



La mujer y la infección por el VIH/SIDA:

Estrategias de prevención y atención



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

La mujer y la infección por el VIH/SIDA:

Estrategias de prevención y atención



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

El texto de este documento fue preparado por Dionne Patz en colaboración con el Dr. Rafael Mazín y el Dr. Fernando Zacarías, del Programa de SIDA/ITS, en la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La autora desea agradecer a la Sra. Martina de Schutter, de la División de Salud y Desarrollo Humano en la OPS, y a la Sra. Carol Collado, de la División de Promoción y Protección de la Salud en la OPS, por sus valiosos aportes. Asimismo, agradece a la Sra. María Eugenia Gutiérrez, del Programa de SIDA/ITS, por su ayuda en la preparación del documento.

© ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1999

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, esta publicación. Las solicitudes deberán dirigirse al Programa de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, DC 20037, EE.UU.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la consideración jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

PREFACIO

La mujer y la infección por el VIH/SIDA: estrategias de prevención y atención es parte de la serie sobre atención integral (*Paso a Paso: Pautas de Atención Integral para Personas que Viven con VIH/SIDA en las Américas, OPS/OMS 2000*)*. El documento *La mujer y la infección por el VIH/SIDA: estrategias de prevención y atención* puede ser utilizado como manual de referencia para intervenciones sobre atención integral de VIH y SIDA, como las siguientes:

- Diagnóstico clínico del VIH en mujeres
- Intervenciones sobre transmisión del VIH de la madre al hijo
- Orientación y pruebas voluntarias y confidenciales
- Salud sexual, incluyendo sexo seguro
- Planificación familiar
- Apoyo emocional y consejería
- Higiene personal y ambiental
- Precauciones universales
- Seguridad de los alimentos

* El esquema conceptual de Paso a Paso se desarrolló después de una serie de consultas realizadas para dar respuesta a inquietudes de las autoridades de salud en la Región de las Américas sobre cómo asegurar mejor atención de salud y mayor acceso a las terapias anti-retrovirales para las personas que viven con VIH y SIDA en las Américas.

ÍNDICE

1.0	OBJETIVO	7
2.0	INTRODUCCIÓN	7
3.0	LA MUJER Y EL RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA	8
	La vulnerabilidad de la mujer	8
	La participación del hombre en las estrategias de salud sexual y reproductiva	10
4.0	EN QUÉ CONSISTEN LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LA ENFERMEDAD POR EL VIH	11
	<i>La enfermedad por el VIH</i>	12
5.0	CÓMO SE TRANSMITE EL VIH	12
	Formas en que el VIH no puede transmitirse	13
6.0	CÓMO EVITAR ADQUIRIR LA INFECCIÓN POR EL VIH AL TENER RELACIONES SEXUALES	14
	Cómo explicar el concepto de "actividad sexual de menor riesgo" a los clientes	14
	Las prácticas sexuales de menor riesgo	15
	Cuándo y cómo usar condones	15
	<i>Condomes masculinos</i>	16
	<i>Condomes femeninos</i>	18
	<i>Cómo usar el condón femenino</i>	18
7.0	ORIENTACIÓN Y PRUEBAS	21
	<i>Cómo explicar a un cliente la prueba de anticuerpos contra el VIH</i>	22
	Orientación antes de la prueba	24
	Orientación después de la prueba	24
8.0	ATENCIÓN DE LA MUJER CON INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA	26
	Evolución clínica de la infección por el VIH en la mujer	27
	<i>Menstruación</i>	29
	Terapia antirretrovírica	29
9.0	EL EMBARAZO Y EL VIH	30
	Orientación y pruebas	31
	Orientación en materia de reproducción	31
10.0	PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE LA MADRE AL BEBÉ	33
	Factores de riesgo	33
	<i>Factores maternos</i>	33
	<i>Factores obstétricos</i>	34
	<i>Factores posparto</i>	34

Estrategias de prevención	34
Terapia antirretrovírica	35
Nutrición	36
Lactancia materna	37
Recomendaciones de la OPS/OMS para los trabajadores de salud sobre la infección por el VIH y la alimentación del bebé	38
Manejo durante el parto	39
Operación cesárea electiva	39
Lavado vaginal	40
11.0 PROBLEMAS ESPECIALES QUE PLANTEAN LOS NIÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA	41
Calendario de vacunación	42
Infecciones comunes	42
Vida diaria normal	42
12.0 CONCLUSIONES	43
13.0 REFERENCIAS	44
Visión general	44
Embarazo y transmisión maternoinfantil del VIH	46
SIGLAS Y ABREVIATURAS	50
ANEXO I : EXAMEN DEL RIESGO QUE REPRESENTAN DIVERSAS ACTIVIDADES SEXUALES	51
Actividades sexuales sin riesgo	51
Actividades sexuales de bajo riesgo	51
Actividades sexuales de alto riesgo	51
ANEXO II : MANIFESTACIONES CLÍNICAS QUE PUEDE PRESENTAR LA MUJER INFECTADA POR EL VIH	53
Manifestaciones clínicas del VIH en la mujer	53
ANEXO III : MEDIDAS DE HIGIENE	55
Higiene personal	55
Higiene general	55
Cómo evitar otras infecciones	56
Medidas de higiene	57
ANEXO IV : ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA, EL FETO Y EL RECIÉN NACIDO	59
Atención prenatal	59
Trabajo de parto y nacimiento	60
ANEXO V : REGLAS DE ORO DE LA OMS PARA LA PREPARACIÓN HIGIÉNICA DE LOS ALIMENTOS	62
ANEXO VI: PRECAUCIONES UNIVERSALES	65
Evitar el contacto	65
Crear barreras	65
Cómo matar los gérmenes	66
Enseñar a los niños que eviten el contacto con sangre	66

LA MUJER Y LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA: Estrategias de prevención y atención

1.0 OBJETIVO

La finalidad del manual es ofrecer información que se pueda utilizar para elaborar programas y talleres de capacitación que permitan a los trabajadores de salud responder en forma competente y humana a la mujer afectada por el VIH, su pareja y su familia.

2.0 INTRODUCCIÓN

La prevención y atención de la mujer con infección por el VIH/SIDA requieren atención especial. A nivel mundial, el número de nuevas infecciones en las mujeres está aumentando más rápidamente que en el hombre como resultado de factores que se relacionan entre sí (biológicos, socioeconómicos y culturales). La atención de la mujer con el VIH/SIDA presenta ciertas complejidades relacionadas con aspectos biológicos (menstruación, embarazo, trabajo de parto); manifestaciones clínicas específicas de la enfermedad por el VIH (infecciones vaginales por levaduras, enfermedad pélvica inflamatoria crónica, cáncer cérvicouterino); limitaciones sociales (tenencia de la tierra, derechos legales); circunstancias económicas (pérdida de ingresos, pérdida del seguro de enfermedad, abandono de la pareja); factores culturales (responsabilidades y roles sexuales, comunicación); y calidad de la atención de salud para la mujer (falta de acceso a servicios de salud y medicamentos, en especial la terapia antirretrovírica).

Son varios los factores que se conjugan para aumentar la complejidad que entraña ofrecer atención apropiada a la mujer: aspectos biológicos, manifestaciones clínicas de la enfermedad, limitaciones sociales, barreras culturales, calidad y disponibilidad de los servicios de salud.

3.0 LA MUJER Y EL RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA

A nivel mundial, el principal comportamiento de riesgo de infección por el VIH para la mujer son las relaciones sexuales. Más del 90% de las mujeres infectadas por el VIH/SIDA en los **países en desarrollo** ha contraído el virus por transmisión heterosexual. En la mayoría de los casos, estas mujeres tenían relaciones sexuales sólo con su esposo o pareja estable. Por consiguiente, la vulnerabilidad de la mujer para contraer la infección por el VIH suele ser resultado directo del comportamiento de su pareja (bisexualidad, consumo de drogas inyectables, relaciones sexuales con varias personas) más que del suyo propio. Sin embargo, aun cuando su pareja sea quien trae el VIH al seno familiar, es posible que se culpe a la mujer por la transmisión del virus.

Las estrategias de educación y prevención que recalcan la importancia de que los dos miembros de la pareja sean monógamos, la fidelidad o la exclusividad sexual en las relaciones no son prácticas eficaces para la mujer que no está segura de la fidelidad de su pareja. Es probable que la mujer crea que no está en peligro de contraer la infección por el VIH porque ella es monógama. Por consiguiente, no reconoce que puede estar en peligro y, en consecuencia, no toma las precauciones necesarias, y en casos en que reconoce el riesgo, con frecuencia carece de posibilidades y apoyo para tomar medidas de prevención y protegerse.

La vulnerabilidad de la mujer

Son varias las razones que explican por qué la mujer es más vulnerable que el hombre para contraer la infección por el VIH. Los trabajadores de salud deben ser conscientes de estos factores y crear un ambiente de comprensión y empatía para analizar estas circunstancias con sus clientes.

- **La transmisión sexual del virus es varias veces más frecuente del hombre a la mujer que de la mujer al hombre.** Las mujeres más jóvenes son incluso más vulnerables, pues el tejido que reviste su aparato genital no está completamente desarrollado y la mucosa más delgada ofrece menos protección que la de las mujeres de más edad. Después de la menopausia, este tejido se torna más delgado, lo cual aumenta el riesgo de transmisión del VIH en la mujer posmenopáusica.

- **Las mujeres padecen más infecciones asintomáticas de transmisión sexual (clamidiosis, gonorrea) que el hombre.** Con frecuencia, estas infecciones no son diagnosticadas, lo cual aumenta el riesgo de contraer la infección por el VIH.
- **Las mujeres jóvenes y las niñas son culturalmente más vulnerables de contraer la infección por el VIH,** ya que es común que el hombre elija una mujer mucho más joven como pareja y esposa.
- **Debido a que la mujer depende del hombre económica, social y emocionalmente, es difícil que pueda rechazar una relación sexual de riesgo o convencer a su pareja de tener relaciones sexuales de menor riesgo.** Por lo tanto, no es práctico insistir en que todas las mujeres exijan abstinencia o rechacen relaciones sexuales sin protección.
- **Pautas culturales que alientan al hombre a tener muchas compañeras sexuales son comunes,** con el resultado de que más mujeres (incluso las monógamas) están en riesgo de infección.
- **Expectativas culturales de sumisión de la mujer y dominación masculina en las relaciones sexuales** limitan la capacidad de la mujer de ejercer el control de su salud sexual y reproductiva.
- **Falta de comunicación entre el hombre y la mujer en torno a los temas de la salud sexual y reproductiva** impide compartir la responsabilidad en la toma de decisiones que influyen en la salud sexual y reproductiva.
- **Falta de un método de prevención controlado por la mujer, fácil de conseguir y a precios razonables.** En el caso de la mujer, usar preservativos masculinos o practicar relaciones sexuales sin penetración como método anticonceptivo requiere la cooperación del hombre, lo cual lleva implícito que éste controla la situación. Los preservativos femeninos pueden ofrecer a la mujer mayor control en la protección de su salud sexual y reproductiva, pero también requieren la participación del hombre. Los preservativos femeninos todavía no se consiguen a precios razonables en todas las regiones en desarrollo.

La posición social desigual de la mujer la coloca en desventaja no sólo para llegar a un acuerdo con su pareja respecto a los encuentros sexuales, sino que también cuando se trata de recibir atención de los servicios de salud y de educación. La falta de acceso igualitario de la mujer a la salud, educación, capacitación, ingreso inde-

La mayoría de las mujeres en los países en desarrollo que han sido infectadas por el VIH sólo han mantenido relaciones sexuales con su esposo o pareja estable.

pendiente, propiedad y derechos legales, afecta a su acceso al conocimiento sobre la infección por el VIH y el SIDA y, posteriormente, a su capacidad de protegerse de la infección.

A fin de proteger su salud sexual y reproductiva y prevenir la infección, la mujer necesita recibir información adecuada y herramientas apropiadas de los trabajadores de salud. Éstas deben permitir a la mujer reconocer las situaciones sexuales y las actividades de alto riesgo, elaborar un plan de acción y adquirir las aptitudes necesarias para evitar estas circunstancias. Este plan puede incluir el aprendizaje de cómo acordar con la pareja respecto a prácticas sexuales de menor riesgo (relaciones sexuales sin penetración, uso de condones, abstinencia, etc.), cómo usar adecuadamente los preservativos (masculinos y femeninos) y cómo buscar apoyo externo si fuera necesario (grupos de apoyo mutuo, servicios profesionales, orientación).

Para lograr que la mujer disponga de información completa y vigente, los trabajadores de salud deben propiciar un ambiente de comunicación franca y directa con sus clientes manteniendo un diálogo abierto, discusiones en grupo e información y materiales actualizados (por ejemplo, folletos, listas de referencia, vídeos, etc.).

Educar a la mujer sobre la sexualidad humana y proporcionarle acceso a la información sobre la prevención de la infección por el VIH es el primer paso para fomentar que la mujer pueda "negociar" con su pareja respecto a sus relaciones sexuales. Los programas deben ofrecer a las mujeres y a las niñas educación básica sobre su cuerpo, el cuerpo del hombre y su desarrollo, e información específica sobre la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

La mujer también necesita oportunidades de interactuar en un grupo, como puede ser la terapia colectiva o sesiones de educación en un grupo de pares, de manera que puedan intercambiar experiencias personales con otras mujeres y observar nuevos comportamientos y aptitudes en un ambiente sin tensiones.

La participación del hombre en las estrategias de salud sexual y reproductiva

La comunicación eficaz entre la mujer y su pareja es esencial para adoptar prácticas sexuales más seguras. La desigualdad entre los sexos suele reflejarse en interacciones sexuales en las que lo más probable es que sea el hombre y no la mujer quien inicie y controle las relaciones sexuales y tome decisiones en materia reproductiva. Adoptar y mantener prácticas sexuales de menor riesgo a largo plazo requiere la

Reconocer el derecho de la mujer al conocimiento es fundamental para lograr que ésta tome decisiones con conocimiento de causa y medidas apropiadas para protegerse y prevenir la infección por el VIH.

participación y cooperación de la pareja o el esposo. Por lo tanto, es sumamente importante educar e incluir a los hombres y los niños en los temas de sexualidad humana y salud reproductiva, y ofrecer servicios e intervenciones que aborden sus necesidades específicas en asuntos de salud, al igual que las de sus parejas.

Los estudios han revelado que contar con el apoyo de un compañero informado mejora enormemente el uso de métodos de planificación familiar seguros y eficaces. El logro de la prevención eficaz contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la infección por el VIH, requerirá la promoción y creación de un ambiente de respeto mutuo y voluntad tanto de parte del hombre como de la mujer para aceptar las consecuencias del comportamiento sexual.

Se debe apoyar la formación de grupos y programas para hombres con la finalidad de mejorar las aptitudes de comunicación y la toma de decisiones compartida entre el hombre y la mujer. En particular, el hombre necesita ser más consciente de su rol y responsabilidad en las decisiones reproductivas y en la reducción de las ITS.

Para alcanzar esta meta, es necesario ofrecer información y educación sobre la importancia de fomentar la preocupación por la salud y el bienestar de su pareja, la paternidad responsable y la crianza de los hijos. Asimismo, es necesario informar sobre la abstención de actividades sexuales nocivas (incluida la violencia y la coerción) y la función y responsabilidad del hombre en cuanto a reducir el número de embarazos no planificados y la transmisión de infecciones de transmisión sexual, especialmente la infección por el VIH.

4.0 EN QUÉ CONSISTEN LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LA ENFERMEDAD POR EL VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causa el SIDA, sigla que significa "síndrome de inmunodeficiencia adquirida". Cuando el VIH entra en el organismo, infecta selectivamente a los leucocitos (en particular, los linfocitos CD4+), una parte esencial del sistema inmunitario del cuerpo. El virus crece y se multiplica en el interior de los leucocitos, a los que acaba por destruir. La función de estas células es proteger al cuerpo de los gérmenes como virus, bacterias, parásitos y hongos. Con el transcurso del tiempo, el virus mata lentamente estas células y a medida que muere un mayor número de células disminuye la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones.

Las prácticas sexuales de menor riesgo requieren comprensión, participación y cooperación del hombre

Los trabajadores de salud deben alentar a la mujer a que pida a su pareja que la acompañe a los servicios de salud para discutir temas de salud sexual y reproductiva.

El SIDA es causado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que infecta los leucocitos y acaba por inhibir su capacidad de proteger al cuerpo de la invasión de gérmenes, como virus, bacterias, parásitos y hongos.

Es importante recordar que una persona con infección por el VIH puede transmitir el virus a otra persona aunque tenga aspecto saludable.

Los factores que pueden prolongar el tiempo que pasa entre la infección por el VIH y desarrollar el SIDA incluyen descanso y alimentación adecuada, buenas medidas de higiene, manejo del estrés, ejercicios regulares y medicación apropiada.

Una persona con infección por el VIH puede parecer saludable durante muchos años. Cuando estas personas enferman de gravedad o tienen enfermedades oportunistas, se dice que padecen la **enfermedad por el VIH**, o sea, el SIDA.

La enfermedad por el VIH

En las primeras etapas de la infección por el VIH —al cabo de varias semanas— el individuo puede desarrollar una enfermedad similar a la gripe, con fiebre y sarpullido. Puede sentirse bien después de unos días, pero durante estas etapas iniciales de la infección puede transmitir el VIH a otra persona.

No es extraño que transcurran ocho o nueve años—a veces hasta quince—entre la infección por el VIH y la aparición de cualquiera de las enfermedades que definen el SIDA. El período que transcurre desde que se produce la infección por el VIH hasta que aparece el SIDA varía mucho en las personas y puede depender en la forma en que cada una cuida de su salud física y mental (descanso adecuado, nutrición apropiada, higiene personal y ambiental buena, manejo del estrés, ejercicio regular, medicamentos apropiados).

Los síntomas iniciales de la infección por el VIH son fiebre baja, sarpullido, infecciones por levaduras en la boca (candidiasis bucal) o en la vagina, diarrea, náusea y pérdida de peso. Las personas con el VIH que desarrollan el SIDA presentarán episodios de enfermedades e infecciones oportunistas, como tuberculosis, neumonía por *Pneumocystis carinii*, diarrea persistente, cáncer e infecciones del cerebro que producen cefalea, crisis convulsivas y confusión mental (demencia). Con el tiempo, el organismo del enfermo ya no puede combatir las enfermedades, su salud se sigue deteriorando y muere.

5.0 CÓMO SE TRANSMITE EL VIH

La mayoría de las infecciones por el VIH en todo el mundo se adquieren a través de relaciones sexuales. Otras vías de transmisión son la infección perinatal (durante el embarazo, el parto o la lactancia materna) o el contacto con sangre infectada (transfusión de sangre y productos sanguíneos contaminados, la reutilización de jeringas contaminadas por los usuarios de drogas, la reutilización de agujas y otros instrumentos no esterilizados en ambientes médicos y el contacto con heridas abiertas).

Se ha demostrado que los siguientes cuatro factores aumentan enormemente las probabilidades de que una mujer contraiga la infección por el VIH:

- **Tener relaciones sexuales cuando ella (o su pareja) tiene otras infecciones de transmisión sexual (ITS).** Las ITS no tratadas aumentan el riesgo de infección por el VIH durante una relación sexual. Las personas que actualmente padecen una ITS tienen 2 a 9 veces más probabilidades de infectarse por el VIH. Las ITS ulcerosas sin tratar (herpes, sífilis, chancroide) aumentan enormemente el riesgo de transmisión del VIH con cada contacto sexual: las lesiones causadas por estas infecciones ofrecen una fácil puerta de entrada para la infección del VIH, ya sea que las lesiones se encuentren en la persona infectada por el VIH o en la no infectada. Las infecciones primarias por *Chlamydia* y *Neisseria gonorrhoeae* en la mujer suelen ser asintomáticas y por lo tanto, no han sido diagnosticadas, lo cual aumenta el riesgo de transmisión del VIH.
- **Tener relaciones sexuales sin protección.** El uso de condones de látex y el tratamiento de las ITS disminuye la posibilidad de transmisión por medio del contacto sexual.
- **Tener varios compañeros sexuales (o que la pareja tenga varios compañeros sexuales).** El riesgo de ser infectado por el VIH aumenta de acuerdo al número de compañeros sexuales y al número de actos sexuales. Cuanto mayor sea la frecuencia con que se cambia de compañero, mayores son las probabilidades de que el virus se transmita.
- **Compartir agujas y jeringas para inyectarse drogas.** La sangre infectada se puede transmitir a las personas no infectadas cuando los usuarios comparten las jeringas y otros equipos de inyección de drogas.

Formas en que el VIH no puede transmitirse

Es importante saber como **no** se transmite el VIH. El VIH **no puede** transmitirse por medio del contacto social ordinario, de todos los días, como:

- Estar en la misma habitación
- Compartir bebidas, alimentos o utensilios para comer
- Toser o estornudar

Los fluidos corporales que se sabe transmiten la infección son sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna.

- Abrazar, besar (sin intercambio de saliva) o dar la mano
- Nadar o bañarse juntos
- Usar las mismas sábanas o toallas
- Picaduras de insectos
- Usar el teléfono
- Tocar el picaporte
- Usar el inodoro
- Donar sangre, si se usan agujas nuevas y equipos esterilizados

6.0 CÓMO EVITAR ADQUIRIR LA INFECCIÓN POR EL VIH AL TENER RELACIONES SEXUALES

Debido al riesgo de contraer la infección por el VIH/SIDA, los trabajadores de salud deben explicar claramente a la mujer las prácticas sexuales que representan riesgo de transmisión del VIH y aquellas que no. La manera más segura de evitar la infección por el VIH es abstenerse de mantener relaciones sexuales con penetración (entrada del pene a la vagina, el recto o la boca). La siguiente manera eficaz es tener relaciones sexuales con una sola persona que no esté infectada y que se haya hecho la prueba y recibido orientación. Los trabajadores de salud deben alentar a las mujeres a usar condones cada vez que tienen relaciones sexuales, ya que su uso correcto y sistemático reducirá el riesgo de contraer la infección por el VIH y otras ITS.

Cómo explicar el concepto de "actividad sexual de menor riesgo" a los clientes

La actividad sexual de menor riesgo se refiere a toda práctica sexual que **reduce** el riesgo de transmisión del VIH de una persona a otra. La mejor protección se obtiene eligiendo actividades sexuales que no permiten que el semen, las secreciones vaginales (fluidos) o la sangre entren en la vagina, el ano o la boca de ninguno de los integrantes de la pareja ni toquen la piel de uno de ellos si es que tienen un corte o una herida abierta.

Las prácticas sexuales de menor riesgo son las siguientes:

- Abstenerse de tener relaciones sexuales.
- Mantener una relación monógama (en que ambos saben que no tienen ITS, en particular la infección por el VIH).
- Usar condón en todo tipo de relaciones sexuales (vaginal, anal u oral) para que las secreciones corporales que contienen el VIH no entren en contacto con la piel ni las mucosas de la pareja.
- Evitar las relaciones sexuales cuando la pareja tiene heridas abiertas o una ITS.
- Evitar las relaciones sexuales con penetración, reemplazándolas por masturbación, masaje, besos secos y abrazos.

Los trabajadores de salud deben aconsejar a la mujer a discutir las prácticas sexuales de menor riesgo con su pareja antes de tener relaciones sexuales. En el dispensario, el trabajador de salud puede examinar las estrategias de negociación con las clientes, incluido el desempeño de papeles y un análisis de los obstáculos y posibles soluciones para que la relación sexual sea de menor riesgo. En el **anexo I** esbozamos un examen del riesgo de diversas actividades sexuales.

Cuándo y cómo usar condones

Usar un preservativo en forma correcta y sistemática en cada relación sexual reducirá el riesgo de contraer la infección por el VIH y otras ITS. Los condones masculinos y femeninos son una protección eficaz contra la infección por el VIH, las ITS y el embarazo, ya que no permiten el paso de semen, fluido vaginal ni sangre de una persona a otra durante la relación sexual. El uso incorrecto de los preservativos reduce su eficacia: pueden romperse, aflojarse o dejar pasar líquido.

La mujer tiene derecho a expresar su sexualidad de la forma que lo considere aceptable. Tiene el derecho a ponerse de acuerdo con su pareja y negarse a tener relaciones sexuales si él no respeta los derechos y decisiones de ella.

La mujer debe usar preservativos cada vez que tenga relaciones sexuales y no esté totalmente segura de que su pareja es VIH-negativo o si ella sabe que su pareja está infectada con el VIH.

Condomes masculinos

El preservativo masculino es un método de barrera que usa el hombre durante la actividad sexual para evitar el paso del semen a la pareja (véase el **diagrama 1**). El mejor tipo de preservativo es el de látex, ya que tiene menos probabilidades de romperse o tener escapes que los preservativos de membranas naturales o los más delgados y "más sensibles". El uso de preservativos de poliuretano se asocia con mayor frecuencia con roturas y deslizamientos.

Si fuera posible, elija preservativos ya lubricados (con líquido o gel), pues ello disminuye las probabilidades de que se desgarre durante el uso. Nunca use lubricante a base de aceite, como la vaselina, con un preservativo. Si necesita lubricante, use uno a base de agua (jalea KY, glicerina).

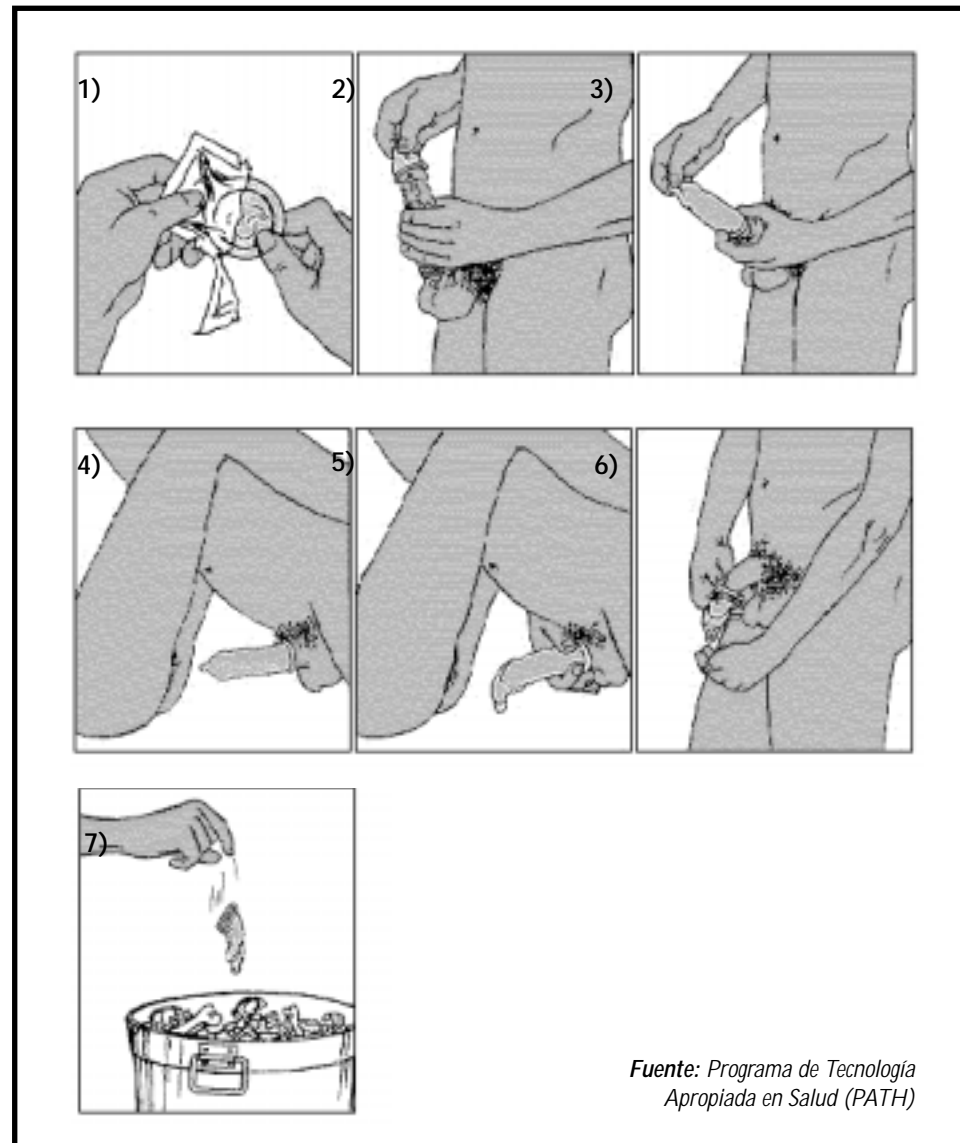


DIAGRAMA 1

Fuente: Programa de Tecnología Apropriada en Salud (PATH)

Instrucciones para usar el condón masculino

- 1) Abra cuidadosamente el envase para que no se desgarre el preservativo.
No desenrolle el preservativo antes de ponérselo.
- 2) Si no está usted circuncidado, deslice el prepucio hacia atrás. Apriete la punta del preservativo y póngalo en el extremo del pene erecto.
- 3) Siga apretando la punta mientras desenrolla el preservativo hasta que cubra todo el pene.
- 4) Siempre póngase el preservativo antes de penetrar a su pareja.
- 5) Después de eyacular (acabar), sostenga el borde del preservativo y saque el pene antes de que se ponga blando.
- 6) Saque el preservativo deslizándolo por el pene sin derramar el líquido (semen). **NO VUELVA A UTILIZAR EL MISMO PRESERVATIVO**
- 7) Envuelva el condón con papel y deshágase de él en un lugar fuera del alcance de los niños

El siguiente recuadro ofrece una lista de datos informativos que una mujer y su pareja deben conocer para usar adecuadamente los preservativos masculinos y evitar que se rompan o desgarren.

DATOS INFORMATIVOS SOBRE LOS PRESERVATIVOS MASCULINOS

- Consiga el condón **antes** de que lo necesite
- Cada vez que tenga relaciones sexuales, debe colocarse en el pene un preservativo nuevo y sin usar antes de penetrar en la vagina, el recto o la boca.
NO VUELVA A USAR EL MISMO PRESERVATIVO
- Póngase el condón sólo cuando el pene esté erecto
- Cuando se ponga el preservativo, sosténgalo para que el borde enrollado quede por fuera. Si el pene no está circuncidado, primero corra el prepucio hacia atrás
- No estire el preservativo contra la punta del pene: en vez de ello, sostenga la punta del preservativo con sus dedos al desenrollarlo a fin de dejar un pequeño espacio vacío para el semen
- Desenrolle el preservativo hasta la base del pene
- Si el preservativo se desgarra durante la relación sexual, debe retirar el pene de inmediato y ponerse otro preservativo
- Después de eyacular, el hombre debe sostener la base del preservativo mientras retira el pene, para que el preservativo no se deslice. Saque cuidadosamente el preservativo sin derramar semen
- Envuelva el preservativo en papel (tisú o periódico) y después deséchelo en un inodoro, letrina de fosa, bolsa cerrada de basura, entiérrelo o quémelo

Los siguientes consejos ayudarán a impedir que los condones se rompan o tengan escapes:

- Si necesita lubricante, use uno a base de agua (jalea KY, glicerina). No use lubricante a base de aceite, como la vaselina
- Guarde los preservativos en un lugar fresco, oscuro y seco. El calor, la luz y la humedad pueden dañar los preservativos
- De ser posible, elija preservativos prelubricados cuyos envases no permitan el paso de la luz
- Abra el envoltorio con cuidado para que el condón no se desgarre (no use sus dientes, tijeras ni cuchillo para abrir el paquete)
- No use preservativos pegajosos, quebradizos, manchados o dañados de alguna forma

Condomes femeninos

El preservativo femenino es el único método anticonceptivo, además del preservativo masculino, que ofrece protección contra el VIH, las ITS y el embarazo. No tiene ningún efecto colateral y pueden usarlos mujeres de todas las edades. Al igual que el preservativo masculino, el femenino es eficaz sólo cuando se usa correcta y sistemáticamente cada vez que se tienen relaciones sexuales.

El condón femenino es un método de barrera que ofrece a la mujer mayor control en la protección de su salud sexual y reproductiva. En particular, es un excelente método para la mujer que es monógama pero cuya pareja puede no serlo. Además, en las situaciones en que una mujer no puede depender del preservativo masculino por **temor a violencia** o **negativa de su pareja**, el preservativo femenino puede ser una opción para prevenir el embarazo y la transmisión de ITS.

El preservativo femenino es una opción anticonceptiva viable que los trabajadores de salud pueden recomendar a las mujeres sexualmente activas que:

- tienen una pareja que se niega a usar preservativos masculinos
- tienen relaciones sexuales con varias personas
- tienen una pareja que tiene relaciones sexuales con otras personas
- tienen relaciones monógamas pero consecutivas
- desean un método anticonceptivo de barrera
- son alérgicas al látex

Para proteger la eficacia de este método, se sugiere que los trabajadores de salud brinden información y educación tanto a la mujer como a su compañero sobre cómo usar adecuadamente el preservativo femenino, así como su eficacia y seguridad.

Cómo usar el condón femenino

El preservativo femenino es una funda transparente, resistente y blanda, que revisita la vagina para proteger contra el embarazo y la transmisión de ITS. La funda es de poliuretano y tiene un anillo flexible en cada extremo: uno sirve para anclar el dispositivo dentro de la vagina y el otro queda fuera de ésta.

El anillo interior (desmontable) en el extremo cerrado del preservativo se usa para la inserción y ayuda a mantener el dispositivo en la parte superior de la vagina. El anillo exterior, más grande y más delgado, queda fuera de la vagina cuando se inserta el preservativo y sirve para cubrir los genitales externos y la base del pene durante las relaciones sexuales. Está prelubricado con un líquido no espermicida a base de silicona. El lubricante es necesario para facilitar la inserción y el movimiento durante la relación.

DIAGRAMA 2



El siguiente recuadro ofrece una lista de datos informativos que una mujer y su pareja deben conocer para usar adecuadamente el preservativo femenino.

DATOS INFORMATIVOS SOBRE EL CONDÓN FEMENINO

- ❑ Asegúrese de que el preservativo esté completamente lubricado por fuera y por dentro. Frote el preservativo para distribuir el lubricante
- ❑ Mientras toma la funda por el extremo cerrado, sujete el anillo interior blando y flexible y apriételo con el pulgar y el dedo medio para que se vuelva angosto y alargado
- ❑ Con la otra mano, separe los labios de la vagina
- ❑ Inserte suavemente el anillo interno en la vagina; se debe sentir el anillo mientras sube y se coloca en su lugar
- ❑ Coloque el dedo índice dentro del preservativo y empuje el anillo interior hacia arriba hasta que tope. **Asegúrese de que la funda no quede retorcida**
- ❑ El anillo exterior queda en la parte externa de la vagina
- ❑ Durante la relación sexual, guíe suavemente el pene para que entre en la vagina. Asegúrese de que el pene no penetre por fuera de la funda
- ❑ Si el preservativo se sale o se va hacia dentro, es que no hay suficiente lubricante. Agregue lubricante dentro del preservativo o sobre el pene
- ❑ Para quitar el preservativo, retuerza el anillo exterior y retire suavemente el preservativo. Sáquelo antes de pararse para evitar un derrame

Otros puntos importantes de recordar:

- ❑ El preservativo femenino puede colocarse en la vagina varias horas antes de la actividad sexual (hasta 8 horas) o inmediatamente antes de la relación
- ❑ El preservativo femenino no tiene que quitarse inmediatamente después de la relación; es decir, no hay necesidad de retirarlo en cuanto se produce la eyaculación
- ❑ Cada preservativo es eficaz para usarlo una sola vez; es decir, debe usarse un nuevo preservativo para cada acto sexual. **NO VUELVA A UTILIZAR EL MISMO PRESERVATIVO**
- ❑ Practique insertando el preservativo varias veces antes de tener relaciones sexuales, para sentirse cómoda con la forma en que funciona
- ❑ Para protegerse contra las ITS, el preservativo puede usarse al mismo tiempo que el DIU, los métodos hormonales y la esterilización
- ❑ El preservativo femenino también puede usarse como método de barrera en una relación anal
- ❑ No debe usarse al mismo tiempo que el preservativo masculino, ya que la fricción hará que el preservativo masculino se salga y el preservativo femenino se corra hacia dentro
- ❑ El preservativo femenino está hecho de poliuretano, material que no es sensible a las diferencias de temperatura y humedad; por consiguiente, no se requiere ningún cuidado especial para su almacenamiento

7.0 ORIENTACIÓN Y PRUEBAS

Cuando los trabajadores de salud hacen la historia clínica y preguntan sobre los antecedentes personales y médicos, deben evaluar los riesgos que una mujer ha tendido de contraer la infección por el VIH y otras ITS. A la mujer que conteste "sí" a las siguientes preguntas durante una entrevista de atención de salud se le debe ofrecer y proporcionar orientación y análisis. Averiguar si la mujer tiene:

- Síntomas sugestivos de infección por el VIH (infecciones por levaduras frecuentes, lesiones precancerosas del cuello uterino, pérdida de peso sin causas aparentes, diarrea crónica, fiebre intermitente o persistente, tos persistente, ganglios inflamados, candidiasis bucal [infecciones por levaduras], sudores nocturnos, fatiga, demencia).
- Otras ITS, por ejemplo, herpes, verrugas genitales o enfermedad pélvica inflamatoria. La presencia de otras ITS aumenta el riesgo de transmisión del VIH, y los síntomas de las ITS son más graves en la mujer infectada por el VIH.
- Antecedentes de uso de drogas inyectables.
- Pareja o hijo con síntomas relacionados con la infección por el VIH o el SIDA.
- Antecedentes de transfusión de sangre que pudo haber estado contaminada con el VIH.
- Múltiples compañeros sexuales.
- Una pareja que es bisexual, ha tenido compañeros sexuales múltiples o se inyecta drogas.
- Antecedentes de abuso físico, incluida la violencia en el hogar, violación y otras formas de maltrato sexual.

LISTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO

- **Presencia de síntomas del VIH (p. 53, Anexo II)**
- **Presencia de otras ITS**
- **Historia de uso de drogas intravenosas**
- **Compañero/hijo con VIH/SIDA**
- **Historia de transfusiones de sangre**
- **Múltiples compañeros sexuales**
- **Compañero que tiene o tuvo múltiples compañeros sexuales o es bisexual**
- **Compañero que usa drogas intravenosas**
- **Historia de maltrato físico incluida la violencia sexual**

Los trabajadores de salud deben saber que existe mayor riesgo de contraer ITS, en particular la infección por el VIH, cuando hay violencia por razón de sexo. Este tipo de violencia no es sólo física, incluye además violencia psicológica. La violencia sexual, incluida la violación, aumenta el riesgo de transmisión de ITS al aumentar la susceptibilidad biológica de la mujer de contraer la infección debido a traumatismo de la mucosa vaginal (lesión del recubrimiento tisular, mayor flujo de sangre).

Este tipo de violencia también reduce la autoestima de la mujer, la hace sentirse avergonzada y reduce su confianza en los demás, lo cual aumenta la probabilidad de que participe en comportamientos de riesgo de contraer la infección por el VIH (prostitución, uso de drogas, relaciones sexuales sin protección).

Los estudios mundiales más recientes indican que aproximadamente 16 a 52% de las mujeres han sido agredidas físicamente por sus parejas por lo menos una vez en la vida. Este tipo de agresión se asocia con la violencia sexual, incluida la violación. El maltrato puede infligirlo la pareja, compañeros, familiares, discípulos o vecinos.

Como trabajador de salud, es necesario ofrecer atención médica inmediata y apropiada a la mujer que ha sido objeto de violencia por razón de sexo y puede estar en riesgo de la infección por el VIH (relaciones sin protección con una pareja que está infectada o tiene la probabilidad de estar infectada). Esto incluye profilaxis con medicamentos antirretrovíricos (zidovudina o AZT) en las 72 horas posteriores a la exposición y asegurarse de que reciba apoyo psicológico, social y legal apropiado. Además, la mujer necesitará seguimiento de su atención, que puede incluir orientación y pruebas para la detección de la infección por el VIH y servicios de apoyo asociados.

Cómo explicar a un cliente la prueba de anticuerpos contra el VIH

Poco después de que el cuerpo se infecta por el VIH, comienza a responder generando anticuerpos contra el virus. Estos anticuerpos empiezan a producirse generalmente en un plazo de 3 a 8 semanas. La prueba de anticuerpos contra el VIH es una prueba de sangre que puede determinar si estos anticuerpos están presentes en la sangre: no detecta el virus en sí.

Se debe hacer hincapié en que la prueba del VIH:

- no brinda información sobre el estado actual de salud de la persona;
- no determina si una persona tiene las enfermedades e infecciones relacionadas con el VIH (es decir, el SIDA);
- no indica cuándo ni cómo una persona contrajo la infección por el VIH;
- tampoco señala si una persona infectada por el VIH ha transmitido el virus a otra persona.

Explique con palabras sencillas qué significa si el resultado de la prueba es **positivo**:

- que la persona tiene anticuerpos contra el VIH y, por lo tanto, está infectada y puede transmitir el virus a otros.

Explique con palabras sencillas qué significa si el resultado de la prueba es **negativo**:

- que la persona no está infectada por el VIH, o bien
- que la persona está infectada por el VIH, pero todavía su organismo no ha producido anticuerpos contra el virus (es decir, está en el periodo denominado ventana).

Debido a que los resultados de una prueba del VIH pueden tener un gran impacto en la familia, relaciones, bienestar general y situación laboral de la mujer, es importante garantizar que reciba información adecuada y sea evaluada con su consentimiento; que reciba orientación antes y después de la prueba; que los resultados de la prueba sean confidenciales, o sea, que se compartan sólo con ella y con las personas que ella indique.

Para la mujer infectada, informarse de su estado en relación con el VIH le brinda la oportunidad de:

- obtener para ella y para su hijo diagnóstico y tratamiento temprano;
- tomar decisiones fundamentadas en materia de reproducción;

Conocer su estado en relación con el VIH, otorga a la mujer el poder de tomar decisiones fundamentadas y medidas adecuadas para protegerse a sí misma y a los demás.

- usar métodos para reducir el riesgo de transmisión perinatal (medicamentos antirretrovíricos, nutrición adecuada, alternativas a la lactancia materna, cesárea, lavado vaginal);
- recibir información sobre cómo prevenir la transmisión del VIH a otros;
- recibir información sobre servicios de apoyo, si fuera necesario.

Orientación antes de la prueba

Antes de realizar una prueba del VIH, es importante ofrecer a la mujer orientación sobre:

- el procedimiento de la prueba y los muchos factores que inciden en la misma, incluidas las consecuencias emocionales, sociales y médicas si el resultado es positivo o negativo;
- ventajas e inconvenientes de someterse a la prueba;
- si la mujer está embarazada, información sobre la relación entre el embarazo y la infección por el VIH, el riesgo de transmitir el VIH al bebé, las formas de reducir este riesgo y el pronóstico para los bebés que contraen la infección.

El trabajador de salud debe procurar que la mujer que decida someterse a la prueba lo haga después de analizar cuidadosamente todos los factores pertinentes, y que la prueba se haga sólo con su consentimiento.

Orientación después de la prueba

¿Qué medidas se recomiendan si la prueba es negativa?

Si el resultado de la prueba del VIH es negativo (es decir, la paciente es seronegativa), el trabajador de salud debe aconsejarle cómo reducir el riesgo de infección de VIH. Esto implica hablar con la mujer de la importancia de prevención del VIH y las ITS para reducir su riesgo de infección en el futuro. La conversación debe abarcar los métodos disponibles para mantener una actividad sexual con menor riesgo y considerar la situación individual de la mujer, sus preocupaciones y actitudes que incidirán en la factibilidad, aceptación y uso de ciertos métodos.

Durante la orientación posterior a la prueba seronegativa, el trabajador de salud debe:

- examinar y reforzar las estrategias para eliminar y reducir los riesgos de la infección por el VIH y la transmisión de ITS;
- confirmar que la última exposición posible no haya ocurrido dentro de los últimos 6 meses. Si hubiera sido durante los últimos 6 meses recomendar una nueva prueba en 3 meses;
- proporcionar información y derivar a la mujer a servicios de apoyo emocional y espiritual, si fuera necesario.

¿Qué medidas se recomiendan si la prueba es positiva?

Si el resultado de la prueba es positivo (es decir, la paciente es seropositiva), el trabajador de salud debe tratar con la mujer todos los temas incluidos en la orientación para después de una prueba seronegativa para evitar que ella infecte a su pareja y se reinfecte a sí misma. Además, el trabajador de salud debe brindar comprensión, apoyo y consejos prácticos para ayudarla a hacer frente al estrés y la ansiedad y a tomar decisiones personales. Los trabajadores de salud deben mantener sesiones de seguimiento para asegurar que la mujer infectada, su familia y las personas que le prestan asistencia reciben apoyo útil, uniforme y a largo plazo.

Durante la orientación después de una prueba seropositiva, el trabajador de salud debe:

- evaluar el estado de angustia de la mujer; determinar si cuenta con un sistema de apoyo personal (familia, amigos); brindarle información y derivarla a otros servicios de apoyo y orientación;
- revisar con ellas las pautas para eliminar o reducir el riesgo de la transmisión a otros;
- explicar los signos y síntomas de las enfermedades relacionadas con la infección por el VIH y el avance de la enfermedad;
- analizar la importancia de evitar otras infecciones que agregarán estrés al sistema inmunitario, como otras ITS, resfriados, gripe, influenza y otras infecciones;

- examinar los principios para mantener buena salud, como nutrición, ejercicio, reducción y manejo de estrés, reposo y prácticas de higiene (véase el **anexo III**)
- preparar un plan para notificar al compañero o compañeros (sexuales);
- analizar el riesgo de una reacción violenta de parte de la pareja al informarse que ella está infectada por el VIH;
- si es apropiado, ofrecer materiales didácticos, incluidos folletos, vídeos y otros materiales;
- recomendar sesiones de seguimiento para atención, orientación y apoyo social.

8.0 ATENCIÓN DE LA MUJER CON INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA

El manejo eficaz de la mujer con infección por el VIH/SIDA requiere un proceso continuo de atención entre hospitales, consultorios, hospicios, organizaciones comunitarias y asistencia domiciliaria. Esta infraestructura permite a los trabajadores de salud, miembros de la familia, vecinos y otros ayudar a la mujer que vive con la infección y a su familia cuando sea apropiado y solicitado — ya sea por la persona, por su familia o por referencia.

El enfoque integral de atención consta de cuatro elementos interrelacionados:

- **Manejo clínico** - diagnóstico temprano, que incluye pruebas, profilaxis para infecciones y enfermedades oportunistas, tratamiento racional y atención de seguimiento.
- **Atención de enfermería** - higiene personal y nutrición, cuidados paliativos, asistencia en la casa y educación a quienes prestan atención en el hogar y la familia, adopción de precauciones universales.
- **Orientación** - apoyo psicosocial y espiritual, planificación para reducción de riesgos y mecanismos para hacer frente a situaciones, planificación futura para los familiares etc.
- **Apoyo social** - información, prestación de apoyo o remisión a grupos de apoyo con otras mujeres, servicios de bienestar social, apoyo espiritual y asesoramiento legal.

Para ser eficaces, los programas de atención integral deben abordar las preocupaciones clínicas y las necesidades emocionales especiales de la mujer que vive con la infección por el VIH/SIDA y facilitar un ambiente propicio para que regrese a las visitas de seguimiento.

Evolución clínica de la infección por el VIH en la mujer

La infección por el VIH suele presentar una evolución clínica muy diferente en la mujer, en comparación con la del hombre. Los primeros signos de infección por el VIH en la mujer son a menudo ginecológicos, y su relación con el VIH no es identificada fácilmente por los trabajadores de salud. En la mujer, los problemas ginecológicos pueden incluir alteraciones de la menstruación, menopausia precoz, infecciones frecuentes por levaduras, herpes, verrugas genitales o lesiones precancerosas del cuello uterino.

En las primeras etapas de la enfermedad por el VIH predominan las infecciones bacterianas. Entre otras, la neumonía, sinusitis, bronquitis e infecciones de las vías urinarias. A medida que disminuye el número de leucocitos (linfocitos CD4+) aumenta el riesgo de contraer infecciones oportunistas.

La candidiasis vaginal recurrente (infección por levaduras), la displasia cervical (lesiones precancerosas) y la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), son síntomas ginecológicos muy comunes de la infección por el VIH en la mujer. Asimismo, la infección recurrente por el virus del herpes simple (VHS) y el papilomavirus humano (PVH) son ITS comunes en las mujeres seropositivas.

Los síntomas que pueden aparecer en la mujer infectada por el VIH (resumidos en el **anexo II**) son los siguientes:

- revestimiento de la lengua o boca por una capa gruesa blanquizca (candidiasis bucal) debido a una infección por levadura, a veces acompañada de dolor de garganta;
- infecciones vaginales graves o recurrentes causadas por levaduras;
- enfermedad pélvica inflamatoria crónica;
- cambios acentuados en los patrones de la menstruación;

La infección por el VIH suele presentar una evolución clínica muy diferente en la mujer, en comparación con la del hombre. Los primeros signos de infección en la mujer tienden a ser ginecológicos y suelen ser confundidos por signos de afecciones menos graves.

- períodos de fatiga extrema y sin causa aparente que pueden combinarse con cefaleas y mareos;
- pérdida rápida de más de 5 kilos de peso no atribuible a mayor ejercicio físico o menor consumo de alimentos;
- erupciones cutáneas recurrentes o inusuales;
- formación de hematomas con más facilidad que lo normal;
- episodios de diarrea prolongados;
- fiebres recurrentes o sudores nocturnos;
- edema o endurecimiento de los ganglios ubicados en la garganta, la axila o la ingle;
- períodos de tos continua, intensa y seca;
- disnea que va en aumento;
- aparición de excrecencias pigmentadas o de color morado en la piel o dentro de la boca;
- hemorragia sin causa aparente de las excrecencias en la piel, las mucosas o cualquier abertura natural del cuerpo;
- adormecimiento o dolor intenso en las manos o los pies, pérdida del control muscular y los reflejos, parálisis o pérdida de la fuerza muscular;
- alteraciones de la conciencia, cambio de personalidad o deterioro mental.

Es importante destacar que todos los síntomas antes mencionados pueden aparecer sin que tengan relación con la enfermedad por el VIH. En realidad, cuando los síntomas de la enfermedad por el VIH aparecen en la mujer suelen confundirse con los de afecciones menos graves. El reconocimiento de estas afecciones clínicas como **indicadores del VIH en la mujer** es esencial para proporcionar un manejo apropiado y oportuno de los síntomas.

El reconocimiento de los signos clínicos de la infección por el VIH en la mujer, es fundamental para proporcionar un manejo apropiado y oportuno de los síntomas y la enfermedad.

Es más, en la medida que la presencia de otras ITS aumenta el riesgo de transmisión del VIH, y los síntomas de las ITS son más graves en la mujer infectada por el VIH, es muy importante **manejar y controlar eficazmente la propagación de las infecciones de transmisión sexual.**

Menstruación

La desaparición de la menstruación o la aparición de hemorragias irregulares o erráticas ocurre en muchas enfermedades, incluida la enfermedad por el VIH. Si la mujer pierde mucho peso, la menstruación puede interrumpirse por completo o tornarse infrecuente. La pérdida de la menstruación puede tener muchas causas (incluido el embarazo) y ocurre a menudo en la mujer con SIDA. Ante la falta de algunas menstruaciones, se debe examinar a la mujer con atención para determinar la causa.

Una mujer puede creer que la pérdida de la menstruación representa la pérdida de la capacidad de tener hijos o una pérdida de la feminidad, y puede sentirse triste o hasta deprimida. Es posible ayudarla a luchar contra la pérdida de su autoestima, asegurándole reiteradamente que muchas mujeres, por distintas razones, experimentan esa pérdida. Debe alentarse a la mujer a reunirse con sus amistades, participar en actividades, y recordar que sigue siendo valiosa y tiene mucho que ofrecerse a sí misma y a los demás.

Terapia antirretrovírica

La terapia antirretrovírica combinada (ARV) tiene efectos beneficiosos tales como un número menor de muertes relacionadas con el SIDA, menos hospitalizaciones, menor incidencia de infecciones oportunistas y enfermedades, y mayor capacidad de muchas personas que viven con la infección por el VIH/SIDA de mantener o reintegrarse a las funciones normales de la vida cotidiana. Actualmente, hay alrededor de quince medicamentos ARV en el mercado en el mundo. Aunque los ARV pueden adquirirse en muchas regiones en desarrollo, la mayoría de las personas con VIH aún no se beneficia de ellos. Los problemas de acceso obedecen a costo elevado, falta de conocimiento y experiencia de los prestadores de servicios de salud, regímenes de dosificación complicados, posibilidad de que el VIH desarrolle resistencia, preocupaciones éticas, entre muchos otros factores.

Aunque los ARV ofrecen muchos beneficios terapéuticos, es importante que no se perciban como la solución a la infección por el VIH, sino como uno de los com-

Los trabajadores de salud deben alentar a la mujer a solicitar tratamiento temprano para las ITS si tiene signos o síntomas o sospecha que puede estar infectada. El tratamiento apropiado de las ITS curables puede reducir la transmisión del VIH en casi la mitad

ponentes esenciales para brindar manejo clínico eficaz de la enfermedad. El acceso a tratamientos con ARV debe mejorar dentro del proceso continuo integral de la atención. Para combatir plenamente la diseminación de la enfermedad, es necesario tener acceso y contar con un espectro de atención que incluya prevención, educación, orientación, acceso a pruebas del VIH, tratamiento profiláctico de infecciones y enfermedades oportunistas, tratamiento de ITS, intervenciones nutricionales, manejo del estrés, y apoyo emocional y social.

9.0 EL EMBARAZO Y EL VIH

La mayoría de las mujeres descubren que están infectadas por el VIH o tienen SIDA durante el embarazo, inmediatamente después del parto o cuando el bebé se enferma. Para muchas mujeres, el embarazo es el primer contacto con un consultorio o trabajador de atención de salud.

En general, el embarazo no influye en la evolución de la enfermedad por el VIH en la mujer que está infectada pero cuyo sistema inmunitario todavía no ha sido afectado por el VIH y se mantiene sano. Si durante el embarazo una mujer contrae infecciones oportunistas características del VIH, el tratamiento debe determinarse en forma individual, ya que algunos medicamentos pueden ser nocivos para el feto (véase Evolución clínica de la infección por el VIH en la mujer, p. 53 o **anexo II**). Por ejemplo, se han modificado las recomendaciones para el tratamiento de la tuberculosis en la mujer embarazada debido a los efectos teratogénicos potenciales de determinados medicamentos (estreptomina y pirazinamida). En el **anexo IV** se presenta un examen de las recomendaciones básicas para la atención de la mujer embarazada y su bebé.

Hasta el momento, no se ha comprobado que el VIH perjudique el desarrollo del bebé. Sin embargo, el riesgo de aborto espontáneo es mayor en la mujer infectada por el VIH. En general, si una mujer tiene infección por el VIH/SIDA, afronta mayores probabilidades de tener complicaciones como:

- aborto espontáneo;
- fiebre e infecciones;
- trabajo de parto prematuro;

- bebé con bajo peso al nacer;
- infecciones graves después del nacimiento: la mujer infectada por el VIH tiene mayores probabilidades de sufrir infecciones después del parto que no responden al tratamiento usual con antibióticos.

Si durante el embarazo no se da tratamiento con antirretrovíricos, el riesgo de una mujer de tener un hijo infectado por el VIH es de aproximadamente 25 a 35%. Los niños que contraen el VIH pueden infectarse en la matriz, durante el parto o por la lactancia materna. Casi 80% de los niños que nacen infectados morirán antes de los 5 años debido a desnutrición agravada por la infección por el VIH, diarrea e infecciones respiratorias.

Orientación y pruebas

Durante la entrevista de atención prenatal, el trabajador de salud debe evaluar el riesgo de infección por el VIH. Consulte la sección anterior sobre Orientación y pruebas (p. 21), donde aparece una lista de las preguntas apropiadas y un resumen de los requisitos de orientación para antes y después de la prueba.

Orientación en materia de reproducción

Una mujer embarazada que está infectada por el VIH tiene varias opciones en materia de reproducción:

- continuar con el embarazo;
- continuar con el embarazo y tomar medicamentos antirretrovíricos (*zidovudina*);
- interrumpir el embarazo.¹

La primera responsabilidad del trabajador de salud debe ser ofrecerle apoyo emocional a una mujer que se entera durante el embarazo de que está infectada por el VIH.

¹ De acuerdo con las indicaciones legales y médicas y las opciones existentes en un entorno o país en particular.

Una mujer embarazada con VIH/SIDA tiene más probabilidades de tener un aborto espontáneo, fiebres e infecciones, trabajo de parto prematuro, un bebé con bajo peso al nacer e infecciones graves después del parto, que una mujer embarazada no infectada.

El riesgo de que una mujer infectada por el VIH tenga un niño infectado es de aproximadamente uno en tres (33%).

Es recomendable ofrecer orientación sobre reproducción **sin directivas**² y **sin juicios de valor**³ para que una mujer pueda tomar decisiones fundamentadas en cuanto a continuar con el embarazo y adaptar su comportamiento para prevenir la transmisión a otros. Los temas a tratar con una mujer embarazada que está infectada por el VIH incluyen:

- cómo afectará el embarazo la infección por el VIH;
- riesgos de transmitir el VIH al bebé;
- maneras de reducir los riesgos;
- pronóstico para los bebés que contraen la infección;
- beneficios y riesgos de la terapia antirretrovírica;
- consejos sobre la alimentación del bebé (lactancia materna frente a otra forma de alimentación).

La decisión de continuar o no con el embarazo corresponde a la mujer. Si tiene una pareja comprensiva, abierta y que la apoya, puede considerar la posibilidad de discutir con esa persona sus opciones en materia de reproducción.

Es importante alentar a la mujer a aceptar ayuda de otros y, al mismo tiempo, a reconocer su papel en su familia. Muchas veces, la mujer antepone la salud de sus hijos o de su pareja y descuida la propia. Con frecuencia la mujer actúa como prestadora de atención primaria en su familia y agrega esa responsabilidad a su trabajo o a la atención de los niños.

La mujer infectada por el VIH puede temer que perderá su papel como madre y prestadora de asistencia y, al mismo tiempo, experimentar intensa culpa si alguno de sus hijos también está infectado. Es probable que, además, albergue un gran resentimiento hacia la persona que la infectó.

² Orientación o entrevistas en que el consejero (entrevistador) se abstiene de interpretar o explicar y, en cambio, alienta al cliente a expresarse libremente.

³ Evitar juicios basados en las pautas personales y, en especial, morales del trabajador de salud.

Es necesario ofrecer sistemas de apoyo social a la mujer dentro de su propia comunidad. Estos servicios deben incluir grupos de apoyo con otras mujeres, los cuales permiten el intercambio de información y experiencias personales; educación y orientación individual, de parejas⁴, de aflicción y duelo⁵; asistencia en la casa, atención infantil, apoyo espiritual y líneas telefónicas de emergencia para ayudar a las mujeres que viven con la infección por el VIH/SIDA y a sus familias a manejar los aspectos emocionales de la situación y la evolución de la enfermedad. Los miembros de la familia que prestan atención también necesitarán apoyo y períodos de descanso para evitar el agotamiento (atención de relevo, programas de atención diurna para adultos).

Una de las principales inquietudes de muchas mujeres infectadas es el apoyo y la atención de sus hijos en la actualidad y el futuro, puesto que con frecuencia su pareja también está infectada o ha fallecido. Como parte de los servicios de apoyo, es necesario ofrecer ayuda para conseguir quién pueda sustituirla en el cuidado de los hijos.

10.0 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE LA MADRE AL BEBÉ

Factores de riesgo

Se ha comprobado que existen varios factores asociados con un mayor riesgo de transmisión del VIH de la madre al bebé, como se explica a continuación.

Factores maternos

- estado nutricional deficiente de la madre;
- infección reciente por el VIH; una mujer que ha sido infectada por el VIH en los últimos 2 a 3 meses tiene mayores probabilidades de transmitir el virus a su hijo;

⁴ Las personas infectadas y sus parejas reciben orientación y educación simultánea sobre cambios eficaces en su comportamiento.

⁵ La terapia de la aflicción y el duelo aborda el sentimiento personal de pérdida de una persona, como la pérdida de un ser querido (muerte, divorcio) o la pérdida de ilusiones (por ej., de una vida prolongada).

Los trabajadores de salud deben respetar y apoyar cualquier decisión que la mujer tome en materia de reproducción.

- infección por el VIH en etapa avanzada o SIDA;
- poca cantidad de leucocitos (bajo recuento de linfocitos CD4+);
- carga vírica elevada;
- presencia de antigenemia por p. 24 (un componente del VIH detectado en la sangre);
- infección por ciertas ITS (herpes, sífilis, chancroide);
- falta de acceso a los medicamentos antirretrovíricos (zidovudina o AZT).

Factores obstétricos

- parto prematuro (menos de 37 semanas);
- rotura prematura de las membranas; el riesgo aumenta extraordinariamente cuando las membranas han estado rotas por más de 4 horas;
- inflamación de las membranas placentarias;
- uso de instrumentos durante el trabajo de parto o el nacimiento.

Factores posparto

- lactancia materna;
- duración de la lactancia materna;
- afecciones de la mama; los pezones agrietados o sangrantes aumentan el riesgo de transmisión.

Estrategias de prevención

Hay varias estrategias de prevención que reducen, o pueden reducir, el riesgo de que la madre transmita la infección por el VIH al feto, entre ellas el tratamiento con medicamentos antirretrovíricos, nutrición adecuada, evitar que la mujer amamante a su bebé, manejo durante el parto, operación cesárea electiva y lavado vaginal.

Terapia antirretrovírica

Las probabilidades de que una mujer infectada por el VIH transmita el virus al bebé disminuyen considerablemente con la farmacoterapia ARV. El primer indicio de que el tratamiento con ARV puede ayudar a prevenir la transmisión del VIH se obtuvo con los resultados del estudio ACTG 076 publicado en 1994. En ese estudio, el tratamiento con zidovudina (o AZT) durante el embarazo redujo el riesgo de transmisión del VIH de la madre al hijo en dos tercios (de 25 a 8%).

La zidovudina se administra a la madre por vía oral **después de 14 semanas** del embarazo y se continúa por todo el embarazo, y durante el parto se inyecta por vía intravenosa. Al recién nacido se le da jarabe de zidovudina cada 6 horas; el tratamiento empieza entre las 8 y las 12 horas después del nacimiento y se prolonga durante las 6 primeras semanas de vida.

Estudios recientes han revelado que un tratamiento corto de terapia con AZT, administrado al final del embarazo y durante el parto, reduce la tasa de transmisión del VIH de las madres infectadas a sus hijos a la mitad (51%) y su uso no entraña riesgo en las regiones en desarrollo. Este régimen, en comparación con el descrito anteriormente, incluye un tratamiento mucho más corto durante el embarazo y la administración por vía oral en vez de intravenosa durante el parto; asimismo, no es necesario el tratamiento del recién nacido. Además, este tratamiento corto con AZT es 10 veces menos costoso que el protocolo 076 y, por lo tanto, más asequible para las regiones en desarrollo.

El régimen consiste en administrar a la madre 300 mg de zidovudina por vía oral dos veces al día a partir de la semana 36 de la gestación (en general, las últimas 4 semanas del embarazo) hasta la aparición del trabajo de parto; luego, 300 mg de zidovudina cada tres horas desde la aparición del trabajo de parto hasta el nacimiento. Es importante destacar que en estos estudios se recomendó a todas las mujeres no amamantar, se les proporcionó un sucedáneo de la leche materna y hubo gran cumplimiento de la terapia con ARV.

El estudio más reciente, el ensayo PETRA, reveló que un tratamiento aun más breve administrado durante el trabajo de parto y seguido de una semana de farmacoterapia combinada (AZT y 3TC) tanto para las madres como para los bebés, redujo en 37% la tasa de transmisión del VIH. Las mujeres tomaron las pastillas de ambos medicamentos dos veces al día (por la mañana y por la noche) y a los bebés se les administraron los medicamentos en forma de jarabe durante una semana.

Se calcula que esta forma de farmacoterapia cuesta una quinta parte del precio de los tratamientos cortos antes mencionados. Sin embargo, el estudio sólo siguió a los niños durante seis semanas después del nacimiento y no abordó el tema de la lactancia materna. No obstante, aporta pruebas de que tratar a la mujer durante el trabajo de parto, que en muchas regiones en desarrollo es la primera vez en que la mujer embarazada recurre a la atención médica, puede ser eficaz para evitar la transmisión del VIH de la madre al niño.

El estudio más reciente realizado en Uganda (HIVNET 012) comprendió el uso de nevirapina para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño. El medicamento redujo el riesgo de la transmisión del VIH cerca de 50% en una población lactante de 14 a 16 semanas de vida. El riesgo en un bebé mayor de 16 semanas que continúa lactando, se determina con el seguimiento que se realiza hasta los 18 meses de edad.

En este estudio las mujeres recibieron 200 mg de nevirapina oral al comienzo del trabajo de parto y se les administró 2mg/kg a los bebés dentro de las 72 horas después del nacimiento. Comparado con otras formas de terapia medicamentosa, nevirapina es más económico (cuestan aproximadamente US\$4 las dosis necesarias para madre e hijo) y tiene la ventaja de administrarse una sola vez. Sin embargo, actualmente, no se recomienda ampliamente aun cuando algunos países en desarrollo la están utilizando.

En todos los casos, la recomendación de someterse a la terapia con ARV debe conversarse con la mujer embarazada dentro del contexto de los posibles riesgos y beneficios para el bebé y para ella misma antes de comenzar cualquier farmacoterapia. Hasta la fecha, ningún estudio ha revelado un mayor riesgo de problemas al nacer o durante el crecimiento en los niños expuestos a la AZT.

Nutrición

La importancia de una nutrición apropiada debe reiterarse a la madre durante todo el embarazo. Se ha demostrado que la falta de nutrición adecuada aumenta la tasa de transmisión del VIH de la madre al hijo. Los bebés contraen la infección porque sus madres no consumen alimentos suficientes (ingesta calórica baja) o no comen los alimentos adecuados (carencia de micronutrientes).

La buena nutrición ayuda al cuerpo a combatir las infecciones, mejora el resultado del embarazo (bebés con peso adecuado al nacer, menor mortalidad infantil), per-

mite que los medicamentos que combaten el VIH actúen efectivamente y, en algunos casos, puede mitigar los efectos colaterales del medicamento. También se debe educar a la mujer embarazada sobre la importancia de seguir las precauciones de inocuidad del agua y los alimentos para evitar infecciones y contaminación (véase **anexo V**).

Varios estudios han revelado que, cuando las mujeres sufren de carencia de vitamina A durante el embarazo, aumentan las probabilidades de transmisión del VIH al bebé, mortalidad infantil y retraso del crecimiento (en talla y peso) en los hijos. Comer alimentos ricos en vitamina A (por ej., verduras de hojas verdes, zanahorias, hortalizas amarillas, pimientos rojos y chiles, mangos, papayas, melones, huevos, hígado de pollo y otros animales, riñón y productos lácteos) y tomar suplementos puede ayudar a reducir la transmisión del VIH de la madre a su hijo. Debido a que el exceso de vitamina A puede ser tóxico, se recomienda la administración de suplementos con beta-caroteno (precursor de dicha vitamina).

Un estudio reciente también ha revelado que tomar un preparado multivitamínico durante el embarazo disminuye los problemas al nacer. Las mujeres embarazadas infectadas por el VIH-1 que tomaron un preparado multivitamínico entre las semanas 12 y 27 de la gestación tuvieron mejores resultados del embarazo y mayores recuentos de linfocitos CD4+, en comparación con las mujeres que no tomaron vitaminas o sólo tomaron suplementos de vitamina A. Sin embargo, este estudio no examinó el efecto de los multivitamínicos en la transmisión del VIH de la madre al hijo.

Lactancia materna

Para la mujer que no está infectada por el VIH o que no conoce su estado en relación con el VIH (es decir, todavía no se ha hecho la prueba), la lactancia materna es la mejor opción para alimentar a su hijo. La lactancia materna proporciona muchos beneficios a la madre y al bebé:

- protege a los bebés contra infecciones respiratorias e intestinales, alergias y diarrea debido a las propiedades antiinfecciosas de la leche materna;
- proporciona nutrientes y anticuerpos importantes;
- reduce el riesgo de hemorragia puerperal;

- mejora la salud física y emocional de la madre y del bebé;
- promueve el espaciamiento de los nacimientos;
- promueve el desarrollo sano de dientes, mandíbulas y el habla.

Sin embargo, se debe aconsejar a las mujeres embarazadas con infección por el VIH comprobada sobre la conveniencia de no amamantar a sus hijos, a fin de reducir el riesgo de transmisión del VIH. Se les debe ofrecer orientación sobre los posibles riesgos y beneficios de amamantar y las opciones de alimentación (preparación láctea para bebés, leche en polvo y leche evaporada, leche de animales modificada, leche materna tratada térmicamente). Se debe aconsejar tanto a la mujer como a su pareja sobre las prácticas de higiene y las técnicas apropiadas para mezclar el alimento del bebé, y enseñarles, además, a usar tazas para alimentarlo.

Para lograr beneficios nutricionales suficientes, es necesario proporcionar a la madre sucedáneos de la leche materna en forma continua durante un mínimo de 6 meses. La provisión de alimentos sucedáneos debe estar vinculada a las visitas de seguimiento de los trabajadores de salud para vigilar la salud y el crecimiento del bebé (en condiciones ideales, a intervalos de 2 a 4 semanas). Como mínimo deben prestarse servicios de seguimiento a esos niños hasta los 18 meses de edad.

Recomendaciones de la OPS/OMS para los trabajadores de salud sobre la infección por el VIH y la alimentación del bebé

- A la mujer que no conoce su estado serológico se le debe informar de la necesidad de recibir orientación y someterse a la prueba del VIH para determinar si es o no seropositiva. La mujer no puede tomar decisiones fundamentadas sobre la alimentación del bebé si no conoce su estado serológico.
- A la mujer que sabe que no está infectada por el VIH se le debe informar de la conveniencia de amamantar.
- La mujer que sabe que está infectada por el VIH debe recibir orientación sobre métodos alternativos de alimentación. La orientación debe incluir los posibles riesgos y beneficios de la lactancia materna y de los sucedáneos de la leche materna, además de una evaluación de la posibilidad de la madre de obtener alimentos sucedáneos. Son barreras posibles la falta de disponibilidad, costo elevado, abastecimiento de agua contaminado e higiene deficiente.

En todos los casos, la mujer embarazada necesita información y educación apropiadas para determinar la mejor estrategia de alimentación para su hijo. Todas las mujeres deben recibir apoyo para decidir el método de alimentación del bebé, ya sea que decidan amamantar o no.

Manejo durante el parto

Los trabajadores de salud deben observar las precauciones universales con respecto a los fluidos orgánicos (líquidos corporales) (véase el **anexo VI**). Se deben usar guantes en todo momento, y cubrir todas las heridas abiertas, llagas y cortes en las manos y brazos.

El uso de electrodos en el cuero cabelludo o la obtención de muestras del cuero cabelludo del feto durante el trabajo de parto y el nacimiento debe evitarse, a menos que sea absolutamente necesario. También debe evitarse la rotura prolongada de membranas. Si las membranas se rompen, se debe iniciar la terapia intravenosa con zidovudina (AZT) y facilitar el parto.

Operación cesárea electiva

En general, la operación cesárea debe practicarse únicamente cuando esté indicada por razones obstétricas. Sin embargo, estudios recientes han revelado que la cesárea *electiva* antes de comenzar el trabajo de parto puede disminuir el riesgo de transmisión del VIH de la madre al recién nacido.

Un estudio de grandes dimensiones ha revelado que la mujer embarazada infectada por el VIH puede reducir el riesgo de transmitir el virus a su hijo si tiene una cesárea electiva; es decir, antes de comenzar el trabajo de parto y antes de que se rompan las membranas. Es importante señalar que este estudio no incluyó a mujeres infectadas por el VIH que estaban amamantando.

El estudio determinó que la probabilidad de transmisión del VIH de la madre al hijo se redujo en aproximadamente 50% en los niños cuyas madres se sometieron a cesárea electiva. Este resultado fue uniforme cuando se tuvieron en cuenta los siguientes factores: peso del bebé al nacer, estadio de la enfermedad relacionada con el VIH de la madre y administración de medicamentos antirretrovíricos a la madre y al niño.

En el grupo de las mujeres que no recibió zidovudina (AZT) ni otros antirretrovíricos durante el embarazo y el trabajo de parto, y cuyos hijos no recibieron dichos medicamentos durante las primeras semanas de vida, 10,4% de las sometidas a cesárea electiva transmitieron el virus a sus hijos, en comparación con 19% en las mujeres que dieron a luz de otra forma.

En el grupo de las mujeres que recibió ARV durante el embarazo y el trabajo de parto y cuyos hijos recibieron medicamentos durante las primeras semanas de vida, 2,0% de las sometidas a cesárea electiva transmitieron el virus a sus hijos, en comparación con 7,3% de las que dieron a luz por otro medio.

Sin embargo, el beneficio potencial del nacimiento por cesárea en la reducción de la transmisión del VIH debe ser evaluado teniendo en cuenta la posibilidad de un mayor número de infecciones posoperatorias, otras complicaciones en las mujeres infectadas por el VIH y el costo. **En todos los casos**, la mujer necesita recibir orientación sobre los posibles riesgos y beneficios asociados con la cesárea electiva a fin de que pueda adoptar una decisión fundamentada sobre dicha operación como una opción preventiva.

Lavado vaginal

Se están realizando varios estudios sobre el potencial del lavado vaginal para prevenir la transmisión perinatal del VIH. Varios estudios han revelado que la limpieza del conducto del parto con clorhexidina en el momento del parto produce resultados favorables, independientemente de que la mujer esté o no aquejada por la infección por el VIH/SIDA.

Aunque la intervención no disminuye significativamente la transmisión perinatal del VIH, se ha demostrado que sí la disminuye cuando las membranas han estado rotas por más de 4 horas (de 38,8% a 24,4%).

En el momento del ingreso de la parturienta, el conducto del parto se limpia manualmente con gasa de algodón remojada en solución de clorhexidina al 0,25%, procedimiento que se repite cada cuatro horas hasta el momento del parto. El lavado vaginal con clorhexidina se asocia con los siguientes beneficios sanitarios:

- menos ingresos de bebés al hospital debido a problemas neonatales;

- una tasa inferior de infecciones puerperales en la mujer, independientemente de su estado serológico con respecto al VIH;
- una estancia hospitalaria más breve de la mujer después del parto.

11.0 PROBLEMAS ESPECIALES QUE PLANTEAN LOS NIÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA

La infección por el VIH/SIDA es más difícil de diagnosticar correctamente en los niños porque los anticuerpos maternos contra el VIH pasan a través de la placenta a prácticamente todos los bebés nacidos de mujeres infectadas por el VIH. Por consiguiente, la presencia de anticuerpos en el bebé no necesariamente indica infección por este virus.

Los anticuerpos maternos pueden persistir en el niño durante 15 a 18 meses (la media de la edad en el momento de la serorreversión es de 10 meses). Por lo tanto, en algunos casos, según el tipo de método de prueba usado^{6, 7}, pueden pasar 15 meses antes de que el estado serológico del niño se determine con certeza. Para los padres, esta espera puede ser un período de gran carga emocional. Es importante reiterar a los padres que, aunque el niño esté infectado, puede disfrutar muchos años de vida y puede lograrse que esos años se vivan en la forma más sana y plena posible.

Los bebés que están infectados por el VIH en general presentan los síntomas del SIDA más rápidamente que los adultos. Esto se debe a que su sistema inmunitario está menos desarrollado y, por lo tanto, no puede resistir el VIH ni combatir las infecciones oportunistas tan eficazmente como los adultos. A menudo, estos niños presentan fiebre, diarrea y tos, infecciones del oído y la garganta y no aumentan de peso en forma adecuada; no obstante, estos son síntomas comunes que pueden tener otras causas. Para vigilar el crecimiento de un niño, los trabajadores de salud deben hacerle seguimiento durante un mínimo de 18 meses, especialmente del estado de nutrición y las enfermedades propias de la niñez.

⁶ Por razones de costo, la prueba de ELISA se usa más comúnmente para determinar el estado serológico. Usando este método, se necesitan por lo general de 9 a 12 meses para determinar el estado de infección.

⁷ La prueba de la reacción en cadena de la polimerasa (RCP) puede determinar con mayor rapidez el estado de infección por el VIH en un niño, pero es más cara. Para descartar la infección, es necesario realizar una prueba de RCP cada 3 meses hasta un plazo de 2 años, si fuera necesario. Dos resultados negativos sucesivos de la RCP indican que el niño no está infectado (tasa de exactitud de 99,9%).

Las madres, los padres y los prestadores de atención deben recibir información sobre la infección por el VIH/SIDA en los niños para entender los hechos. Además, necesitan apoyo para ayudarlos a pasar por este momento de incertidumbre, concentrándose en la vida y la salud del niño y no en el temor de la enfermedad o la muerte.

Calendario de vacunación

Todos los bebés, incluidos los aquejados por la infección por el VIH/SIDA, deben recibir las vacunas regulares contra la difteria, tos ferina, tétanos (vacuna DPT triple), poliomielitis y sarampión, lo que debe hacerse de acuerdo con los esquemas de vacunación del país. En muchos países, la vacuna BCG se administra a todos los bebés al nacer para prevenir la tuberculosis. Sin embargo, cuando un bebé tiene síntomas clínicos del SIDA, como falta de desarrollo e infecciones frecuentes, no debe recibir la BCG, ya que se trata de una vacuna atenuada viva. El niño debe, no obstante, recibir todas las otras vacunas.

Infecciones comunes

Evitar infecciones comunes es muy importante para todos los individuos con infección por el VIH/SIDA. Sin embargo, evitar que los niños con SIDA contraigan otras infecciones es más difícil que proteger a los adultos, porque los niños tienden a llevarse cosas a la boca y están expuestos a más enfermedades que son nuevas para ellos. A medida que los niños crecen, necesitarán aprender cómo tomar medidas preventivas, por ejemplo, lavarse las manos después de ir al baño o la letrina y antes de comer.

Es recomendable que una familia con un niño infectado por el VIH acuda al mismo establecimiento de salud para recibir las vacunas y tratamiento de las enfermedades propias de la infancia y de los síntomas del SIDA. De esta manera, los trabajadores de salud tendrán una historia clínica más completa del niño lo que permitirá una mejor atención.

Vida diaria normal

Muchos de los niños infectados por el VIH pasarán meses o años de vida sin presentar síntomas. Es importante reiterar este hecho a los padres y los prestadores de asistencia del niño, ya que debe tratarse por todos los medios de ayudarlo a llevar una vida normal en la medida de lo posible. Esto incluye dejarlo jugar con otros niños. El VIH no puede ser transmitido por la orina, saliva, heces ni vómito del niño, y un niño infectado por el VIH no puede infectar a otros jugando o compartiendo juguetes. El niño debe ir a la escuela como de costumbre, salvo cuando haya un brote de infección entre sus compañeros, pues en ese caso corre el riesgo de enfermarse.

12.0 CONCLUSIONES

El tratamiento de la mujer con infección por el VIH/SIDA requiere que el trabajador de salud preste atención especial a los factores que pueden incidir en la eficacia de los métodos de prevención, tratamiento y atención. La mujer es más vulnerable que el hombre a contraer la infección por el VIH, debido a varios factores: aspectos biológicos específicos, limitaciones sociales, circunstancias económicas, barreras culturales y accesibilidad y calidad de la atención de salud. Los trabajadores de salud deben tener en cuenta el efecto de estos factores a fin de formular estrategias apropiadas de atención.

Para satisfacer eficazmente las necesidades de la mujer infectada por el VIH, es necesario un enfoque integral de atención que reconozca la evolución clínica especial de la infección por el VIH en la mujer, aborde sus necesidades emocionales y ofrezca diversas opciones de atención. Los trabajadores de salud deben proporcionar educación, orientación, atención de enfermería y apoyo social a la mujer infectada por el VIH/SIDA y a su familia. La mujer debe recibir información, conocimientos y habilidades para tomar decisiones fundamentadas y medidas apropiadas de prevención y protección de la infección del VIH.

13.0 REFERENCIAS

Visión general

Bamberger, J.D., Walso, C.R., Gerberding, J.L., & Katz, M.H. (1999). Postexposure Prophylaxis for Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection Following Sexual Assault. *American Journal of Medicine*, 106 (3), 323-326.

CDC (1997). *Strategies for Preventing HIV in Women*. CDC, Atlanta.

Family Health International (1995). The Female Condom: Controlled by Women. *Network*, 16 (1). United Nations Population Information Network (POPIN).

Foreman, M. (ed.) (1998). *AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility?* Panos Institute/Zed, London.

Frye Helzer, J. (1996). Men's Involvement in Family Planning. *Reproductive Health Matters*, 7, London.

Hamblin, J., & Reid, E. (1991). *Women, the HIV Epidemic and Human Rights: A Tragic Imperative*. UNDP, New York.

Harvard AIDS Institute (1999, Spring). Women and AIDS. *Harvard AIDS Review*. Harvard AIDS Institute, Boston.

Larkin, J., Ison, M.G., Toney, J., & Brokamp, K. (1996). HIV in Women: Recognizing the Signs. *Medscape Women's Health*, 1 (11).

Maiman, M., Fruchter, R.G., & Clark, M. (1997). Cervical Cancer as an AIDS-defining Illness. *Obstetrics and Gynecology*, 89 (1), 76-80.

Mane, P., Rao Gupta, G., & Weiss, E. (1994). Effective Communication between Partners: AIDS and Risk Reduction for Women. *AIDS*, 8 (suppl 1), S325-S331.

Nelson, A. (1999). Polyurethane condom fails more often than latex equivalent. *Family Planning Perspectives*, 31, 81-87.

OPS (1999). *¡Hablemos de salud sexual! Manual para profesionales de atención primaria de la salud: Información, herramientas educativas y recursos*. OPS, Washington, DC.

OPS (1999). *Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA*. OPS, Washington, DC.

Panos Dossier (1990). *Triple Jeopardy: Women and AIDS*. Panos Institute, London.

Retzlaff, C. (1999, March). The Ninth International Nursing Conference on Ending Violence Against Women. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 41-45.

Tanfer, K., & Aral, S.O. (1996). Sexual Intercourse during Menstruation and Self-reported Sexually Transmitted Disease History among Women. *Sexually Transmitted Diseases*, 23 (5), 395-401.

UNAIDS (1997). The Female Condom and AIDS: UNAIDS Point of View. *UNAIDS Best Practice Collection*. UNAIDS, Geneva.

UNAIDS (1997). Women and AIDS: UNAIDS Point of View. *UNAIDS Best Practice Collection*. UNAIDS, Geneva.

UNAIDS (1997). Counselling and HIV/AIDS: UNAIDS Technical Update. *UNAIDS Best Practice Collection*. UNAIDS, Geneva.

UNAIDS (1998). Gender and HIV/AIDS: UNAIDS Technical Update. *UNAIDS Best Practice Collection*. UNAIDS, Geneva.

UNAIDS (1999). Gender and HIV/AIDS: Taking Stock of Research and Programmes. *UNAIDS Best Practice Collection*. UNAIDS, Geneva.

UNAIDS (1999). AIDS 5 years since ICPD: Emerging Issues and Challenges for Women, Young People & Infants. *UNAIDS Discussion Document*. UNAIDS, Geneva.

USAID/FHI (1998). *A Dialogue Between the Sexes: Men, Women and AIDS Prevention*. AIDSCAP Project, North Carolina.

Van Praag, E., & Tarantola, D. (1999, Draft). *Operational Approaches to the Evaluation of Major Program Components in Care Programs for People Living with HIV/AIDS*. WHO, Geneva.

Weiss, E., & Rao Gupta, G. (1998). *Bridging the Gap: Addressing Gender and Sexuality in HIV Prevention*. International Center for Research on Women, Washington, DC.

WHO (1995). *Provision of HIV/AIDS Care in Resource-Constrained Settings*. WHO, Geneva.

WHO (1996). *Handbook on AIDS Home Care*. World Health Organization, Geneva.

WHO/UNAIDS (1997). *The Female Condom: An Information Pack*. WHO, Geneva.

Embarazo y transmisión maternoinfantil del VIH

Bigger, R.J., Miotti, P.G., Taha, T.E., et al. (1996). Perinatal Intervention Trial in Africa: Effect of a Birth Canal Cleansing Intervention to Prevent HIV-1 Transmission. *The Lancet*, 347, 1647-1650.

Connor, E.M., Sperling, R.S., Gelber, R., et al. (1994). Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment. *New England Journal of Medicine*, 331, 1173-1180.

Culnane, M., Fowler, M., Lee, S.S., et al. (1999). Lack of Long-term Effects of In Utero Exposure to Zidovudine among Uninfected Children born to HIV-Infected Women: Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 219/076 Teams. *Journal of American Medical Association*, 281 (2), 151-157.

Diaz, C., Hanson, C., Cooper, E.R., et al. (1998). Disease Progression in a Cohort of Infants with Vertically Acquired HIV Infection Observed from Birth: the Women and Infants Transmission Study (WITS). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 18 (3), 221-228.

Dunn, D.T., Tess, B.H., Rodrigues, L.C., & Ades, A.E. (1998). Mother-to-child Transmission of HIV: Implications of Variation in Maternal Infectivity. *AIDS*, 12 (16), 2211-2216.

Ekpini, E.R., Wiktor, S.Z., Satten, G.A., et al. (1997). Late Postnatal Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire. *The Lancet*, 349, (9058), 1054-1059.

Fawzi, W.W., Msamanga, G.I., Spiegelman, D., et al. (1998). Randomized Trial of Effects of Vitamin Supplementation on Pregnancy Outcomes and T cell counts in HIV-1 Infected Women in Tanzania. *The Lancet*, 351, 1477-1482.

Izazola, J. A. (1998). Recommendations from 11 Latinamerican AIDS Programs to Prevent HIV Transmission through Breastfeeding. *Abstract, XII International Conference on AIDS*, Geneva.

Kreiss, J. (1997). Breastfeeding and Vertical Transmission of HIV-1. *Acta Paediatrica. Supplement*, 421, 113-117.

Leroy, V., Newell, M.L., Dabis, F., et al. (1998). International Multicentre Pooled Analysis of Late Postnatal Mother-to-child Transmission of HIV-1 Infection. Ghent International Working Group on Mother-to-child Transmission of HIV. *The Lancet*, 352 (9134), 597-600.

Lewis, P. (1998). Breast Milk Confirmed as Source of Vertical HIV-1 Transmission. *Journal of Infectious Diseases*, 177, 34-39.

Lutz-Freidrich, R., Buchholz, B., Klarmann, D., et al. (1998). Combining Zidovudine Treatment and Elective Cesarean Section Reduces the Vertical Transmission of HIV-1 below 3% in the German Perinatal Cohorts. *Abstract no. 23291, XII International Conference on AIDS*, Geneva.

MacDougall, D.S. (1997). Global Strategies for the Prevention of Vertical HIV Transmission. *Journal of International Association of Physicians in AIDS Care*, 3 (12), 18-27.

Martorell, R., & Ramakrishnan, U. (1995). Editorial: Vitamin A Supplementation and Morbidity in Children Born to HIV-Infected Women. *American Journal of Public Health*, 85 (8), 1049-1051.

Mofenson, L.M. (1999). Short-course Zidovudine for Prevention of Perinatal Infection. *The Lancet*, 353 (9155), 766-767.

Newman, J. (1995). How Breast Milk Protects Newborns. *Scientific American*, 276 (6), 76.

Nicoll, A., Newell, M.L., van Praag, E., Van de Perre, P., & Peckham, C. (1995). Infant Feeding Policy and Practice in the Presence of HIV-1 Infection. *AIDS*, 9, 107-119.

O'Shea, S., Newell, M.L., Dunn, D.T., et al. (1998). Maternal Viral Load, CD4+ Cell Count and Vertical HIV Transmission of HIV-1. *Journal of Medical Virology*, 54 (2), 113-117.

Rouse, D.J., Hauth, J.C., Andrews, W.W., Mills, B.B., & Maher, J.E. (1997). Chlorhexidine Vaginal Irrigation for the Prevention of Peripartur Infection: A Placebo-controlled Randomized Clinical Trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176, 617-622.

Semba, R.D., Miotti, P.G., Chiphangwi, J.D., et al. (1995). Maternal Vitamin A Deficiency and Mother-to-child transmission of HIV-1. *The Lancet*, 343 (8913), 1593-1597.

Shaffer, N., Chuachoowong, R., Mock, P.A., et al. (1999). Short-course Zidovudine for Perinatal HIV-1 Transmission in Bangkok, Thailand: A Randomized Controlled Trial. *The Lancet*, 353 (9155), 773-780.

Tess, B.H., Rodrigues, L.C., Newell, M.L., Dunn, D.T., & Lago, T.D. (1998). Infant Feeding and Risk of Mother-to-child Transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil: Sao Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 19, (2), 189-194.

Tess, B.H., Rodrigues, L.C., Newell, M.L., Dunn, D.T., & Lago, T.D. (1998). Breastfeeding, Genetic, Obstetric and other Factors Associated with Mother-to-child Transmission in Sao Paulo State, Brazil: Sao Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. *AIDS*, 12 (5), 513-520.

The International Perinatal HIV Group (1999). The Mode of Delivery and the Risk of Vertical Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1: A Meta-analysis of 15 Prospective Cohort Studies. *The New England Journal of Medicine*, 340 (13), 977-987.

UNAIDS (1997). Mother-to-Child Transmission of HIV: UNAIDS Technical Update. *UNAIDS Best Practices Collection*. UNAIDS, Geneva.

UNAIDS (1999, February 1). Early Data from Mother-to-child HIV Transmission Study in Africa finds Shortest Effective Regimen Ever. *UNAIDS Press Release*, Geneva.

van Praag, E., & Tarantola, D. (1999, Draft). *Operational Approaches to the Evaluation of Major Program Components in Care Programs for Persons Living with HIV/AIDS*. WHO, Geneva.

WHO (1998). Recommendations on the Safe and Effective Use of Short-course ZDV for Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV. *Weekly Epidemiological Record*, 73 (41), 313-320.

WHO/UNAIDS/UNICEF (1998). *HIV and Infant Feeding: A Guide for Health Care Managers and Supervisors*. WHO, Geneva.

WHO/UNAIDS/UNICEF (1998). *HIV and Infant Feeding: Guidelines for Decision-makers*. WHO, Geneva.

WHO (1998). *HIV in Pregnancy: A Review*. World Health Organization, Geneva.

Wiktor, S.Z., Ekpini, E., Karon, J.M., et al. (1999). Short-course Oral Zidovudine for Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire: A Randomized Trial. *The Lancet*, 353 (9155), 781-785.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ARV	terapia antirretrovírica combinada
EPI	enfermedad pelviana inflamatoria
ITS	infecciones de transmisión sexual
PVH	papilomavirus humano
RCP	prueba de reacción en cadena de la polimerasa
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VHS	virus de herpes simple
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

ANEXO I: Examen del riesgo que representan diversas actividades sexuales

Actividades sexuales sin riesgo

Al practicar las siguientes actividades, la sangre, semen y secreciones vaginales no entran en contacto con la sangre ni las mucosas de la mujer, lo cual previene la transmisión del VIH:

- masturbación
- masaje
- frotamientos
- abrazos
- manoseo.

Actividades sexuales de bajo riesgo

Debido a que un número pequeño de personas ha contraído la infección por el VIH mediante estas actividades, se considera que representan bajo riesgo:

- sexo oral (sin ingreso de secreciones vaginales, sangre ni semen en la boca)
- besos "húmedos" y profundos (con la lengua).

Actividades sexuales de alto riesgo

El ejercicio de las siguientes actividades es un riesgo definitivo:

- sexo anal
- sexo vaginal
- cualquier actividad sexual que cause hemorragia
- secreciones vaginales, semen o sangre en la boca durante el sexo oral

**ANEXO II:
Manifestaciones clínicas
que puede presentar la
mujer infectada por el VIH**

Manifestaciones clínicas del VIH en la mujer

- La lengua o la boca se revisten de una capa gruesa y blanquizca (candidiasis bucal) debido a una infección por levadura; a veces acompañada de dolor de garganta
- Infecciones vaginales por levaduras graves o recurrentes
- Enfermedad pélvica inflamatoria crónica (EPI)
- Cambios marcados en los patrones de la menstruación
- Períodos de fatiga extrema sin causa aparente que pueden acompañarse de cefaleas o mareo
- Pérdida rápida de más de 5 kilos de peso no atribuibles a mayor ejercicio físico o menor consumo de alimentos
- Erupciones cutáneas (sarpullido) recurrentes o inusuales
- Formación de hematomas con mayor facilidad de lo normal
- Episodios prolongados de diarrea
- Fiebres o sudores nocturnos recurrentes
- Edema o endurecimiento de los ganglios linfáticos de la garganta, la axila o la ingle
- Períodos de tos continua, intensa y seca
- Disnea en aumento

- Aparición de excrecencias pigmentadas o de color morado en la piel o dentro de la boca
- Hemorragia sin causa aparente de las excrecencias en la piel, las mucosas o cualquier abertura natural del cuerpo
- Adormecimiento o dolor intenso en las manos o los pies, pérdida del control muscular y reflejos, parálisis o pérdida de la fuerza muscular
- Trastornos de la conciencia, cambio de personalidad o deterioro mental

ANEXO III: Medidas de higiene

Higiene personal

Es importante que la mujer mantenga su higiene personal bañándose y cepillándose los dientes todos los días, y cambiándose la ropa. La mujer debe mantenerse limpia durante la menstruación usando paños (toallas higiénicas) limpios y aseándose los genitales para prevenir infecciones de la vagina y la matriz. Las toallas higiénicas deben cambiarse con frecuencia durante la menstruación.

Higiene general

No hay ningún riesgo de contraer la infección por el VIH de las personas infectadas (o personas con SIDA) en la casa, siempre que se tomen ciertas precauciones. A quienes ayudan en el hogar se les debe pedir que observen estas reglas básicas:

- Lavarse las manos con agua y jabón después de cambiar las sábanas y la ropa sucia, y después de tener contacto con fluidos orgánicos (líquidos corporales).
- Cubrirse las heridas. Tanto los prestadores de asistencia como las personas infectadas por el VIH/SIDA deben cubrirse cualquier herida abierta en las manos u otros lugares que puedan tener contacto con otras personas o con la ropa (incluida la de la cama). Cubrir las heridas abiertas con una venda o tela.
- Si se derrama sangre de una persona infectada, debe limpiarse de inmediato con un desinfectante, por ejemplo, blanqueador o lejía (solución al 1%). Deben usarse guantes domésticos de goma; de no contar con guantes, deben cubrirse las manos con bolsas de papel o poliuretano (plástico). Siempre deben lavarse las manos después con agua y jabón.
- Usar un pedazo de plástico o papel, guantes o periódico para tocar los objetos sucios.
- Mantener la ropa de cama y la vestimenta limpias; esto ayudará a mantener al enfermo cómodo y evitar problemas de la piel.

- Si se siguen las dos primeras reglas, el riesgo de transmisión por medio de contacto con la ropa o las sábanas sucias es muy bajo. Para lavar la ropa o las sábanas manchadas con sangre (incluida la sangre menstrual), diarrea u otros fluidos orgánicos:
 - Separar la ropa manchada del resto de la ropa para lavar en la casa.
 - Eliminar bajo el chorro del agua el exceso de sangre o heces, sosteniendo la prenda por una parte que no esté manchada. Tener especial cuidado si hay grandes cantidades de sangre, como podría suceder después del parto. Si fuera posible, la ropa con manchas de sangre debe remojarse en una solución de blanqueador durante veinte minutos.
 - Lavar las prendas con agua con jabón, colgarlas a secar y doblarlas o plancharlas como se hace normalmente.
- No se deben compartir instrumentos afilados que perforen la piel, ni cepillos de dientes, máquinas de afeitar, agujas u otro elemento que puedan cortar o entrar en contacto con la sangre.

Cómo evitar otras infecciones

Las personas con infección por el VIH/SIDA tienen un sistema inmunitario deprimido y, por lo tanto, su resistencia para combatir infecciones es débil. Cada infección que contraen debilita aún más su sistema inmunitario. Procurar una higiene adecuada (aseo) en el hogar es importante para proteger contra infecciones y enfermedades como la diarrea y las infecciones respiratorias. Sin embargo, dado que en el cuerpo de por sí viven tantos microorganismos causantes de infecciones oportunistas, no es necesario evitar el contacto con personas sanas.

El siguiente recuadro contiene información sobre las medidas que se pueden tomar en la casa para proteger a todos (incluida la persona con SIDA) de las infecciones comunes.

MEDIDAS DE HIGIENE

Siempre lavarse las manos antes de:

- cocinar
- comer
- alimentar a otra persona
- administrar un medicamento
- atender a un bebé.

Siempre lavarse las manos después de:

- usar un inodoro
- cambiar pañales
- atender a un animal doméstico
- trabajar.

Otras medidas de higiene:

- lavar los utensilios de cocina, inclusive los de los bebés, con agua y jabón
- lavar frutas y verduras minuciosamente y remojarlas en una pileta llena de agua (preferentemente hervida) con una cucharadita de yodo agregado para reducir al mínimo (matar) cualquier bacteria superficial (véase **apéndice 5**)
- pelar las frutas y verduras antes de comerlas
- cubrir los alimentos para evitar el contacto con insectos
- lavar con agua limpia y jabón los objetos que un niño o bebé se lleva con frecuencia a la boca
- almacenar los alimentos adecuadamente para evitar que se deterioren y causen infecciones
- obtener el agua para beber de una fuente segura
- almacenar el agua en un envase limpio, cubrirlo con una tapa limpia y usar un cucharón para sacar el agua
- lavar las sábanas, toallas y ropa con agua y jabón
- mantener la casa y los alrededores limpios para que no se reproduzcan las moscas o mosquitos
- cubrirse la boca al toser o estornudar
- evitar escupir o siempre escupir en un recipiente, no en el suelo
- besar a los bebés en la frente o la mejilla, no en los labios
- eliminar los desechos adecuadamente:
 - poner los artículos sucios —como pañales, pañuelos de papel usados, otros objetos sucios y desechos domésticos— fuera del alcance de los niños.

Dejarlos en un envase que sea difícil de abrir hasta que se puedan lavar o desechar adecuadamente

- usar una letrina de fosa, quemar o enterrar la basura
- usar una letrina para evacuar, a fin de evitar que las moscas se reproduzcan e impedir que las fuentes de agua limpia se contaminen;
- eliminar el agua de desecho en forma eficiente para evitar que los mosquitos se reproduzcan usando un drenaje adecuado o construyendo fosas de remojo

**ANEXO IV:
Atención de la mujer
embarazada, el feto y
el recién nacido**

Atención prenatal

Se debe aconsejar a la mujer con infección por el VIH/SIDA que observe las siguientes recomendaciones generales para todas las mujeres embarazadas:

- Tomar únicamente los medicamentos prescritos por el trabajador de salud. Algunos medicamentos pueden ser nocivos tanto para la madre como para el feto, por lo cual es mejor no correr ningún riesgo.
- Comer bien, por ella misma y por el feto. En particular, consumir alimentos ricos en vitamina A.
- Tomar diariamente suplementos de hierro y ácido fólico. Ello es importante para prevenir la anemia tanto de la madre como del niño. La anemia causa complicaciones tales como hemorragias intensas después del parto, lo cual puede requerir transfusiones de sangre.
- Si fuera posible, no levantar objetos pesados ni hacer trabajos pesados, ya que ello puede desencadenar el trabajo de parto en forma prematura y aumentar la fatiga.
- Practicar hábitos de higiene (véase el **anexo III**). Otras medidas para evitar una infección incluyen la adopción de las medidas universales de precaución (véase el **anexo VI**).
- Practicar actividades sexuales sin riesgo durante todo el embarazo. Ello protegerá tanto a la mujer como al feto de la posibilidad de contraer otras infecciones.
- Visitar un centro de salud o consultorio al menos tres veces durante el embarazo para verificar que ella esté sana y el feto esté creciendo adecuadamente.
- Obtener la inmunización correspondiente contra el tétanos para proteger a la madre y al bebé (dos dosis si no ha sido inmunizada antes, y una dosis si fue vacunada en los últimos cinco años).

Trabajo de parto y nacimiento

Siempre que sea posible, debe alentarse a la madre con infección por el VIH/SIDA a que dé a luz en un centro de salud u hospital. De lo contrario, debe prepararse el hogar para el parto de modo que exista el menor riesgo posible para la madre, el bebé y los que ayudan con el parto (partera y asistente). Para reducir al mínimo cualquier riesgo es mejor:

- aconsejar a las personas que preparen de antemano las cosas que necesitarán para un parto sin riesgo.
- elegir otra habitación o parte de una habitación donde se atenderá el parto. El lugar debe mantenerse limpio y abrigado.
- si fuera posible, obtener un estuche desechable para la atención del parto en el centro de salud o en el comercio. El uso de un estuche desechable es importante para la prevención del tétanos y otras infecciones en el recién nacido y en la madre. El estuche debe contener un jabón para lavar las manos de la partera y los genitales de la mujer, una hoja de afeitar para cortar el cordón umbilical, dos palitos para limpiar las uñas de la partera, dos pedazos de gasa para secar el muñón del cordón, dos torundas de algodón para limpiar los ojos del bebé y tres ligaduras para atar el cordón.

Si no se consigue un estuche de parto desechable, debe obtenerse lo siguiente:

- dos hebras gruesas de hilo limpio para atar el cordón umbilical;
- una hoja de afeitar nueva para cortar el cordón;
- jabón para lavar a la madre y el bebé.

Además, deben tenerse a mano los siguientes artículos:

- guantes o bolsas de plástico para la asistente de parto y para manejar la expulsión de la placenta
- varios pedazos grandes de tela para limpiar y envolver al bebé (alrededor de 1 metro por 1,5 metro cada uno);
- trozo de plástico o tela vieja de un metro para poner debajo de la madre;
- un envase de solución antiséptica como solución de yodo o violeta de genciana;
- algodón absorbente o tela limpia para aplicar la solución antiséptica al muñón del cordón;
- un recipiente con agua limpia (hervida y enfriada) para el lavado de la madre, el bebé y las manos y brazos de la asistente;

- paños para la zona vaginal de la madre para recoger el líquido que escurre después del nacimiento; pueden hacerse con pedazos de tela de algodón vieja pero limpia;
- ropa limpia tibia para el bebé después del nacimiento;
- ropa limpia para que la madre se cambie después del parto;
- un paquete de polvo blanqueador para uso doméstico;
- un balde para preparar la solución de blanqueador.

El trabajo de parto y el nacimiento pueden entrañar bastante contacto con sangre, la cual presenta riesgo de infección por el VIH. Deben tomarse precauciones para reducir al mínimo el contacto de la sangre de la madre con el bebé y los que asisten a la madre (véase el **anexo VI**).

**ANEXO V:
“Reglas de oro” de
la OMS para la
preparación higiénica
de los alimentos**

1. Elegir alimentos tratados con fines higiénicos

Mientras que muchos alimentos están mejor en estado natural (por ejemplo, las frutas y las hortalizas), otros sólo son seguros cuando están tratados. Así, conviene siempre adquirir la leche pasteurizada en vez de cruda y, si es posible, comprar pollos (frescos o congelados) que hayan sido tratados por irradiación ionizante. Al hacer las compras hay que tener presente que los alimentos no sólo se tratan para que se conserven mejor sino también para que resulten más seguros desde el punto de vista sanitario. Algunos de los que se comen crudos, como las lechugas, deben lavarse cuidadosamente.

2. Cocinar bien los alimentos

Muchos alimentos crudos (en particular, los pollos, la carne y la leche no pasteurizada) están a menudo contaminados por agentes patógenos. Estos pueden eliminarse si se cocina bien el alimento. Ahora bien, no hay que olvidar que la temperatura aplicada debe llegar al menos a 70 °C *en toda la masa* de éste. Si el pollo asado se encuentra todavía crudo junto al hueso, habrá que meterlo de nuevo en el horno hasta que esté bien hecho. Los alimentos congelados (carne, pescado y pollo) deben descongelarse completamente antes de cocinarlos.

3. Consumir inmediatamente los alimentos cocinados

Cuando los alimentos cocinados se enfrían a la temperatura ambiente, los microbios empiezan a proliferar. Cuanto más se espera, mayor es el riesgo. Para no correr peligros inútiles, conviene comer los alimentos inmediatamente después de cocinados.

4. Guardar cuidadosamente los alimentos cocinados

Si se quiere tener en reserva alimentos cocinados o, simplemente, guardar las sobras, hay que prever su almacenamiento en condiciones de calor (cerca o por encima de 60 °C) o de frío (cerca o por debajo de 10 °C). Esta regla es vital si se pretende guardar comida durante más de cuatro o cinco horas. *En el caso de*

Anexo V

los alimentos para lactantes, lo mejor es no guardarlos ni poco ni mucho. Un error muy común al que se deben incontables casos de intoxicación alimentaria es meter en el refrigerador una cantidad excesiva de alimentos calientes. En un refrigerador abarrotado, los alimentos cocinados no se pueden enfriar por dentro tan deprisa como sería de desear. Si la parte central del alimento sigue estando caliente (a más de 10 °C) demasiado tiempo, los microbios proliferan y alcanzan rápidamente una concentración susceptible de causar enfermedades.

5. Recalentar bien los alimentos cocinados

Esta regla es la mejor medida de protección contra los microbios que puedan haber proliferado durante el almacenamiento (un almacenamiento correcto retrasa la proliferación microbiana pero no destruye los gérmenes). También en este caso, un buen recalentamiento implica que *toda las partes* del alimento alcancen al menos una temperatura de 70 °C.

6. Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados

Un alimento bien cocinado puede contaminarse si tiene el más mínimo contacto con alimentos crudos. Esta contaminación cruzada puede ser directa, como sucede cuando la carne cruda de pollo entra en contacto con alimentos cocinados. Pero también puede ser más sutil. Así, por ejemplo, no hay que preparar jamás un pollo crudo y utilizar después la misma tabla de trincar y el mismo cuchillo para cortar el ave cocida; de lo contrario, podrían reaparecer todos los posibles riegos de proliferación microbiana y de enfermedad consiguiente que había antes de cocinar el pollo.

7. Lavarse las manos a menudo

Hay que lavarse bien las manos antes de empezar a preparar los alimentos y después de cualquier interrupción (en particular, si se hace para cambiar al niño de pañales o para ir al retrete). Si se ha estado preparando ciertos alimentos crudos, tales como pescado, carne o pollo, habrá que lavarse de nuevo antes de manipular otros productos alimenticios. En caso de infección de las manos, habrá que vendarlas o recubrirlas antes de entrar en contacto con alimentos. No hay que olvidar que ciertos animales de compañía (perros, pájaros y, sobre todo, tortugas) albergan a menudo agentes patógenos peligrosos que pueden pasar a las manos de las personas y de éstas a los alimentos.

8. Mantener escrupulosamente limpia todas las superficies de la cocina

Como los alimentos se contaminan fácilmente, conviene mantener perfectamente limpias todas las superficies utilizadas para prepararlos. No hay que

olvidar que cualquier desperdicio, migaja o mancha puede ser un reservorio de gérmenes. Los paños que entren en contacto con platos o utensilios se deben cambiar cada día y hervir antes de volver a usarlos. También deben lavarse con frecuencia las bayetas utilizadas para fregar los suelos.

9. Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y otros animales

Los animales suelen transportar microorganismos patógenos que originan enfermedades alimentarias. La mejor medida de protección es guardar los alimentos en recipientes bien cerrados.

10. Utilizar agua pura

El agua pura es tan importante para preparar los alimentos como para beber. Si el suministro hídrico no inspira confianza, conviene hervir el agua antes de añadirla a los alimentos o de transformarla en hielo para refrescar las bebidas. Importa sobre todo tener cuidado con el agua utilizada para preparar la comida de los lactantes.

**ANEXO VI:
Precauciones universales**

Las precauciones universales significan tomar todas las medidas necesarias para tratar toda la sangre como si estuviera infectada por gérmenes transmitidos por la sangre, como el VIH, el virus de la hepatitis B o el de la hepatitis C. Deben tomarse precauciones básicas para evitar o impedir cualquier contacto con sangre, encontrar una barrera cuando el contacto con la sangre es inevitable y matar los gérmenes sanguíneos apropiadamente. Las siguientes son recomendaciones para el trabajador de salud, la mujer y todas las personas, a fin de reducir el riesgo de contraer la infección por el VIH y otras infecciones.

Evitar el contacto

- Evitar tocar la sangre de otra persona.
- No compartir objetos de uso personal que puedan tener sangre: cepillo de dientes, máquina de afeitar, aretes, agujas (perforaciones).

Crear barreras

- Usar guantes de látex para cambiar un pañal (con sangre visible) o curar un corte o nariz sangrante, manipular ropa, limpiar superficies manchadas con sangre y para ayudar durante un procedimiento médico o el parto cuando es posible que se entre en contacto con sangre.
- Usar una tela enrollada, toallas de papel o un pedazo de ropa para aplicar presión en un corte o sobre la nariz sangrante de un niño cuando no se dispone de guantes de látex.
- Colocar los objetos desechables manchados con sangre en una bolsa de plástico o una tela grande y atar firmemente o envolver en suficiente papel de periódico para evitar que el contenido escurra antes de colocar los objetos manchados en envases.

La eficacia de las precauciones universales dependerá en gran medida de aprender a tratar toda la sangre como si estuviera infectada; es decir, no sólo la sangre de un adulto o un niño infectado con el VIH.

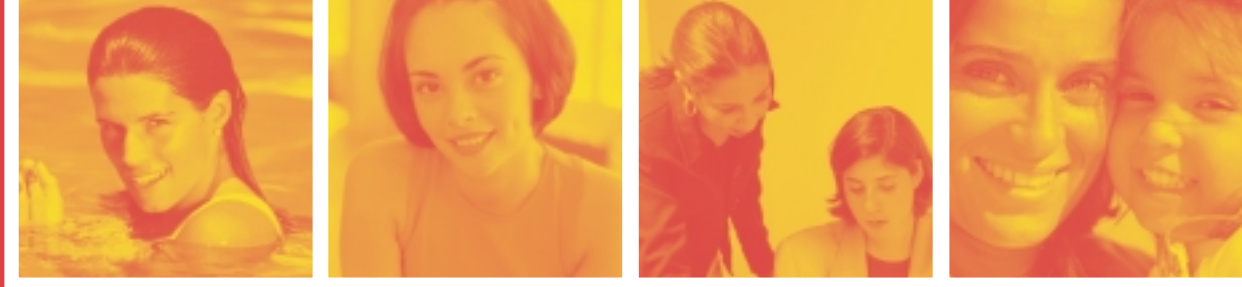
- Cubrir todos los cortes o heridas.
- No desprender las costras de una herida (evitan que salga sangre).
- Humedecerse las manos para que no se agrieten y, de esta forma, puedan entrar los gérmenes transmitidos por la sangre.

Cómo matar los gérmenes

- Absorber la sangre derramada con toallas de papel, lavar con agua y jabón, enjuagar con una solución de 1:10 (blanqueador: agua) y secar al aire.
- Enjuagar la sangre derramada en la ropa o los muebles de inmediato con agua fría o peróxido de hidrógeno, y lavar como de costumbre.

Enseñar a los niños que eviten el contacto con sangre:

- diciéndoles que no toquen la sangre de otra persona (la sangre puede contener gérmenes);
- demostrándoles cómo atender un corte o hemorragia nasal;
- desalentar los rituales en que se comparte sangre.



S
E
O



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.,
Washington, D.C. 20037
Fax: (202) 974-3695
www.paho.org



UNAIDS



AECI



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Secretaría del Plan Nacional sobre el sida