

## Transmisión de madre a hijo/a

El VIH puede ser transmitido de una mujer con VIH a su hijo/a tanto durante el embarazo como durante el parto o la lactancia. En la mayoría de los casos, se cree que el VIH se transmite durante las últimas semanas de embarazo o durante el parto.

No obstante, los riesgos de la transmisión de madre a hijo/a se pueden reducir hasta el 1% mediante el uso apropiado de antirretrovirales durante el embarazo y el parto; recurriendo a la cesárea o parto planificado en el caso de tener carga viral detectable y no dando el pecho.

### Factores que incrementan el riesgo

Un/a hijo/a es más susceptible a contraer el VIH de su madre si ésta tiene una infección por VIH avanzada o SIDA; tiene alta carga viral o bajo recuento de CD4; rompe aguas un mínimo de 4 horas antes del parto; tiene un parto vaginal (lo contrario de un parto por cesárea planificado); el parto es difícil, requiriendo episiotomía o fórceps; tiene una infección genital; por ejemplo Clamidia (véase *InfoVIHtal #37 Clamidia*); consume drogas durante el embarazo o da el pecho al/la hijo/a. Cuando una mujer se infecta o reinfecta por VIH durante el embarazo también incrementa el riesgo de transmisión.

### Dar el pecho

El riesgo de infección en la lactancia oscila entre un 9% y 29% si la carga viral es alta, es por eso que está estrictamente recomendado no hacerlo. En este caso se puede alimentar al bebé con biberón y leche maternizada siendo la opción más segura. Consúltalo en tu centro sanitario.

### Tratamientos para prevenir la transmisión de madre a hijo/a

Es muy recomendable incluir siempre a tu médico/a y al equipo sanitario en este proceso. No obstante, es bueno que sepas que si tienes un buen recuento de CD4, baja carga viral y no tienes malestar por causa de la infección por VIH, los protocolos terapéuticos recomiendan que empieces a tomar AZT (zidovudina) en los tres meses finales de tu embarazo (tercer trimestre). También necesitarás recibir una inyección intravenosa de AZT durante el parto y que éste sea por cesárea y no vaginal. Otra opción sería tomar durante un pequeño periodo terapia antirretroviral combinada durante los últimos meses de

embarazo para conseguir una carga viral inferior a 50 copias/mL. En este caso tienes la opción de planificar un parto vaginal y que tu bebé reciba tratamiento con AZT en forma de jarabe durante las cuatro primeras semanas de vida.

Si estás en buen estado de salud al inicio de tu embarazo pero enfermas por causa del VIH y estás tomando terapia antirretroviral, entonces el objetivo sería mantener tu carga viral indetectable. Es altamente recomendable que sigas tomando el tratamiento tras el parto, y tu bebé reciba tratamiento con AZT.

Si el VIH ha dañado tu sistema inmune o si tienes una carga viral alta, entonces es recomendable empezar una terapia antirretroviral formada por dos análogos de nucleósido, preferiblemente AZT y 3TC (lamivudina, Epivir®) y el no análogo de nucleósido nevirapina (Viramune®) o un inhibidor de la proteasa (IP). Durante el embarazo cuanto más alta sea la carga viral, más pronto se recomienda iniciar tratamiento antirretroviral. Si aún tienes una carga viral detectable antes de dar a luz, entonces es preferible un parto por cesárea, pero si tu carga viral está por debajo de las 50 copias/mL y no hay problemas en el embarazo, podrías optar por un parto vaginal planificado.

Si te quedas embarazada mientras estas tomando terapia antirretroviral, se recomienda que continúes tu tratamiento. Necesitarás realizar una prueba de detección de anomalías entre las semanas 18 y 20 para comprobar el correcto desarrollo del feto.

Si te quedas embarazada mientras estás tomando antirretrovirales pero no consiguen reducir tu carga viral a indetectable, te deberían realizar una prueba de resistencias para determinar los mejores tratamientos y cambiar a ellos. El objetivo debe ser llegar a tener carga viral indetectable en el momento del parto. Necesitarás realizar una prueba de detección de anomalías entre las semanas 18 y 20 para comprobar el correcto desarrollo del feto. Tu hijo/a recibirá tratamiento con un antirretroviral en forma de jarabe al que tu virus no sea resistente durante las cuatro primeras semanas de vida.

Si te ha sido diagnosticada la infección por VIH con tu embarazo muy avanzado, necesitarías iniciar terapia antirretroviral inmediatamente. Un análisis de sangre permitirá determinar las resistencias del virus para elegir los fármacos más adecuados. Los medicamentos más comúnmente utilizados en este caso son AZT, 3TC y nevirapina, ya que estos medicamentos son capaces de atravesar la placenta y llegar al feto. Tu bebé recibirá el mismo tratamiento en jarabe durante las 4 primeras semanas de vida.

Si te ha sido diagnosticada la infección por VIH durante el parto o justo después, deberías recibir una dosis de AZT inyectada y dosis orales de 3TC y nevirapina. Tu bebé también necesitará una triple combinación de fármacos durante 4 semanas.

Debido el riesgo de defectos de nacimiento no se recomienda tomar el antirretroviral efavirenz (Sustiva®) durante el embarazo o si estás planteando quedarte embarazada.

## Parto por cesárea

El riesgo de transmisión se reduce si el parto se lleva a cabo por cesárea planificada en vez de por parto vaginal. Es conocida como "cesárea electiva" y se planifica para la semana 38 o más pronto si el parto se inicia antes. El parto por cesárea puede tener cierto riesgo para la madre.

Si una mujer está tomando terapia antirretroviral de gran eficacia y presenta carga viral indetectable o muy baja en el momento del parto, tiene la opción de un parto vaginal planificado.

Para más información puedes hacer tu consulta en los siguientes teléfonos:

**gTt: 93 458 26 41**

**Creación Positiva: 93 431 45 48**

**Red2002: 93 458 49 60**

**ADHARA: 954 981 603**

**UNAPRO: 922 63 29 71**