una cantidad mucho mayor de sangre, dado que el volumen de esta aumenta durante el embarazo. Este descenso solo es temporal y tu recuento de CD4, por lo general, volverá a tu nivel habitual después del nacimiento del bebé.

En ocasiones, cuando se inicia el tratamiento durante el embarazo, el recuento de CD4 puede no aumentar demasiado a pesar de que se produzca un descenso de la carga viral. Si esto sucede, no te preocupes; tu nivel de CD4 se recuperará tras el parto.

El VIH no afecta al curso del embarazo en las mujeres que reciben tratamiento y el virus tampoco afecta a la salud del bebé durante la gestación, a menos que la madre desarrolle una infección oportunista.

Células CD4

Las células CD4 son un tipo de glóbulos blancos que nos ayudan a combatir las infecciones. Son las células que el VIH infecta para hacer copias de sí mismo. Tu recuento de CD4 es el número de estas células en un milímetro cúbico de sangre (células/mm³).

Los recuentos de CD4 varían de una persona a otra, pero se considera que una persona adulta sin el VIH puede tener un nivel en la franja de 400 a 1.600 células/mm³.

02. Cuestiones básicas y generales

Información adicional

Puedes encontrar en detalle otros aspectos importantes del tratamiento y cuidado del VIH en la sección APRENDE del portal web del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH): www.gtt-vih.org.

Además, puedes acceder también a otros recursos disponibles:

Servicio multicanal de información, atención y acompañamiento para personas con el VIH, hepatitis víricas y otras ITS

gTt-VIH ofrece un servicio multicanal especializado de atención, información y acompañamiento. Si quieres hablar con alguien sobre tratamientos del VIH en general y durante el embarazo, en particular, contacta con nosotros e intentaremos ayudarte. Puedes llamarnos al 93 458 26 41 o al 667 662 551 y preguntar tus dudas o solicitar una cita presencial en nuestra sede. También podemos atenderte por correo electrónico (consultas@gtt-vih.org), por videollamadas a través de Skype (gttvih), por mensajería instantánea (WhatsApp y Telegram) a través de teléfono móvil (667 662 551) y por mensajes privados de Facebook (gtt.vih).

Creación Positiva. Información, asesoramiento y acompañamiento para mujeres con el VIH y sus parejas

Teléfono: 93 431 45 48
Email: crea@creacionpositiva.org
Web: www.creacionpositiva.org



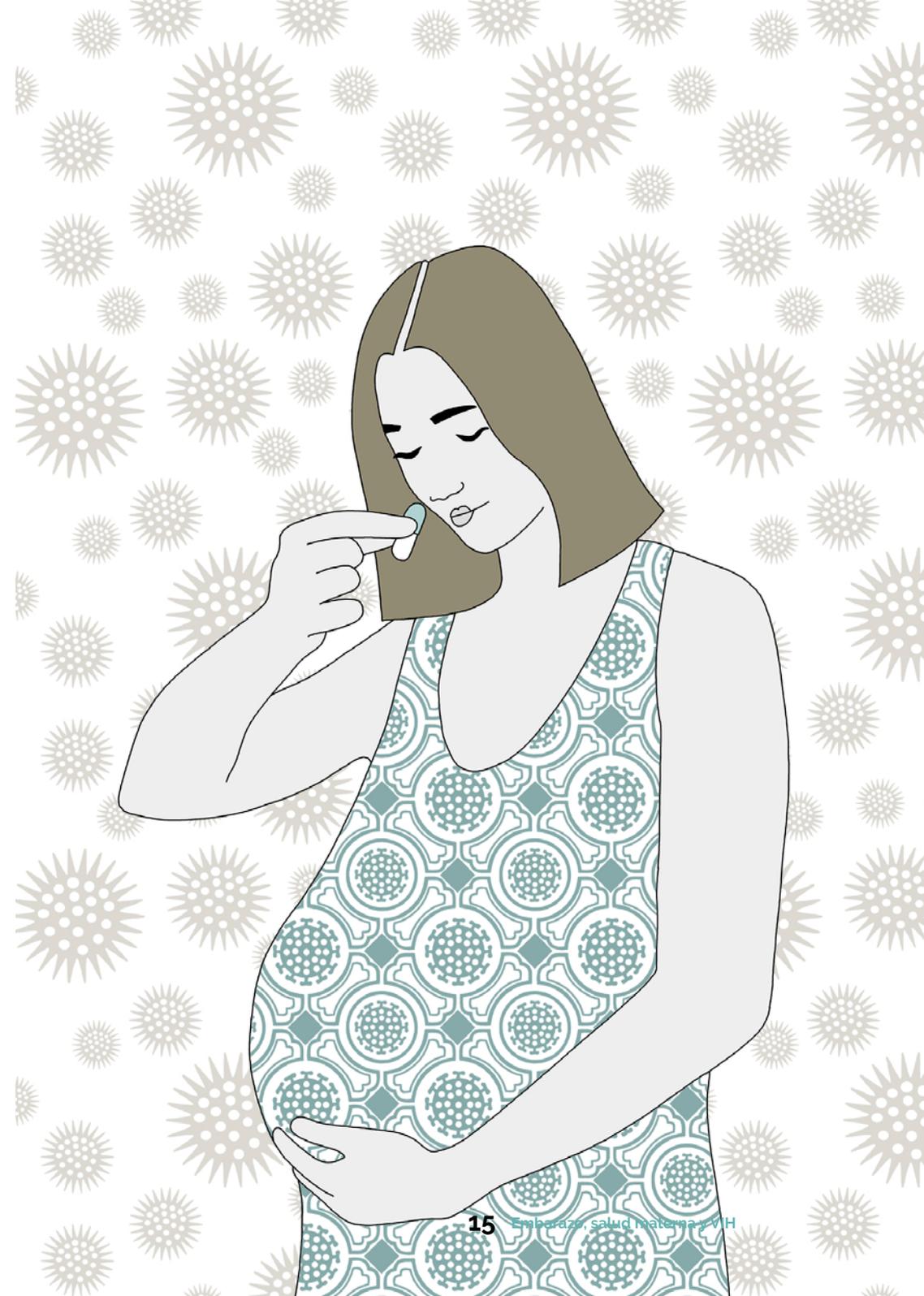
03. Proteger y garantizar la salud de la madre

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

En general, tu tratamiento debería ser prácticamente igual que si no estuvieras embarazada. La prevención de la transmisión y la salud de tu bebé están relacionadas de forma directa con tu propio cuidado. En el *counselling* prenatal de las mujeres con el VIH se debería tratar siempre:

- El inicio del tratamiento antirretroviral si aún no lo estás tomando en el momento de quedarte embarazada.
- El tratamiento antirretroviral y el embarazo, si ya estás tomando tratamiento cuando descubres que estás embarazada.
- Asesoramiento sobre cómo prevenir la transmisión vertical del VIH.

No cabe duda de que tu bebé va a necesitar que estés bien y con salud a medida que crezca. Y tú querrás ver cómo tu hija o hijo crece para ir a la escuela y convertirse en una persona adulta. Una madre sana es vital para la salud de un hijo.



04

Planificación del embarazo

Muchas mujeres con el VIH se quedan embarazadas cuando ya conocen su diagnóstico. Además, en muchas ocasiones, estas mujeres ya están tomando tratamiento antirretroviral en el momento de quedarse embarazadas.

Las directrices recomiendan a todas las personas con el VIH el tratamiento antirretroviral lo más precozmente posible. Por ello, es bastante frecuente quedarse embarazada durante el tratamiento.

Si ya sabes que tienes el VIH, es posible que ya hayas hablado con el equipo que te atiende sobre la posibilidad de quedarte embarazada. Si estás pensando en quedarte embarazada, el equipo especialista que te atiende debería aconsejarte que:

- tengas en cuenta tu estado de salud general;
- te realices los exámenes médicos oportunos; y
- trates cualquier otra infección de transmisión sexual (ITS).

Deberías asegurarte de recibir una atención y tratamiento adecuados para tu infección por el VIH.

Resulta alentador constatar que, actualmente, más del 99% de las mujeres con el VIH que dan a luz en países de nuestro entorno tienen bebés sin el virus. En España, según datos del Plan Nacional sobre el Sida, en 2018 solo se notificaron cuatro casos de transmisión del VIH de madre a hijo, de los cuales dos habían nacido fuera de España.

Procura elegir un equipo médico y una consulta de seguimiento del embarazo que apoyen y respeten tu decisión de quedarte embarazada. Si no recibes apoyo en esta decisión, deberías procurar ver a un equipo médico con más experiencia a la hora de tratar el VIH.

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

Las evidencias científicas resultan alentadoras para las parejas que se encuentran en esta situación.

Estudios de gran tamaño realizados de forma reciente no registraron casos de transmisión por vía sexual cuando la persona con el VIH tomaba tratamiento y su carga viral estaba indetectable.

Un tratamiento antirretroviral exitoso resulta tan eficaz como el uso correcto y constante del preservativo para evitar la transmisión del VIH durante las relaciones sexuales, por lo que se recomienda esta estrategia para que la concepción sea segura.

Es importante destacar que, para que no se produzca la transmisión del VIH durante la concepción natural, deben cumplirse las siguientes condiciones:

- que el miembro de la pareja con el VIH mantenga una buena adherencia al tratamiento antirretroviral;
- que mantenga la carga viral indetectable de forma prolongada; y
- que acuda de forma regular a los controles rutinarios para verificar la indetectabilidad viral.

A los profesionales sanitarios se les recomienda debatir con las personas con el VIH sobre qué impacto puede tener el tratamiento antirretroviral en la prevención de la transmisión del virus.

En el caso de parejas que en general prefieren utilizar preservativos además del tratamiento antirretroviral y quieran tener un hijo, se recomienda programar las relaciones sexuales en el momento de mayor fertilidad de la mujer. Este consejo también podría aplicarse a mujeres sin el VIH cuya pareja masculina sí tuviera el virus.

Cómo calcular el mejor momento para concebir

La ovulación es el periodo más fértil del ciclo menstrual femenino, cuando los ovarios liberan un óvulo maduro, que viaja a través de las trompas de Falopio, donde puede quedar fecundado por el espermatozoides.

La ovulación tiene lugar unos 14 días antes del inicio del siguiente ciclo menstrual de la mujer.

El momento de mayor fertilidad es el día anterior y el día posterior a la ovulación, ya que el óvulo sobrevive unas 24 horas.

Por su parte, el espermatozoides puede sobrevivir varios días en el cuerpo de la mujer. Esto hace que el periodo de fertilidad abarque desde unos cinco días antes de la ovulación hasta unos dos días después. Por tanto, el periodo de fertilidad de la mujer es de unos siete días.

Puedes calcular tu periodo fértil de diferentes maneras, por ejemplo, tomándote la temperatura. La temperatura corporal es algo más baja desde el momento en que finaliza la menstruación hasta la ovulación y luego se eleva ligeramente, en torno a los 0,2-0,5 grados. Cuando esta elevación se mantiene durante tres días seguidos, es el signo inequívoco de que ha finalizado el periodo fértil. También puedes registrar la duración de tus ciclos menstruales durante, al menos, seis periodos y cuándo se producen tus periodos, para determinar cuándo estás ovulando, lo que se conoce como método del calendario. En las farmacias se venden test de ovulación que permiten detectar en la orina la hormona luteinizante. La concentración de esta hormona es mayor los días anterior y posterior en que se produce la ovulación. Aproximadamente de 24 a 36 horas antes de la ovulación, la concentración de la hormona luteinizante en la orina sube durante un periodo corto, en el cual el test dará positivo. El periodo más fértil es el mismo día y los 2 días siguientes.

Los profesionales sanitarios que te atienden podrán explicarte con detalle cómo funcionan todos estos métodos.

¿Puedo recibir ayuda si tengo dificultad para quedarme embarazada?

Todas las parejas pueden experimentar algún problema de fertilidad, independientemente de si una de las personas, o ambas, tienen el VIH.

No obstante, hay medidas que puedes tomar, todas ellas con cierta eficacia. Sin embargo, en ocasiones no son tan sencillas como parecen.

Si tienes problemas de fertilidad, pregúntale a tu médico sobre la reproducción asistida. Infórmate de la posibilidad de ser derivada a una clínica de fertilidad con experiencia en el VIH.

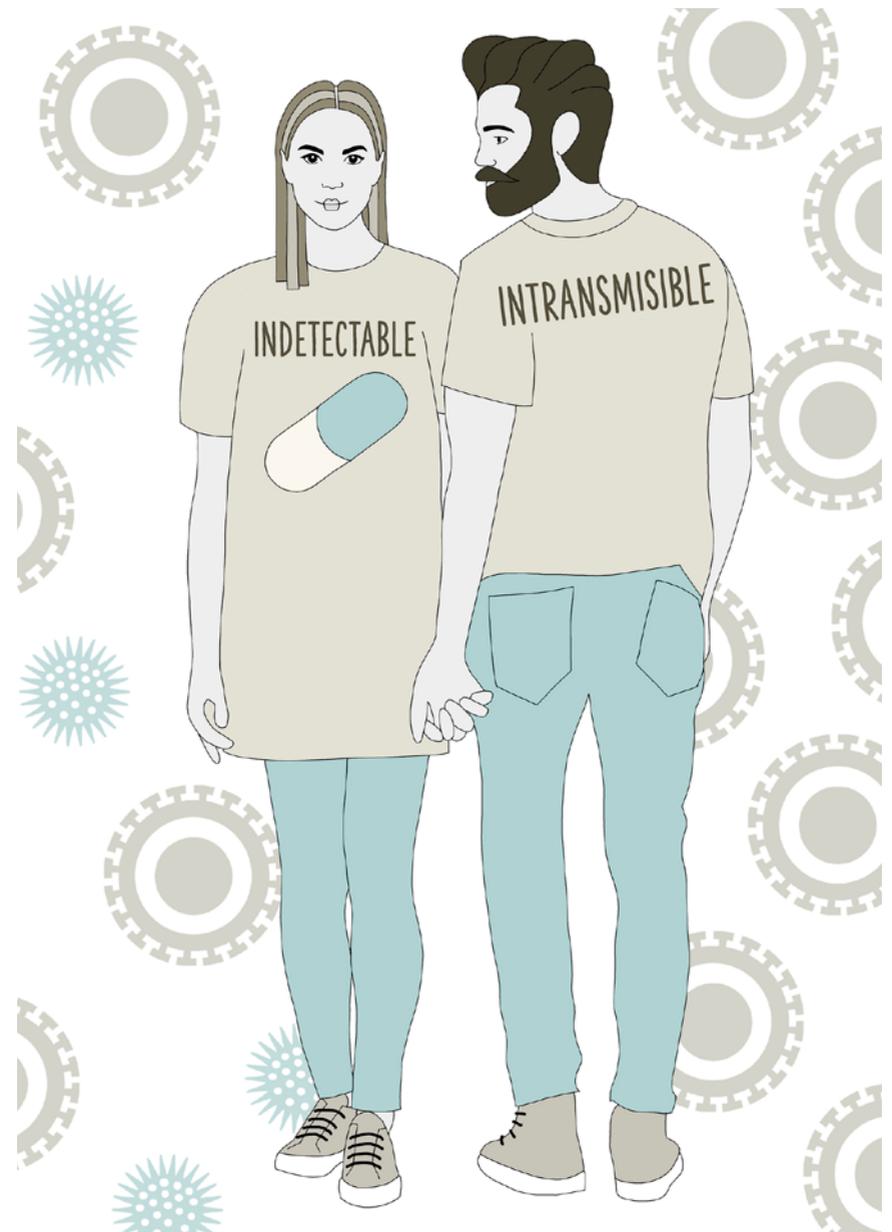
¿El tratamiento de la fertilidad está disponible para las personas con el VIH?

Sí. La fertilidad es un tema importante que hay que tener en cuenta a la hora de tener un bebé, tanto si tienes el VIH como si no.

Se deberían proporcionar los mismos servicios de apoyo a la fertilidad a las personas con y sin el VIH. Existirán también los mismos criterios (que pueden ser bastante estrictos) de selección tanto para ti como para cualquier otra pareja que acceda al tratamiento de fertilidad. Con todo, en ocasiones puede que no esté disponible a través del sistema sanitario público.

Es posible que, por causa del VIH, algunos profesionales sanitarios se muestren reticentes a proporcionarte esta ayuda. Si es así, puedes denunciar tal situación.

Probablemente te sientas más cómoda acudiendo a un centro más comprensivo con tu caso o, quizás, a uno que tenga más experiencia con parejas con el VIH.



05

Atención y tratamiento del VIH durante el embarazo

¿Qué es la atención prenatal?

También se conoce como atención antenatal y se refiere a cualquier tipo de cuidado extra que recibas durante el embarazo en preparación para el nacimiento del bebé. El cuidado prenatal no se limita a tomar fármacos y realizarse pruebas, sino que también comprende el *counselling* y la provisión de información, como la que contiene esta guía. Asimismo, 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 el equipo sanitario que te atienda –entre los que se incluyen matronas, obstetras y pediatras– cuente con experiencia en el tratamiento de mujeres con el VIH.

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 y la atención del VIH. No tengas miedo de preguntar si alguien del equipo sanitario que te atiende tiene experiencia previa atendiendo a otras mujeres embarazadas con el VIH.

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

Sí. En la actualidad, se recomienda el inicio del tratamiento antirretroviral lo más temprano posible tras el diagnóstico a todas las personas con el VIH, incluidas las mujeres que reciben el diagnóstico durante el embarazo. El objetivo del tratamiento es conseguir y mantener la carga viral indetectable durante el mayor tiempo de gestación posible, especialmente en el tercer trimestre y en el momento del parto.

En la tabla 1, que encontrarás al final de esta guía, se incluye un resumen del manejo del tratamiento antirretroviral durante el embarazo dependiendo de las distintas situaciones en las que se puede encontrar la mujer embarazada.

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

Muchas mujeres deciden tener un bebé cuando ya están recibiendo tratamiento antirretroviral. Las directrices españolas recomiendan que estas mujeres sigan tomando la misma pauta, excepto en algunos casos en los que es posible que tengan que cambiar o modificar la combinación.

¿Qué antirretrovirales debería tomar durante el embarazo?

La terapia antirretroviral consiste en la combinación de fármacos de distintas familias. Por lo general, la combinación suele consistir en dos fármacos de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido/nucleótido (ITIN/t) –que constituyen la base del régimen–, junto con un tercer fármaco, que puede ser un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (ITINN), un inhibidor de la integrasa o un inhibidor de la proteasa potenciado (IP/p).

Los ITIN/t más habituales son tenofovir disoproxil fumarato (TDF) /emtricitabina (medicamento genérico o Truvada®). También la base del régimen podría ser abacavir/lamivudina (medicamento genérico o Kivexa®). En algunos casos puede que te prescriban zidovudina/lamivudina (medicamento genérico o Combivir®).

El tercer fármaco puede ser un ITINN (efavirenz [medicamento genérico o Sustiva®] o rilpivirina [Edurant®]); un inhibidor de la integrasa (dolutegravir [Tivicay®]) después de la octava semana de embarazo o raltegravir [Isentress®] dos veces al día, o un inhibidor de la proteasa (atazanavir [medicamento genérico o Reyataz®] o darunavir [Prezista®] potenciado con ritonavir [medicamento genérico o Norvir®]). Las directrices españolas recomiendan como tercer fármaco un inhibidor de la proteasa (darunavir o atazanavir potenciados con ritonavir) o un inhibidor de la integrasa (raltegravir).

Aún se dispone de poca información sobre la seguridad de algunos de los antirretrovirales más modernos.

Determinados fármacos, combinaciones o pautas no están recomendados durante el embarazo, como por ejemplo darunavir o elvitegravir potenciados por cobicistat (Tybost®), o la pauta de una sola toma diaria de raltegravir.

Actualmente, no se recomienda quedarse embarazada mientras se toma dolutegravir, ni tomar este fármaco en el primer trimestre de gestación, debido a que podría aumentar el riesgo de que el bebé sufra defectos en el tubo neural. Sin embargo, parece seguro tomarlo en fases más avanzadas del embarazo.

Si ya tomas un tratamiento que contiene dolutegravir y deseas quedarte embarazada, se aconseja que cambies a otra combinación antirretroviral alternativa. Si descubres que estás embarazada después de la semana 8 de gestación (primer trimestre), no se te aconsejará cambiar de tratamiento.

Si justo en el momento que vas a empezar el tratamiento antirretroviral tienes planificado quedarte embarazada a corto o medio plazo, deberías comentárselo al equipo sanitario para que juntos podáis elegir la pauta más segura para tu salud y la del bebé.

Si deseas más información sobre los tratamientos antirretrovirales, puedes consultar nuestra guía *¿Qué debo saber sobre el tratamiento del*

VIH? alojada en la sección 'Aprende' de nuestra página web (<http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones>).

En la tabla 2, al final de esta guía, podrás encontrar los fármacos antirretrovirales recomendados en España durante el embarazo.

¿Qué es un defecto en el tubo neural?

En el feto, el tubo neural es la estructura que dará lugar al cerebro, la médula espinal, el cráneo y la columna vertebral. El tubo neural se cierra en los primeros 28 días de gestación, es decir, antes de que la mayor parte de las mujeres se den cuenta de que están embarazadas.

Los defectos del tubo neural suelen ser congénitos y se producen cuando la estructura no se forma de manera adecuada. La causa más común de este problema congénito es el déficit de ácido fólico durante el embarazo, aunque este defecto también puede tener lugar debido a la acción de ciertos medicamentos. El riesgo de que se produzcan defectos del tubo neural es mayor en el momento de la concepción y a lo largo del primer trimestre del embarazo. El defecto del tubo neural más frecuente es la espina bífida (una malformación en la médula espinal).

Los defectos en el tubo neural varían, desde muy leves y fácilmente reparables, hasta otros que provocan incapacidades graves o incluso la muerte. Por tanto, este riesgo se tiene muy en cuenta por parte del equipo sanitario y las pacientes.

¿Qué ocurre si descubro que tengo el VIH en una fase avanzada del embarazo?

El diagnóstico tardío en el contexto del embarazo se define como aquel que se produce entre la semana 28 de gestación y el parto.

Desde que se introdujeron las pruebas diagnósticas en el seguimiento rutinario de la gestación, cada vez es menos habitual en España un diagnóstico en fases avanzadas del embarazo. La prueba del VIH se realiza en el primer trimestre de gestación, y si resulta negativa, se recomienda repetirla antes de iniciarse el parto y en el momento del alumbramiento según la situación y prácticas de riesgo de la mujer. También debe realizarse en el momento del parto en aquellas mujeres embarazadas que no hayan acudido a controles prenatales, especialmente en mujeres procedentes de países de alta prevalencia del VIH.

Si has mantenido una práctica de riesgo sin preservativo cuando el embarazo está avanzado, conviene comunicarlo al equipo médico. Este, tras valorar el riesgo de transmisión, podría solicitarte una prueba de carga viral que permite detectar la presencia de infección por el VIH pocos días después de la práctica de riesgo (menos de una semana).

Los fármacos de la familia de los inhibidores de la integrasa permiten reducir la carga viral de forma muy rápida. Por tanto, si inicias el tratamiento en una fase avanzada del embarazo, es probable que te recomienden un tratamiento antirretroviral que contenga un fármaco de esta familia (generalmente, raltegravir), sobre todo si tu carga viral es elevada. El inicio inmediato de un régimen basado en un inhibidor de la integrasa aumentará las posibilidades de alcanzar la indetectabilidad cuando llegue el momento del parto y de optar incluso por un parto vaginal.

¿Qué ocurre si solo se descubre que tengo el VIH en el momento del parto?

Incluso en este estado tan avanzado, es posible aplicar determinadas estrategias para intentar prevenir la transmisión del VIH.

Como se ha explicado anteriormente, a las mujeres que no han hecho un seguimiento médico del embarazo o que no se les ha realizado la prueba de detección del VIH o se desconoce el resultado, se les informará sobre la conveniencia de realizarse un test en el momento del parto o posparto inmediato si no se ha realizado con anterioridad.

Ante un resultado positivo en la prueba del VIH, se actuará con la mayor rapidez posible para disminuir el riesgo de transmisión vertical. En el intraparto –periodo en el cual transcurre el nacimiento de un niño–, a las mujeres que no han recibido tratamiento antirretroviral durante el embarazo, o que, habiéndolo recibido durante poco tiempo, presentan la carga viral detectable, se recomienda zidovudina por vía intravenosa y la pauta tenofovir DF/emtricitabina (Truvada®) y raltegravir (Isentress®). Todos estos medicamentos antirretrovirales atraviesan la placenta con mucha rapidez.

Si la madre entra en fase de parto de forma prematura, podría considerarse la administración de una dosis doble de tenofovir (Viread®). Ello se debe a que los bebés prematuros no son capaces de absorber de forma adecuada los fármacos por vía oral y, al igual que en el caso de raltegravir y nevirapina, tenofovir puede atravesar la placenta a gran velocidad.

¿Debería seguir tomando tratamiento antirretroviral después del nacimiento de mi bebé?

Sí. Actualmente se recomienda que todas las personas con el VIH tomen tratamiento antirretroviral, por lo que deberías seguir con el

tratamiento después de ser madre. Esto incluye incluso los casos de mujeres cuyos recuentos de células CD4 eran elevados antes de iniciar el tratamiento.

¿Voy a tener más efectos secundarios por estar embarazada?

Aproximadamente el 80% de las mujeres embarazadas que toman tratamiento antirretroviral desarrollarán algún tipo de efecto secundario con esos fármacos, un porcentaje similar al de personas que toman tratamiento frente al VIH y que no están embarazadas.

La mayoría de los efectos secundarios son leves y entre ellos se incluyen náuseas, dolor de cabeza, cansancio y diarrea. Aunque no es lo habitual, en ocasiones pueden ser muy graves.

Puedes encontrar información sobre los efectos secundarios de la terapia antirretroviral y sobre cómo manejarlos en el portal web de nuestra organización (www.gtt-vih.org).

Una gran ventaja de estar embarazada es el seguimiento minucioso que recibirás durante las visitas clínicas regulares. Esto facilita que puedas consultar cualquier efecto secundario con los profesionales que te atienden.

Algunos de los efectos secundarios debidos a los antirretrovirales son muy semejantes 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 la gestación.

Muchos fármacos antirretrovirales pueden provocar náuseas y vómitos y es más habitual que suceda esto cuando empiezas a tomarlos. No obstante, si estás embarazada, estos efectos secundarios pueden suponer un problema añadido para mantener la adherencia, especialmente si ya padeces malestar matutino. Más adelante, en esta

05. Atención y tratamiento del VIH durante el embarazo

guía, se incluyen consejos para reducir las náuseas y para favorecer la adherencia. Si el malestar matutino es intenso, es posible que te puedan recetar fármacos para tratar las náuseas (antieméticos), cuyo uso resulta seguro durante el embarazo.

Es posible que te sientas más cansada de lo habitual. De nuevo, es algo esperable, sobre todo si estás iniciando un tratamiento antirretroviral y te has quedado embarazada al mismo tiempo.

El cansancio puede estar provocado por una anemia (niveles bajos de glóbulos rojos). Este es un efecto secundario muy frecuente de zidovudina y también es común durante el embarazo. Un simple análisis de sangre podrá verificar esto. Si tienes anemia, probablemente tengas que tomar suplementos de hierro.

Todas las mujeres embarazadas corren el riesgo de desarrollar hiperglicemia (niveles elevados de azúcar en sangre) y diabetes durante el embarazo. Parece que las mujeres que toman inhibidores de la proteasa durante el embarazo corren un mayor riesgo de sufrir estas complicaciones habituales. 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 para todas las mujeres embarazadas.

Fuera del embarazo, el empleo de inhibidores de la proteasa se ha relacionado con el aumento de los niveles de bilirrubina. Una acumulación de bilirrubina en sangre puede producir ictericia (caracterizada por la coloración amarillenta de la piel o de los ojos) y es un signo de que el hígado no funciona bien. Sin embargo, si tomas atazanavir, los niveles de bilirrubina pueden ser muy elevados sin que exista necesariamente un problema en el hígado.

06

Pruebas y seguimiento

Tanto el embarazo como la atención del VIH requieren que se lleve a cabo un buen seguimiento de tu salud. Dicho seguimiento debe ser efectuado por un equipo multidisciplinar compuesto, entre otros, por un infectólogo, un obstetra y un pediatra con experiencia en la infección por el VIH y, en caso de necesidad, por otros especialistas como trabajadores sociales, psicólogos o psiquiatras. Por lo que respecta al VIH, las mujeres gestantes no necesitan recibir ningún seguimiento adicional relacionado con su infección distinto al que tendrían si no estuviesen embarazadas.

Antes de iniciar el tratamiento, se hará una prueba para comprobar si el VIH presenta resistencias a algún fármaco antirretroviral, a menos que hayas sido diagnosticada de forma muy tardía y no dé tiempo a esperar los resultados.

Si te quedas embarazada cuando ya estás tomando terapia antirretroviral, deberían realizarte al menos un recuento de CD4 antes de empezar la terapia (o, si ya estás tomando tratamiento, en cuanto descubras que estás embarazada) y, posteriormente, cada tres meses excepto en mujeres que, de forma repetida, tengan un recuento de CD4 superior a 300 células/mm³ y la carga viral indetectable. En este último caso, la determinación del número de células CD4 podría hacerse de forma semestral.

Si inicias la terapia antirretroviral durante el embarazo, deberían hacerte una prueba de carga viral en la primera visita, a las 2-4 semanas tras el inicio del tratamiento o de un cambio de tratamiento, mensualmente hasta que sea indetectable y, al menos, de forma trimestral a partir de entonces. También se recomienda realizar la prueba de carga viral entre las 34 y 36 semanas para establecer la vía del parto más adecuada para cada paciente y decidir el tratamiento que deberá recibir el recién nacido. En mujeres que inician el embarazo con la carga viral indetectable, se realizará un control de la carga viral en el primer y tercer trimestre y en el segundo trimestre si mantiene prácticas de riesgo.

Además, deberían hacerse pruebas para comprobar la función hepática cuando inicies la terapia y, con posterioridad, en cada visita prenatal.

Si tu carga viral no desciende al ritmo esperado, algunos médicos pueden recomendar que se haga un control terapéutico de fármacos (CTF). El CTF consiste en un análisis de sangre para comprobar si tu organismo está absorbiendo la cantidad adecuada de un medicamento. En ocasiones, los niveles de fármaco (en especial, los de los inhibidores de la proteasa) pueden variar mucho de una persona a otra y tienden a ser más bajos durante el embarazo. A veces, puede ser necesario realizar un ajuste de dosis.

El médico también debería hablar contigo acerca de la adherencia al tratamiento y, en caso de que esta no sea la esperada, quizás te proponga realizarte otra prueba de resistencia. Dependiendo de los resultados, es posible que haya que efectuar cambios en tu régimen antirretroviral.

Además del cuidado del VIH, te harán pruebas para descartar la presencia de hepatitis, sífilis y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), anemia y tuberculosis.

Puede que también tengas que realizarte exámenes para comprobar si tienes alguna otra infección común (como toxoplasmosis o citomegalovirus, por ejemplo) que pueda transmitirse a tu bebé. Las pruebas deberían efectuarse lo antes posible durante el embarazo y, en caso necesario, deberías recibir tratamiento frente a ellas.

La mayoría de las pruebas que te realicen son rutinarias para las mujeres embarazadas y podrán variar ligeramente entre hospitales. Las pruebas de rutina incluyen la toma de presión sanguínea y análisis de sangre y orina, así como la monitorización del feto.

Se denomina prueba invasiva a una intervención o examen en el que haya que entrar en el cuerpo de algún modo, bien utilizando una aguja o un tubo. Un ejemplo sería la amniocentesis, una prueba diagnóstica

06. Pruebas y seguimiento

que se realiza, por lo general, a partir de la semana 15 de gestación y permite valorar si el feto podría desarrollar (o ya lo ha hecho) alguna anomalía o problema de salud grave. En aquellas mujeres en las que sea necesaria una amniocentesis u otro proceso diagnóstico invasivo, este se debe realizar mientras se está tomando tratamiento antirretroviral y la carga viral está indetectable, ya que, con estas premisas, no parece haber mayor riesgo de transmisión vertical, si bien no se puede excluir por completo. En aquellas mujeres que presenten una carga viral detectable, se ha de valorar retrasar la prueba hasta obtener los valores más bajos posibles tras intensificar el tratamiento antirretroviral.

A menos que necesites algún cuidado adicional, probablemente tengas que visitar la clínica de forma mensual durante casi todo el embarazo (o incluso menos, si estabas tomando tratamiento y tu carga viral estaba indetectable antes de quedarte embarazada) y, a partir del octavo mes, cada dos semanas.



Prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas

En mujeres con recuentos de CD4 inferiores a 200 células/mm³, se iniciará la profilaxis de infecciones oportunistas, valorando los posibles efectos secundarios de los fármacos a utilizar para las mismas. En general, el tratamiento y la profilaxis de la mayoría de las infecciones oportunistas durante el embarazo son similares a las que recibirían el resto de mujeres adultas con el VIH no embarazadas.

Así, en caso necesario, se recomiendan los mismos fármacos para tratar la neumonía por *Pneumocystis jiroveci*, el complejo *Mycobacterium avium* y la tuberculosis.

No obstante, existen unos pocos fármacos cuyo uso no está recomendado durante el embarazo. Por ejemplo, no se recomienda de forma rutinaria la profilaxis frente al citomegalovirus, las infecciones de candidas ni las infecciones fúngicas invasoras debido a la toxicidad de los fármacos.

El embarazo no debería ser un motivo para evitar el tratamiento de infecciones muy graves.

Vacunación durante el embarazo

Las mujeres embarazadas corren un mayor riesgo de contraer la gripe y deberían vacunarse con independencia de si tienen el VIH o no. Esta vacuna debería ser eficaz frente a la cepa estacional y frente a la H1N1.

Durante la gestación, pueden emplearse las vacunas frente a los virus de la hepatitis A (VHA) y de la hepatitis B (VHB) y el neumococo.

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

Coinfección por el VIH y hepatitis A y B

Si tienes una infección activa por el virus de la hepatitis B (VHB), tendrás que tomar un régimen antirretroviral que incluya tenofovir disoproxil fumarato (TDF) o tenofovir alafenamida (TAF) y emtricitabina, ya que estos fármacos tienen actividad frente al VIH y el VHB.

Después del primer trimestre de gestación, te deberían vacunar frente a la hepatitis A si no tienes inmunidad.

Coinfección por el VIH y hepatitis C

Los exámenes de rutina que se realizan durante el embarazo comprobarán si estás coinfectada por el virus de la hepatitis C (VHC). El hecho de tomar tratamiento antirretroviral para el VIH también reduce el riesgo de transmitir el VHC al bebé. Sin tratamiento antirretroviral, el riesgo de transmisión vertical del VHC se estima que es del 15%.

En España, el tratamiento frente a la hepatitis C está indicado, en general, en cualquier situación. No obstante, si tienes deseos reproductivos, tu médico te ofrecerá un tratamiento basado en antivirales de acción directa para que puedas eliminar la hepatitis C antes de quedarte embarazada y, de esta manera, evitar la transmisión vertical del VHC.

Coinfección por el VIH y tuberculosis

Es importante tratar la tuberculosis durante el embarazo. Además, la coinfección por tuberculosis y VIH aumenta el riesgo de transmisión al bebé de las dos infecciones. La tuberculosis, asimismo, incrementa la posibilidad de que se produzca la transmisión del VIH el útero (en lugar de durante el parto, que es más habitual).

Al igual que sucede con el VIH, la tuberculosis supone un mayor riesgo para la mujer embarazada y su bebé que su tratamiento o profilaxis.

La mayor parte de los fármacos antituberculosos de primera línea se pueden utilizar de forma segura durante el embarazo.

Herpes genital

Muchas personas con el VIH también sufren herpes genital. Las madres con el VIH son mucho más propensas a sufrir un brote de herpes durante la etapa de parto que las mujeres seronegativas. Para reducir este riesgo, a menudo se recomienda un tratamiento profiláctico con aciclovir. La profilaxis y tratamiento con este fármaco resultan seguros durante el embarazo.

El herpes se transmite con facilidad de madre a hijo. Incluso aunque la mujer tenga una carga viral del VIH indetectable gracias a la terapia combinada, las llagas del herpes contienen niveles elevados del VIH. El virus del herpes también puede liberarse de dichas llagas durante el alumbramiento, lo que puede poner al bebé en riesgo de sufrir herpes neonatal.

Coronavirus SARS-CoV-2

La evidencia científica disponible hasta el momento no parece indicar que las personas con el VIH presenten un mayor riesgo de infectarse por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 o de padecer complicaciones graves si desarrollan la enfermedad. Por el momento, parece que las personas con el VIH, en tratamiento antirretroviral, con carga viral indetectable y un recuento de CD4 superior a 200 células/mm³ no presentan un mayor riesgo de desarrollar complicaciones graves que las personas sin el VIH.

Sin embargo, al igual que en la población general, tendrían más posibilidades de desarrollar complicaciones graves las personas con el VIH de edad avanzada y/o aquellas con enfermedades previas.

Por analogía a cómo se comportan otros virus en personas con el VIH, deben considerarse entre los grupos vulnerables y, por lo tanto, con un mayor riesgo de desarrollar complicaciones graves asociadas a COVID-19, las personas con el VIH inmunodeprimidas con un recuento de CD4 inferior a las 200 células/mm³, con independencia de si toman o no tratamiento antirretroviral. No obstante, conviene señalar que, hasta el momento, no se dispone de evidencia científica que confirme esta posibilidad.

Tampoco existe evidencia de que las mujeres embarazadas (con o sin el VIH) tengan un mayor riesgo de infección por el coronavirus SARS-CoV-2 o de padecer complicaciones graves si desarrollan la enfermedad. Sabemos que las mujeres embarazadas experimentan cambios en sus cuerpos que pueden aumentar el riesgo de algunas infecciones. Por ejemplo, con otros coronavirus y otras infecciones respiratorias virales, como la gripe, las mujeres embarazadas han tenido un mayor riesgo de desarrollar complicaciones graves. Por lo tanto, por precaución, también se consideran vulnerables a COVID-19 las mujeres embarazadas.

En este momento, se desconoce si COVID-19 podría causar problemas durante el embarazo o afectar a la salud del bebé después del nacimiento. Tampoco existen, hasta la fecha, pruebas concluyentes de la transmisión vertical del coronavirus SARS-CoV-2.

Aunque el coronavirus no se ha detectado en la leche materna, se desconoce por el momento si se puede transmitir a través de la lactancia. En cualquier caso, en el contexto de la infección por el VIH, no se recomienda la lactancia en países con acceso a leche artificial.

08

El momento del parto

¿Puedo tener un parto vaginal?

Es bien sabido que el periodo de mayor riesgo de transmisión vertical del VIH es el momento del parto. Las directrices españolas recomiendan que la forma del parto debe ser consensuada por la madre y el equipo multidisciplinar que la atiende (obstetra, neonatólogo e infectólogo), tras la determinación de una prueba de carga viral en la semana 36, cuyos resultados permitan orientar en la elección de una u otra modalidad y tras informar a la paciente sobre los riesgos y ventajas de cada una de ellas.

El grupo español de expertos recomiendan el parto vaginal a las mujeres con el VIH que han estado tomando tratamiento antirretroviral y que han llegado a la semana 36 con la carga viral indetectable y no sufren otras complicaciones médicas.

Cesárea

Es una intervención que implica realizar un corte en la pared abdominal para retirar quirúrgicamente al bebé del útero. Es importante entender que, si el VIH está bien tratado y la carga viral está indetectable, el riesgo de transmisión al bebé es prácticamente nulo tanto con el parto vaginal como con la cesárea.

Si estás recibiendo tratamiento y decides dar a luz por vía vaginal, sigue existiendo la posibilidad de que necesites una cesárea de emergencia por razones obstétricas. Esto también puede suceder a cualquier mujer que dé a luz por vía vaginal, con independencia de si tiene o no el VIH.

No obstante, es posible que los equipos médicos sean algo más cautos con una mujer con el VIH que con una seronegativa a la hora del parto por vía vaginal.

¿Puedo tener un parto vaginal si tuve un parto por cesárea anteriormente?

Si tu carga viral está indetectable y no existen otros motivos que justifiquen la cesárea, el equipo médico que te atiende puede manejar con cuidado el parto vaginal. El 70% de las mujeres sin el VIH que se encuentran en esta situación no tienen problemas con un parto vaginal.

¿Por qué en ocasiones se aconseja a las mujeres con el VIH un parto por cesárea?

Antes de que estuvieran disponibles los actuales tratamientos antirretrovirales, varios estudios revelaron que la cesárea electiva (o programada) reducía de forma significativa el riesgo de transmisión vertical del VIH en comparación con el parto vaginal. Dichos estudios se llevaron a cabo antes de que estuviera disponible el actual tratamiento antirretroviral y de que las pruebas de carga viral se realizaran de forma rutinaria. Sin embargo, en estudios recientes, no se han encontrado diferencias entre esas dos opciones de parto.

Por lo tanto, dar a luz por cesárea programada no ofrece ningún beneficio adicional a la madre si su carga viral está indetectable. No obstante, es posible que sea aconsejable por algún otro motivo.

La elección resulta especialmente importante si deseas tener más hijos en el futuro, ya que la cesárea hace que sea más complicado tener partos vaginales con posterioridad.

Si optas por una cesárea, la operación debe realizarse antes del inicio del parto y la rotura de las membranas (por eso, se denomina "electiva" o "programada").

¿Cuándo debería optar por una cesárea programada?

Si tu carga viral está entre 50 y 399 copias/mL a la semana 36 de gestación, deberías considerar la posibilidad de optar por una cesárea programada. El equipo clínico que te atiende debería informarte de tu historial de análisis de carga viral, de cuánto tiempo llevas en tratamiento y sobre tu adherencia al mismo.

Si tu carga viral está por encima de 400 copias/mL, se recomienda que se realice una cesárea programada.

Si se opta por la cesárea programada para evitar la transmisión vertical (y no por otro motivo), debe hacerse cuando estés en la semana 38 o 39 de embarazo.

¿Qué ocurre si rompo aguas antes del momento previsto para la cesárea?

Si rompes aguas antes de la cesárea programada, el nivel de carga viral que tengas será importante para tomar decisiones. Si tu carga viral está entre 50 y 1.000 copias/mL, el equipo clínico que te atiende puede valorar la posibilidad de realizar una cesárea de urgencia. Si la carga viral supera las 1.000 copias/mL, entonces se recomienda encarecidamente optar por dicha opción.

¿Si me someto a una cesárea ahora podré elegir un parto vaginal en el futuro?

Si te sometes a una cesárea ahora, será más complicado tener un parto vaginal en el futuro.

Es importante saber si tienes previsto tener más hijos en un país donde la cesárea programada no sea posible, segura o no resulte sencillo acceder a ella y donde haya un menor acceso a la atención obstétrica.

09

Antirretrovirales y salud del bebé

Todos los bebés nacidos de mujeres con el VIH en España reciben un seguimiento estrecho, que también resulta útil para recopilar información sobre seguridad para el futuro. El mayor riesgo que corre un bebé que nace de una madre con el VIH es el propio virus y los fármacos antirretrovirales pueden prevenir la transmisión del mismo.

¿Afectarán al bebé los fármacos antirretrovirales?

Todos los datos disponibles hasta el momento, tras más de 25 años, revelan que en general los antirretrovirales son seguros.

¿Los fármacos antirretrovirales pueden provocar defectos de nacimiento?

Hasta la fecha, no existe ninguna prueba de que los antirretrovirales más habituales provoquen un aumento de los defectos de nacimiento. No obstante, podría haber un riesgo ligeramente superior de defectos del tubo neural por el uso de dolutegravir.

Prematuridad

Diversos estudios evidencian la existencia de un mayor riesgo de prematuridad (nacimiento con menos de 37 semanas de gestación) y bajo peso al nacer en el caso de madres que toman un tratamiento antirretroviral que incluya un inhibidor de la proteasa.

Un estudio británico halló una tasa general del 13% de estos casos (ligeramente por encima de la tasa observada en mujeres sin el VIH, que se sitúa entre el 6% y el 8%).

Este riesgo no debería ser un motivo para que la madre evite tomar tratamiento durante el embarazo, sobre todo si lo necesita por su propia salud. No obstante, es importante que seas consciente de los

09. Antirretrovirales y salud del bebé

riesgos, los discutas con tu equipo médico y te asegures de que tanto tú como tu bebé recibis el mejor tratamiento, atención y seguimiento posibles.

¿Qué ocurre con la anemia y la bilirrubina?

Se han registrado casos de anemia en bebés nacidos de madres que tomaban medicación frente al VIH, pero pasan con rapidez y en raras ocasiones requieren una transfusión de sangre.

Es posible que los niveles de bilirrubina del bebé sean también superiores a los normales en el caso de que la madre esté tomando atazanavir (Reyataz®). El equipo sanitario deberá hacer un seguimiento estrecho de los niveles de bilirrubina del bebé, al que pueden aplicar fototerapia para reducir dichos niveles en caso necesario.

Unos niveles extremadamente elevados de bilirrubina pueden dañar el cerebro en desarrollo del bebé; sin embargo, no se han registrado casos de daños en el cerebro asociados al uso de atazanavir.

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

Sí. A los bebés nacidos de madres con el VIH que estaban tomando tratamiento antirretroviral durante el embarazo se les realiza un seguimiento médico muy estrecho.

10
Después
del nacimiento
del bebé

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

Lo más importante es mantener una buena adherencia al tratamiento. Esto significa tomar tu tratamiento tal y como ha sido prescrito, siguiendo los horarios y las recomendaciones alimentarias, en caso de haberlas.

La adherencia a la terapia antirretroviral tras el nacimiento del bebé es un aspecto crucial. Muchas mujeres mantienen una adherencia excelente durante el embarazo; sin embargo, tras el nacimiento del bebé, con el cambio de sus rutinas es fácil que se olviden de su propia salud.

Esto no resulta muy sorprendente: tener un bebé puede suponer un gran cambio, con sus aspectos positivos y negativos. Por ejemplo, tus patrones de sueño pueden cambiar por completo y es probable que no duermas lo suficiente. En estos casos, cabe la posibilidad de saltarse una dosis. Por eso, a pesar de que ahora tienes tantas otras cosas que hacer, sería buena idea llevar un registro de tus tomas de medicación.

Necesitarás mucho apoyo adicional de tu familia, amigos y equipo sanitario. Puedes, asimismo, encontrar muy útil la participación en un grupo comunitario. En casos graves, las mujeres pueden tener una depresión posparto. Esto requiere un apoyo especial y es importante que comuniques tus sentimientos tras el nacimiento del bebé.

Para muchas madres, el mejor modo de recordar que tienen que tomar su propia medicación es vinculándola al patrón de dosificación del tratamiento de su bebé. Por eso, si tu hijo tiene pautadas dos tomas al día y tú también, sería buena idea programarlas para el mismo momento.

¿Cómo y cuándo sabré si mi bebé tiene el VIH o no?

Los bebés nacidos de madres con el VIH al principio siempre darán positivo en las pruebas de detección de anticuerpos. Esto es normal y se debe a que han heredado parte del sistema inmunitario de la madre y comparten sus anticuerpos. Si tu bebé no está infectado por el VIH, estos irán desapareciendo de forma gradual. En ocasiones, pueden ser necesarios hasta 18 meses para ello.

La mejor prueba del VIH para bebés es similar a la prueba de carga viral. Se denomina prueba PCR (siglas en inglés de reacción en cadena de la polimerasa) de ADN o ARN del VIH, y busca directamente la presencia de virus en la sangre del bebé, en lugar de respuestas inmunitarias.

Una buena práctica seguida en España y en otros países es realizar la prueba a los bebés en las primeras 48 horas de vida y, posteriormente, a las 6 semanas y, de nuevo, a los tres o cuatro meses. Si todas estas pruebas dan negativo y la madre no está dando el pecho al bebé, entonces puede afirmarse que no tiene el VIH.

También has de saber que tu bebé dejará de tener tus anticuerpos cuando llegue a los 18 meses de edad. En ese momento se le realizará una prueba de detección de anticuerpos frente al VIH para comprobar su desaparición.

¿Mi bebé necesitará tomar fármacos antirretrovirales después de nacer?

Sí. Todos los bebés nacidos de madres con el VIH tienen que tomar un ciclo corto de antirretrovirales durante sus primeras dos o cuatro semanas de vida.

Esta profilaxis postexposición debería iniciarse lo antes posible tras el nacimiento y, al menos, en las primeras cuatro horas. El régimen

de profilaxis postexposición que tiene que tomar el bebé viene determinado por el riesgo de transmisión vertical del VIH que exista. Este riesgo depende, fundamentalmente, de si la madre ha tomado tratamiento o no durante la gestación y de la carga viral de esta en el parto:

Monoterapia con zidovudina durante cuatro semanas: Los hijos de madres que hayan recibido tratamiento antirretroviral y hayan alcanzado la indetectabilidad viral en el parto y sin otros factores de riesgo

Triple terapia: En aquellos casos en que exista un riesgo importante de transmisión del VIH, sobre todo, en madres que no han recibido tratamiento durante el embarazo y parto y/o que tienen carga viral detectable a pesar de haberlo recibido.

En el caso de bebés prematuros, especialmente los nacidos antes de la semana 34, se recomienda solo el uso de zidovudina durante 4 semanas. En estos casos, puede considerarse la administración de una dosis única de nevirapina a la madre, al menos dos horas antes del parto o, si es posible, al niño en las primeras horas de vida en situaciones de alto riesgo.

En la tabla nº 3, al final de esta guía, podrás encontrar un resumen de las pautas de profilaxis antirretroviral en recién nacidos dependiendo de las distintas situaciones en las que se pueda encontrar la madre y el bebé.

¿Necesitaré emplear anticonceptivos después de que nazca el bebé?

Tras el nacimiento del bebé, recibirás asesoramiento sobre el uso de los anticonceptivos. Si empezaste a tomar fármacos antirretrovirales durante el embarazo, es posible que no sea recomendable retomar o iniciar la anticoncepción oral. Esto se debe a que algunos antirretrovirales pueden reducir el nivel de determinados anticonceptivos orales, lo que implica que podrían no ser un método de control infalible.

Por favor, asegúrate de que tus médicos del VIH y/o de atención primaria están al tanto de ello, de modo que puedan aconsejarte.

11

Alimentación del bebé

El VIH puede transmitirse a través de la leche materna. La transmisión está relacionada con el nivel de carga viral de la madre. Por este motivo, en España y otros países, se recomienda a las madres con el VIH la lactancia artificial con leche de fórmula. Este consejo es diferente en otras partes del mundo, especialmente si carecen de acceso a agua potable.

Biberón y leche maternizada gratis

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

Las tasas de transmisión vertical del VIH son muy bajas en España y a ello ha contribuido el uso de la leche de fórmula. Esta medida es tan importante como el empleo de antirretrovirales, la elección del método de parto y el resto de la atención.

Todas las madres con el VIH deberían recibir ayuda para alimentar a sus bebés. Si no puedes permitirte comprar leche de fórmula, es importante que sepas que, en España, desde 2018, existe un programa por el que se garantiza el suministro gratuito de este tipo de leche durante los dos primeros años de vida a los bebés de madres con el VIH. En algunas comunidades autónomas (como es el caso de Cataluña) también existen programas que permiten el acceso gratuito a la leche artificial.

En el hospital que des a luz, la comadrona te debería preguntar si necesitas apoyo adicional cuando vayas a abandonar el hospital con tu bebé. Intenta conseguir información sobre las ayudas de las que te puedes beneficiar para obtener leche maternizada de forma gratuita en la zona donde vives.



¿Y si me preguntan por qué no doy el pecho?

En ocasiones, las madres pueden preocuparse porque se las pueda identificar como seropositivas por utilizar el biberón y leche artificial con sus bebés.

No estás obligada a revelar tu diagnóstico de VIH a nadie si no quieres hacerlo. Si no quieres explicar a nadie el verdadero motivo por el que das el biberón al bebé, tu médico o comadrona pueden ayudarte a buscar razones para contar por qué no lo haces. Por ejemplo, puedes decir que tienes grietas en los pezones o que no tienes leche, motivos ambos bastante comunes.

Existen muchos otros motivos por los que una mujer decide no dar el pecho y que no tienen nada que ver con el VIH.

Recuerda que NO eres una mala madre por no dar el pecho.

Lactancia materna

Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre alimentación infantil están dirigidas a mujeres que viven en países donde la alimentación de reemplazo no está disponible o no es segura. La OMS indica que, en esos casos, la lactancia materna resulta más segura si la madre toma tratamiento antirretroviral.

Sin embargo, las autoridades sanitarias españolas recomiendan que se evite por completo la lactancia materna en los casos en que la madre tenga el VIH, con independencia de si la mujer está saludable, tiene una carga viral indetectable o recibe tratamiento.

Muchos grupos comunitarios también apoyan la recomendación de que las madres con el VIH eviten completamente dar el pecho a sus bebés.

Opción de lactancia natural

Las guías clínicas del VIH son unánimes recomendando de forma insistente la leche de fórmula para prevenir la transmisión del VIH. Sin embargo, algunas mujeres podrían preferir la lactancia natural.

Las directrices recomiendan que se advierta a estas mujeres sobre el riesgo de transmisión del VIH. No obstante, deberían ser apoyadas en su decisión si tienen una carga viral indetectable gracias al tratamiento antirretroviral y mantienen un buen nivel de adherencia.

Si una mujer decide dar el pecho, tanto ella como su bebé deberían recibir una revisión mensual en su hospital para medir la carga viral durante la lactancia, y hasta dos meses después de finalizarla.

12. Cómo mantener una buena adherencia al tratamiento

En primer lugar, antes de iniciar el tratamiento es importante que obtengas toda la información sobre lo que tendrás que hacer:

- ¿Cuántos comprimidos tengo que tomar?
- ¿Cada cuánto tiempo?
- ¿Cómo de exacta ha de ser la hora de la toma?
- ¿Se debe tomar con comida?
- ¿Existen opciones más sencillas?

Es aconsejable que cada mañana separes los fármacos del día y emplees un pastillero. De este modo, siempre podrás comprobar si te estás tomando todas las dosis sin saltarte ninguna.

Procura llevar contigo fármacos extra si te ausentas durante unos días.

Intenta mantener un pequeño suministro de fármacos en lugares en los que puedas necesitarlos en caso de emergencia. Por ejemplo, en tu coche, en el trabajo o en casa de un familiar o persona cercana.

Procura que tu pareja, algún familiar o persona cercana te ayuden a recordar los horarios de tomas más difíciles, por ejemplo, cuando cambias tu rutina diaria.

Puedes utilizar la alarma de tu teléfono móvil, reloj u ordenador para que te ayude a recordar cuándo tienes que tomar la medicación. Hay quien aconseja programar la alarma un poco después de la hora correcta, de modo que actúe como un recordatorio y no como el único recurso en el que confíes.

También es útil relacionar la toma de los antirretrovirales con otra rutina diaria, como por ejemplo, el desayuno.

En caso de que necesites un servicio de calendario *online*, como el de Google, puedes ajustarlo para que te avise cada día. Algunos calen-

12

Cómo mantener una buena adherencia al tratamiento

12. Cómo mantener una buena adherencia al tratamiento

darios *online* pueden enviarte mensajes a tu teléfono móvil a la misma hora todos los días.

Puedes preguntar a personas que ya están en tratamiento qué tal lo llevan y qué consejos te darían. Las ONG del VIH te pueden ayudar a ponerte en contacto con personas que están tomando el mismo tratamiento que tú para que te expliquen su experiencia.

Es importante que contactes con tu hospital si tienes problemas graves con los efectos secundarios. El equipo médico y enfermero puede ayudarte y plantear un posible cambio de tratamiento en caso necesario.

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

- Procura comer menos cantidad en las comidas y con más frecuencia en lugar de comer mucho en pocas comidas al día.
- Intenta comer alimentos suaves y evita comidas picantes, grasientas o de olores fuertes.
- Procura tomar alimentos fríos más que calientes o deja enfriar la comida antes de tomártela.
- Si el olor al cocinar te molesta, puedes abrir las ventanas y mantener la cocina bien ventilada.
- Las comidas en microondas se preparan rápidamente y originan pocos olores. Además, te permiten comer en cuanto tengas hambre. Si es posible, también es útil poder recurrir a alguien que te prepare la comida.
- No deberías comer en una habitación mal ventilada o en la que huelga a comida.

12. Cómo mantener una buena adherencia al tratamiento

- Procura comer sentada a la mesa en lugar de tumbada y no es aconsejable que te acuestes de inmediato después de comer.
- Intenta no beber durante la comida o inmediatamente después. Es mejor esperar una hora y después beber con lentitud a sorbos. Para las mujeres embarazadas es importante no deshidratarse, por lo que procura recordar beber fuera de las comidas.
- Procura tener a mano cerca de tu cama algunas galletas, así podrás tomarte una o dos antes de levantarte por la mañana.
- El jengibre puede ser muy eficaz para aliviar las molestias intestinales, las náuseas y los vómitos. Puedes tomarlo en forma de pastillas, como polvo de raíz o bien tomar la raíz de jengibre fresca pelada y pasada por agua.
- La menta también puede resultarte beneficiosa. La puedes tomar en forma de infusiones, dulces o chicles.

Tabla 1: Manejo del tratamiento antirretroviral (TAR) durante el embarazo dependiendo de las distintas situaciones en que se pueda encontrar la mujer embarazada

	SEMANA DE INICIO DEL TAR	FÁRMACOS	COMENTARIO
Mujer embarazada que no está tomando TAR	Inicio lo más precoz posible	atazanavir/ritonavir, darunavir/ritonavir o raltegravir + 2 ITIN/t	Es preferible usar raltegravir si la gestación está avanzada en el momento del diagnóstico
Mujer embarazada que está tomando TAR	Mantener el TAR	Evitar combinaciones con riesgo elevado de toxicidad o menor eficacia. No se recomienda dolutegravir en el primer trimestre	Si atazanavir/ritonavir se acompaña de tenofovir DF o fármacos bloqueadores H2, se debe aumentar la dosis de atazanavir a 400 mg/día en el trimestre 2 y 3
Mujer embarazada con antecedentes de abandono del TAR o mutaciones de resistencias	Inicio lo más precoz posible	Pauta de TAR según el estudio de resistencia y TAR previos. Si coinfección por VHB, considerar tenofovir DF/emtricitabina*	Utilizar como primera opción los fármacos antirretrovirales con mayor experiencia, siempre que sea posible
Mujer embarazada con primoinfección por el VIH	Inicio en el momento del diagnóstico	atazanavir/ritonavir, darunavir/ritonavir o raltegravir + 2 ITIN/t. Ajustar cuando se conozca el resultado del estudio de resistencias	Si el diagnóstico es en el tercer trimestre, programar cesárea electiva si la carga viral en el parto es superior a 1.000 copias/mL
Mujer con infección por el VIH desconocida en el parto	Realizar test rápido de detección del VIH	Si es positivo, administrar zidovudina intravenosa, a lo que se pueden asociar fármacos con buen paso de la barrera placentaria, como nevirapina y raltegravir. Proceder con cesárea electiva	
Mujer en TAR que desea quedar embarazada		Confirmar que los fármacos que toma pueden ser utilizados en el primer trimestre de embarazo, si no, adaptar TAR para ello (véase tabla 2)	Insistir en la adherencia y en mantener la carga viral indetectable previa al embarazo

IP/r: Inhibidores de la proteasa potenciados por ritonavir
ITIN/t: Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido o nucleótido

13

Tablas

13. Tablas

Tabla 2: Fármacos antirretrovirales recomendados en España durante el embarazo

	RECOMENDADOS	ALTERNATIVOS	NO RECOMENDADOS (SALVO QUE NO EXISTA OTRA ALTERNATIVA)
ITIN	lamivudina abacavir tenofovir emtricitabina	zidovudina	didanosina estavudina tenofovir alafenamida
ITINN		rilpivirina efavirenz	nevirapina etravirina doravirina
IP/r**	atazanavir/ritonavir, 300/100mg una vez al día darunavir/ritonavir, 600/100mg dos veces al día	lopinavir/ritonavir, 400/100mg dos veces al día	fosamprenavir/ritonavir saquinavir/ritonavir
Inhibidores de la entrada y la fusión			enfuvirtida maraviroc
INI	raltegravir, 400mg dos veces al día	dolutegravir en el trimestre 2 y 3	elvitegravir dolutegravir en el primer trimestre bictegravir

Nota: La información contenida en estas tablas no pretende ser exhaustiva. Puede servirte de orientación para el momento en el que tengas que hablar con tu médico de VIH y el resto de profesionales que te atenderán durante el embarazo sobre las diferentes opciones de tratamiento.

14 Recursos comunitarios

ANDALUCÍA

CÁDIZ

SILOÉ

(Asociación jerezana de ayuda a afectados por el VIH/sida)
Jerez de la Frontera
Tel. 956 237 146
www.siloejerez.org

Fundación Triángulo

Jerez de la Frontera
Tel. 954 218 082
www.fundaciontriangulo.org

Comité Ciudadano antisida del Campo de Gibraltar
Algeciras Tel. 956 634 828
www.comiteascg.org

CÓRDOBA

IEMAKAIE

Tel. 957 496 396
www.iemakaie.es

Fundación Triángulo

Tel. 954 218 082
www.fundaciontriangulo.org

GRANADA

Fundación Triángulo

Tel. 954 218 082
www.fundaciontriangulo.org

HUELVA

Fundación Triángulo

Tel. 954 218 082
www.fundaciontriangulo.org

MÁLAGA

ASIMA

(Asociación ciudadana antisida de Málaga)
Tel. 952 601 780
www.asima.org

ACAS

(Asociación Concordia Antisida)
San Pedro de Alcántara (Marbella)
Tel. 952 785 997
www.concordiamarbella.com

ABD – Energy Control

Antequera
Tel. 952 840 492
www.abd.org
www.energycontrol.org

SEVILLA

Adhara/Sevilla Checkpoint

Tel. 954 981 603
www.adharasevilla.org

Fundación Triángulo

Tel. 954 218 082
www.fundaciontriangulo.org

ARAGÓN

ZARAGOZA

OMSIDA (Asociación de ayuda para personas que viven con VIH/Sida)
Tel. 976 201 642
www.omsida.org

Somos LGTB+ de Aragón

Tel. 976 925 843
www.somoslgbt.com

Asociación Mucha VIHda

Tel. 667 434 093
muchavihda.wordpress.com

Centro Alba

Tel. 976 432 189
centroalbablog.wordpress.com

PRINCIPADO DE ASTURIAS

ASTURIAS

Comité Ciudadano Antisida de Asturias

Gijón
Tel. 985 338 832
www.comiteantisida-asturias.org

FUNDACION SILOÉ

Gijón
Tel. 984 490 224
www.fundacionsiloe.org

ISLAS BALEARES

ALAS (Associació de Lluita Antisida de les Illes Balears)
Palma de Mallorca
Tel. 680 730 303
www.alas-baleares.com

ABD – Energy Control

Palma de Mallorca
Tel. 670 535 234
www.abd.org
www.energycontrol.org

SILOÉ

Santa Eugènia (Mallorca)
Tel. 971 144 266
www.siloemallorca.org

CANARIAS

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Amigos Contra el Sida

Tel. 928 149 570
www.amigoscontraelsida.org

SANTA CRUZ DE TENERIFE

Fundación Triángulo

Tel. 690 373 915
www.fundaciontriangulo.org

ALGARABÍA

(Asociación de lesbianas, gais, bisexuales, trans e intersexuales de Canarias)
Tel. 922 882 188
www.algarabiatfe.org

CANTABRIA

SANTANDER

ACCAS (Asociación Ciudadana Cántabra Antisida)
Tel. 942 313 232
www.accas.es

CASTILLA Y LEÓN

BURGOS

Comité Ciudadano Antisida de Burgos
Tel. 947 240 277
www.sidaburgos.com

LEÓN

Asociación Caracol Ponferrada
Tel. 987 414 349
www.caracolsida.org

PALENCIA

Comité Antisida de Palencia
Tel. 979 105 705
sidapalencia@hotmail.com

SALAMANCA

Comité Ciudadano Antisida de Salamanca
Tel. 923 219 279
sidasalamanca.blogspot.com.es

VALLADOLID

Comité Ciudadano Antisida de Valladolid
Tel. 983 358 948
www.ccasv.org/wordpress

Fundación Triángulo
Tel. 983 395 494
www.fundaciontriangulo.es

ZAMORA

Comité Ciudadano Antisida de Zamora
Tel. 980 534 382
www.casidazamora.org

CATALUÑA

BARCELONA

gTt (Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH)
Tel. 932 080 845
www.gtt-vih.org

ABD – Energy Control
Tel. 931 137 900
www.abd.org
www.energycontrol.org

ACTUAVALLÈS

Sabadell
Tel. 937 271 900
www.actuavalles.org

Àmbit Prevenció
Tel. 932 371 376
www.fambitprevencio.org

ACASC

(Associació Ciutadana Antisida de Catalunya)
Tel. 933 170 505
www.acasc.info

ABD (Asociación Bienestar y Desarrollo)
Tel. 93 412 05 15
www.abd-ong.org

Comité 1r de Desembre
(Plataforma Unitaria de ONG de VIH de Catalunya)
Tel. 676 456 809
www.comite1desembre.org

Creación Positiva
Tel. 934 314 548
www.creacionpositiva.org

Fundación Salud y Comunidad – PAIT
Tel. 934 240 400
www.fsync.org

Gais Positius
Tel. 932 980 642
www.gaispositius.org

Projecte dels NOMS-Hispanosida
Tel. 933 182 056
www.bcncheckpoint.com

STOP SIDA
Tel. 934 522 435
www.stopsida.org

GIRONA

ACAS (Associació Comunitària Antisida de Girona)
Tel. 972 219 282
acas-girona.blogspot.com.es

LLEIDA

Associació Antisida de Lleida
Tel. 973 261 111
www.antisidalleida.org

TARRAGONA

Assexora Tgn
Tel. 665 64 04 35
assexoratorgn.blogspot.com

EXTREMADURA

CÁCERES

CAEX (Comité Antisida de Extremadura)
Tel. 927 22 76 13
www.caextremadura.org

BADAJOZ

Fundación Triángulo
Tel. 924 260 528
www.fundaciontriangulo.es

GALICIA

A CORUÑA

CASCO (Comité Ciudadano Antisida de A Coruña)
Tel. 981 14 41 51
www.cascocomite.blogspot.com.es

ORENSE

Comité Ciudadano Antisida de Ourense
Tel. 988 23 30 00
www.antisidaou.org

PONTEVEDRA

AGAVIH (Asociación Gallega para afectados de VIH/Sida)
Vigo
Tel. 663 023 032
agavih@agavih.org

Asociación PVLSE Vigo Queer LGTBIQ+
Vigo
Tel. 610 856 637
asociacionpvlse@gmail.com

COMUNIDAD DE MADRID

MADRID

gTt (Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH)
Tel. 683 280 312
www.gtt-vih.org

ABD – Energy Control
Tel. 674 079 515
www.abd.org
www.energycontrol.org

Apoyo Positivo

Tel. 913 581 444
www.apoyopositivo.org

CESIDA (Coordinadora Estatal de VIH/sida)
Tel. 91 522 38 07
www.cesida.org

Colectivo Hetaira
Tel. 915 232 678
www.colectivohetaira.org

COGAM
(Colectivo LGTB+ de Madrid)
Tel. 915 224 517
www.cogam.es

Fundación 26 de Diciembre
Tel. 910 028 417
www.fundacion26d.org

Fundación Triángulo
Tel. 915 930 540
www.fundaciontriangulo.es

Imagina Más
Tel. 910 321 199
www.imaginamas.org

Basida
Aranjuez
Tel. 918 923 537
www.basida.org

Kifkif, Migraciones y Refugio LGBTI+
Madrid / Tel. 915 211 174
Alcalá de H. / Tel. 915 211 174
Getafe / Tel. 915 211 174
www.kifkif.info

Salud Entre Culturas
Tel. 622 042 564
www.saludentreculturas.es

REGIÓN DE MURCIA

NO TE PRIVÉS
Murcia
Tel. 683 195 874
www.noteprivés.es

Apoyo Activo
Cartagena
Tel. 699 086 867
apoyohospital@hotmail.com

Asociación VIHSIBLES

Murcia
Tel. 636 860 765
www.vihsibles.org

NAVARRA

PAMPLONA

Asociación SARE
Tel. 948 384 149
www.sare-vih.org

Comisión Ciudadana Antisida de Navarra
Tel. 948 212 257
comisionantisidadenavarra.blogspot.com

LA RIOJA

LOGROÑO

CCASR (Comisión Antisida de la Rioja)
Tel. 941 25 55 50
www.antisidalarioja.org

COMUNIDAD VALENCIANA

ALICANTE

ACAVIH - Associació Ciutadana d'Alacant pel VIH
Tel. 636 482 477
www.acavih.org

Amigos Benidorm
Tel. 965 862 812
amigos.benidorm@yahoo.es

VALENCIA

AVACOS-H (Asociación Valenciana de VIH, Sida y Hepatitis)
Tel. 963 34 20 27
web.avacos-h.org

ASHECOVA (Asociación de Hemofilia de la Comunidad Valenciana)
Tel. 960 069 750
www.ashecova.es

CCASCV (Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Valenciana)
Tel. 963 920 153
www.comiteantisidavalencia.org

CALCSICOVA (Coordinadora de Asociaciones de Lucha Contra el Sida de la Comunidad Valenciana)
Tel. 963 731 002
www.calcsicova.org

CASTELLÓN

CASDA (Asociación ciudadana contra el sida de Castellón)
Tel. 964 213 106
www.casda.es

PAÍS VASCO

ÁLAVA

SIDÁLAVA (Comité Ciudadano Antisida de Álava)
Vitoria
Tel. 945 257 766
www.sidalava.org

GUIPÚZCOA

ACASGI (Asociación Ciudadana Antisida de Gipuzkoa)
San Sebastián
Tel. 943 290 830
www.acasgi.org

Harribeltza (Asociación Antisida)
Oiartzun
Tel. 943 493 544
www.harribeltza.org

VIZCAYA

Asociación T4 de Lucha contra el Sida
Bilbao
Tel. 944 221 240
www.asociaciont4.org

Bizkaisida (Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia)
Bilbao
Tel. 944 160 055
www.bizkaisida.com

Itxarobide
Bilbao
Tel. 944 449 250
www.itxarobide.com

EUSKALSIDA (Federación de ONG de lucha contra el SIDA en Euskadi)
Tel. 944 160 055
www.euskalsida.org



¿TIENES DUDAS
SOBRE EL TEMA?
PREGÚNTANOS

Servicio de información,
atención y acompañamiento
para personas con el VIH,
hepatitis víricas y otras ITS

consultas@gtt-vih.org

 Twitter: [@gTtVIH](https://twitter.com/gTtVIH)

 Facebook: [gtt.vih](https://www.facebook.com/gtt.vih)

 Skype: [gttvih](https://www.skype.com/people/gttvih)

  WhatsApp y Telegram: **667 662 551**

Sede de Barcelona: **93 208 08 45 / 667 662 551**

Sede de Madrid: **683 280 312**

www.gtt-vih.org

 grupo de
trabajo sobre
tratamientos del VIH
ENTIDAD DECLARADA DE
UTILIDAD PÚBLICA
ONG DE DESARROLLO