



ABORDAJE DE LA SALUD REPRODUCTIVA CON PERSONAS CON ELVIH

Orientaciones para el trabajo como Educador/a

CONTENIDOS

1.- ANTICONCEPCIÓN

- 1.1.- Métodos de barrera
- 1.2.- Espermicidas- Nonoxynol-9
- 1.3.- Anticoncepcional hormonal
- 1.4.- DIU
- 1.5.- Ligadura de trompas y vasectomía

2.- MATERNIDAD Y PATERNIDAD

- 2.1.- Fertilidad
- 2.2.- Planificación del embarazo
- 2.3.- Técnicas de reproducción asistida en personas con infección por el VIH
- 2.4.- Embarazo

3.- REFERENCIAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **salud reproductiva** como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (1). Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos, es decir, sin discapacidad alguna.

1.- ANTICONCEPCIÓN

1.1.- Métodos de barrera

- **Preservativo masculino**

Estudios de laboratorio indican que los preservativos de látex constituyen una barrera física efectiva que impide el paso de microorganismos u otras partículas del tamaño del virus. Protegen frente a la transmisión del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados. Las posibles roturas y deslizamientos del preservativo se deben más a fallos de la persona usuaria que al producto en sí. Es importante respetar la fecha de caducidad, que esté homologado, no guardarlos en sitios que tengan temperaturas elevadas y vigilar no romperlo al abrir el envoltorio. También existen preservativos de poliuretano para personas alérgicas al látex. En el caso de usar lubricantes, deben ser siempre lubricantes de base acuosa. No se deben utilizar aceites grasos como lubricación (vaselina, cremas o lociones corporales).

- **Preservativo femenino**

Es un método de prevención alternativo al preservativo masculino, que protege frente a los embarazos no planificados, la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Consiste en una funda transparente de nitrilo, con dos anillos flexibles en ambos extremos, uno en el interior que permite la colocación dentro de la vagina y otro de un diámetro más grande que permanecerá en el exterior de la vagina cubriendo los genitales externos de la mujer.

Este método puede aportar a un número considerable de mujeres un grado de autonomía mayor que el preservativo masculino y por tanto, contribuir a aumentar el control que tienen de su fertilidad y su sexualidad.

- **Diafragma**

Es una caperuza que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo el cuello del útero, impidiendo el paso de los espermatozoides al interior del útero. No se recomienda su uso por su menor eficacia respecto a otros métodos anticonceptivos y por su falta de protección frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

1.2.- Espermicidas- Nonoxynol-9

No debe utilizarse ya que no ofrece protección frente a la infección por el VIH y su uso puede incrementar el riesgo de transmisión del virus debido a la disrupción epitelial de la mucosa vaginal que ocasionan (2).

1.3.- Anticoncepcional hormonal

Las mujeres con enfermedad clínica por el VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS) y las mujeres con enfermedad clínica por el VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) pueden utilizar sin restricciones los siguientes métodos anticonceptivos hormonales: anticonceptivos combinados orales, inyectables, parches y anillos anticonceptivos combinados, anticonceptivo con gestágenos oral, inyectables con gestágenos, e implantes de Levonorgestrel y de Etonogestrel (3).

La evidencia no indica relación entre el uso de anticoncepción hormonal y el ritmo de progresión del VIH (4, 5).

Revisiones recientes que sugieren que ciertos ARV (más probablemente inhibidores de la proteasa, los inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósida efavirenz y nevirapine, y elvitegravir con cobicistat) pueden reducir potencialmente la eficacia de

los anticonceptivos orales combinados y posiblemente también de los implantes anticonceptivos (6, 7).

El acetato medroxiprogesterona de depósito (anticonceptivo inyectable) y el DIU hormonal parecen mantener la eficacia anticonceptiva cuando se toma con ARV, aunque se necesitan datos adicionales (6, 7).

Las mujeres con TAR que eligen utilizar píldoras anticonceptivas orales combinadas o implantes anticonceptivos deben recibir asesoramiento sobre la eficacia potencial reducida de estos métodos cuando se usan simultáneamente con ciertos regímenes de TAR, y ofrecerles métodos alternativos para su consideración (8).

1.3.1.- Anticoncepción de emergencia (Píldora postcoital):

Consiste en la administración de 1,5 mg de Levonorgestrel (dosis única) lo antes posible y en un plazo máximo de 72 horas después de una relación sexual no protegida. No debe considerarse un método anticonceptivo en sí mismo, únicamente se ha de utilizar en caso de fallo de otro método como la rotura o deslizamiento del preservativo.

Según diversos estudios, los ARV no reducirán la eficacia de píldora postcoital porque contienen dosis más altas de hormonas que los anticonceptivos orales que se toman diariamente (9).

Pero en el 17º CROI fueron presentados datos sobre la disminución de concentraciones plasmáticas del levonorgestrel, cuando se administraba a dosis habituales en mujeres que tomaban efavirenz, limitando la eficacia de la intervención y el riesgo de embarazo no planificado. Los autores sugieren la necesidad de aumentar la dosis del levonorgestrel, aunque se desconoce la adecuada. Se carece de datos con otros ARV (10).

La anticoncepción de emergencia puede administrarse por vía vaginal si las hormonas tomadas oralmente causan náuseas y vómitos (9).

1.4.- DIU

El DIU es un objeto pequeño formado por plástico generalmente en forma de T, unos llevan cobre y otros un pequeño depósito hormonal. Se coloca dentro del útero. Actúa

de distintas formas dificultando la progresión de los espermatozoides. La duración eficaz del DIU hormonal es de cinco años, la del DIU de cobre en las mujeres jóvenes es de al menos cinco años y en las mujeres mayores de 40 años es eficaz hasta la menopausia. Debe ser colocado por el personal médico o de enfermería, después de realizar un examen de salud sexual y de haber tratado cualquier posible ITS.

La mayoría de las mujeres que viven con el VIH pueden usar un DIU, incluyendo las mujeres con sida, si están usando ARV y están bien desde el punto de vista clínico. No debe insertarse el DIU a una mujer que tenga sida y que no esté usando ARV, tampoco a una mujer con sida que esté bajo tratamiento, pero que no se sienta clínicamente bien. No hace falta retirar un DIU que ya esté insertado si una mujer se infecta con el VIH u otra ITS, o si desarrolla el sida (11).

1.5.- Ligadura de trompas y vasectomía

Consiste en cerrar el lugar de paso de los óvulos (ligadura en la mujer) y de los espermatozoides (vasectomía en el hombre).

Se trata de métodos seguros pero permanentes. Ninguno de ellos protege de la transmisión del VIH y de otras ITS.

Tanto los hombres como las mujeres con infección por el VIH pueden someterse a estas intervenciones. En los casos en los que mujeres u hombres tengan alguna enfermedad aguda relacionada con el sida se tendrá que esperar hasta que se resuelva, antes de que puedan someterse a los procedimientos clínicos (9).

TENER EN CUENTA COMO EDUCADOR/A

Es importante explicar las cosas con claridad, sin utilizar términos muy complicados, y asegurarnos que la persona que tenemos enfrente entiende los consejos y recomendaciones que le estamos dando.

Si hay alguna pregunta cuya respuesta desconocemos o tema sobre el que no tenemos información, no hay que agobiarse, no tenemos por qué tener todas las respuestas en el momento, pero sí podemos informarnos y proporcionarle la información más adelante, ya sea por teléfono, WhatsApp, en una siguiente entrevista, etc. dependiendo del tipo de consulta.

Consejo sobre anticoncepción

Aunque no seamos expertos y expertas en el tema, como educadores/as podemos realizar un proceso de acompañamiento y asesoramientos sobre las necesidades de planificación familiar, de manera que las personas con el VIH puedan empoderarse y asumir con libertad sus derechos sexuales y reproductivos y facilitar la toma de decisiones reproductivas informadas.

Es necesario tener información actualizada sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, eficaces para prevenir embarazos no planificados y asesorar sobre los riesgos y beneficios para que puedan elegir el método que mejor se adapte a sus necesidades y preferencias.

Explicar que el uso del doble método de protección, de un preservativo más un anticonceptivo, es altamente eficaz para evitar un embarazo no planificado y la transmisión de infecciones, tanto del VIH a una pareja no infectada, como de otras infecciones de transmisión sexual.

Se debe asesorar a las mujeres que viven con el VIH que ciertos regímenes de TAR pueden hacer que algunos métodos de anticoncepción hormonales sean menos eficaces.

2.- MATERNIDAD Y PATERNIDAD

2.1.- Fertilidad

La infección por el VIH puede reducir la fertilidad tanto de la mujer como del hombre, pero no causa infertilidad completa. Algunos estudios han encontrado que las mujeres que viven con el VIH tienen menores tasas de embarazo y nacimientos que las mujeres sin el VIH, aún después de ajustar los datos por factores como la edad, la lactancia, frecuencia reportada de relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos (9).

La forma en que la infección reduce la fertilidad no es clara, pero se sabe que el impacto del VIH en las tasas de embarazo es mayor en mujeres que son sintomáticas, están en una etapa avanzada de la evolución de la enfermedad, o tienen cargas virales altas. La coinfección con otras ITS como la sífilis (a la que son más susceptibles las mujeres que viven con el VIH) puede reducir aún más la fertilidad. Por ejemplo, en un estudio a gran escala en Uganda se encontró que la infección por el VIH reducía la probabilidad de embarazo en un 65%, mientras que la infección por el VIH y sífilis reducía la probabilidad de embarazo en un 72%, en comparación con las probabilidades de embarazo de mujeres sin VIH o sífilis (9).

Los hombres con infección por el VIH tienen menos espermatozoides vivos y móviles, menor eyaculación y un conteo total de esperma más bajo que los hombres que no tienen el VIH. Los conteos de esperma llegan a su nivel más bajo cuando los recuentos de células CD4+ son bajos (9).

Un estudio de cohortes muestra un mayor tiempo de infertilidad en parejas con algún miembro infectado por el VIH que acceden a técnicas de reproducción asistida (12). Por ello, el proyecto reproductivo no debería ser innecesariamente retrasado en las personas con infección estable por el VIH.

2.2.- Planificación del embarazo

Tal como se recoge en el *Documento de consenso sobre la asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH* (13), la consulta preconcepcional debe formar parte de la asistencia prenatal de todas las mujeres, independientemente de su estado de salud. Además de los principios generales de asesoramiento preconcepcional en la mujer gestante (suplementación con ácido fólico antes de la gestación, no consumir alcohol o tabaco, etc.), las mujeres con infección por el VIH deberían recibir una atención preconcepcional específica:

- Se recomienda, antes de planificar un embarazo, un control estricto de la infección; idealmente éste debería producirse una vez alcanzada, o manteniendo, una viremia indetectable, para disminuir al máximo el riesgo de transmisión vertical.
- Si la mujer planea quedarse embarazada es aconsejable, siempre que sea posible, cambiar la pauta antirretroviral a una de las recomendadas durante la gestación.
- En caso de parejas serodiscordantes que planean un embarazo se recomienda una evaluación específica por parte de una persona experta para informar de las opciones: concepción natural bajo tratamiento antirretroviral, evaluación previa de la fertilidad y técnicas de reproducción asistida.

2.3.- Técnicas de reproducción asistida en personas con infección por el VIH

2.3.1.- Reproducción natural

El riesgo de transmisión heterosexual cuando el hombre está en TAR combinado y mantiene cargas virales plasmáticas indetectables es muy bajo (14). Algunos autores proponen permitir relaciones sexuales desprotegidas durante los días fértiles de la mujer, en las parejas que cumplen los siguientes requisitos: Miembro infectado en TAR con buen cumplimiento, carga viral indetectable durante más de 6 meses, ausencia de otras infecciones de transmisión sexual y con estudio previo de fertilidad normal (12, 15, 16).

2.3.2.- Profilaxis preexposición (PrEP)

El uso de la PrEP puede ser una de varias opciones para ayudar a proteger al hombre o a la mujer que no tenga el VIH en una pareja heterosexual VIH serodiscordante, durante sus intentos por quedarse embarazados (17, 18).

La FDA ha elaborado una guía provisional sobre el uso de la profilaxis preexposición en parejas heterosexuales en la que se expone que la PrEP con tenofovir o tenofovir + emtricitabina puede ser de utilidad en aquellas parejas serodiscordantes que desean concebir (12, 17).

Tendrían que comenzar un mes antes de los intentos por concebir y continuar durante un mes después de esos intentos (19, 20).

2.3.3. - Cuando una mujer tiene el VIH y el hombre no.

Lo más habitual es la autoinseminación con el semen de la pareja. Esto no plantearía riesgo de infección por el VIH al hombre. Con el uso de una jeringa, la mujer o el hombre pueden insertar el semen en la vagina cuando sea más probable que ella esté en sus días fértiles. El éxito de la inseminación en casa no ha sido estudiado (9).

Una manera de recoger el semen es mantener relaciones sexuales con un preservativo masculino y posteriormente el semen acumulado en el preservativo transferirlo a la vagina mediante una jeringa. Si se usa esta técnica, hay que asegurarse de que el preservativo no contiene espermicida (21).

Debido a la subfertilidad en las mujeres infectadas por el VIH, es recomendable realizar previamente un estudio básico de fertilidad. En caso de infertilidad o después de la aplicación sin éxito de autoinseminaciones durante aproximadamente un año, se orientará a la pareja hacia la técnica de reproducción asistida más adecuada, con las pautas de estimulación que se consideren oportunas independientemente de la

infección por el VIH (inseminación intrauterina, fecundación in vitro, donación de ovocitos) (12).

2.3.4.- Cuando un hombre tiene el VIH y la mujer no.

El lavado de semen asociado a otras técnicas de reproducción asistida como la inseminación intrauterina o la fecundación in vitro con microinyección espermática (FIV-ICSI) en la mujer, es el método de reproducción asistida que ofrece mayor seguridad a parejas serodiscordantes en las que el hombre está infectado por el VIH.

El semen se compone de espermatozoides (células reproductoras), líquido o plasma seminal y un conjunto de células no espermáticas. Se considera que los espermatozoides, en tanto que no tienen receptores en su superficie a los que el VIH pueda acoplarse, no pueden contener virus en su interior; pese a ello, el líquido seminal sí puede contener viriones del VIH (virus libres) o partículas de éste (ADN proviral) integradas en el interior de las células no espermáticas. Generalmente, en personas que toman un tratamiento antirretroviral eficaz, existe una buena correlación entre carga viral indetectable en la sangre y en los fluidos genitales. Sin embargo, no siempre es así y varios han sido los estudios que han mostrado la presencia de VIH detectable en el semen de hombres con virus indetectable en sangre (22).

El lavado de semen consiste en aplicar a la muestra de semen un doble proceso de lavado: gradiente de densidad y *swim-up*. Estas dos técnicas se utilizan habitualmente en reproducción humana para separar y seleccionar los espermatozoides móviles aptos para fecundación. La diferencia con el lavado de semen de hombres con el VIH positivos es que se utilizan las dos técnicas de forma conjunta (23).

La muestra obtenida después del lavado es analizada, generalmente mediante la técnica PCR, para comprobar que no existe ninguna partícula viral. Si el resultado es negativo, es decir, no hay virus, esa muestra es apta para utilizarla en un tratamiento de reproducción asistida.

Otra posibilidad es la opción de acudir a un donante de esperma.

2.3.5.- Cuando ambos miembros de la pareja tienen el VIH.

Cuando ambos miembros de la pareja tienen la infección por el VIH, se puede plantear la reproducción natural con relaciones desprotegidas. En caso que el curso de la infección o el patrón de resistencias del VIH sean muy distintos entre ellos, podrían

plantearse técnicas de lavado seminal o de autoinseminaciones para evitar la superinfección por el VIH del otro miembro de la pareja. La valoración de la fertilidad debe también tenerse en cuenta en estas parejas para no retrasar de forma innecesaria su proyecto reproductivo (12).

2.4.- Embarazo

El embarazo no supone un empeoramiento de la salud de la mujer en lo que respecta al VIH, pero se puede producir una disminución del recuento de células CD4. Este descenso solo es temporal y, por lo general, el recuento de CD4 volverá al nivel que se tenía antes del embarazo poco después del nacimiento del bebé (24).

Pero este descenso podría incrementar el riesgo de sufrir infecciones oportunistas. Por lo general, las mujeres embarazadas necesitan el mismo tratamiento para prevenir las infecciones oportunistas que si no estuvieran embarazadas (24).

El seguimiento de las mujeres con infección por el VIH embarazadas debería ser multidisciplinar (obstétrico, clínico, inmunológico, virológico y psicosocial) (12).

El tratamiento ARV no solo tiene beneficios para la propia salud de las mujeres con el VIH embarazadas, sino que al tratar el VIH se reducirá casi por completo el riesgo de transmisión del virus al bebé (24).

Un objetivo importante de la terapia es alcanzar una carga viral descienda a niveles indetectables, por debajo de 50 copias/mL. Si la carga viral de la madre es indetectable en el momento del nacimiento del bebé, las probabilidades de que se produzca la transmisión vertical son prácticamente nulas (24).

TENER EN CUENTA COMO EDUCADOR/A

Consejo sobre reproducción

Como educadores/as trataremos de acompañar a las personas con el VIH en la exploración de las nuevas alternativas para tener hijos/as, como las técnicas de

reproducción asistida que varían en complejidad en cada caso y dependiendo el sexo del miembro de la pareja que tenga el VIH.

Las personas con el VIH tienen reconocido legalmente el derecho a acceder a esas técnicas de reproducción humana asistida si tienen un diagnóstico de infertilidad o existe una indicación clínica. El acceso estas técnicas debe realizarse en condiciones de igualdad tanto respecto a las personas que no tienen la infección por el VIH, como entre los hombres y las mujeres con el VIH.

A pesar de que las personas con el VIH pueden optar a los tratamientos de reproducción asistida, es importante conocer cómo está el acceso en la comunidad autónoma en la que se resida, ya que las prestaciones incluidas en la cartera de servicios de las distintas comunidades autónomas no son las mismas.

Acompañamiento durante el embarazo

Como educadores/as podemos hacer un acompañamiento a lo largo del embarazo de las mujeres con infección por el VIH. Además de escuchar y atender sus miedos, preocupaciones, dudas y preguntas, algunas de las cuestiones sobre las que puedes proporcionar información son,

- Aclarar que el embarazo no tiene por qué suponer un empeoramiento de su salud en lo que respecta al VIH.
- Explicar la importancia de tomar el tratamiento, por los beneficios que tiene para su propia salud y para reducir prácticamente a cero el riesgo de transmisión del VIH al bebé. Compartir diferentes consejos para mantener la adherencia como utilizar un pastillero para poder comprobar si está tomando todas las dosis sin saltarte ninguna, ponerse una alarma todos los días a la misma hora en el teléfono móvil, en el calendario del móvil o del ordenador, etc.
- Hablar de los malestares que puede tener durante el embarazo y de los posibles efectos secundarios de los antirretrovirales, como mareos, náuseas y vómitos. Se pueden dar diferentes consejos para reducirlos como tomar algo de comer antes de levantarse, comer poca cantidad y con más frecuencia al día...

- Insistir en la importancia de no consumir alcohol, tabaco ni otras drogas, ni los medicamentos que no hayan sido indicados por el médico y en la necesidad de llevar una dieta variada y equilibrada. Tomar alimentos ricos en nutrientes y vitaminas como ácido fólico, hierro, calcio y yodo, pero no en grasas y mantener una hidratación correcta, beber mucha agua y reducir el consumo de refrescos, té y café.
- Recomendar dedicar tiempo para la relajación y el cuidado de la mente. Buscar estar tranquilas, realizar actividades placenteras, escuchar al cuerpo y dormir y descansar lo que necesite, sin olvidarse de realizar ejercicio moderado y constante, como caminar, practicar yoga, pilates, natación, etc.
- Si la mujer tiene pareja, trasladar los beneficios de asistir a las clases de preparación al parto con la pareja, ya que ayudará a adquirir conocimientos de manera compartida sobre el embarazo, los cambios que se producen en el cuerpo, las fases del parto, la higiene del bebé, etc.
- Hablar sobre las distintas opciones que tiene de dar a luz y de la importancia de que lo hable con su equipo médico.
- Recordar que es importante que cuide su salud, se realice los exámenes médicos oportunos y se trate cualquier infección de transmisión sexual.
- Recomendar que cuando nazca el bebé es importante alimentarle con leche artificial para protegerle frente al VIH, con independencia de su nivel de CD4, carga viral o de si toma tratamiento o no. A algunas mujeres les preocupa que, si no amamantan a sus bebés, no podrán forjar un vínculo emocional con ellos, pero hay que insistir en que no se es mala madre por no dar el pecho y explicar que el momento de alimentar al bebé (sea de un tipo o de otro) es un buen momento para reforzar el vínculo, además de que las leches de fórmula son una alternativa saludable y que proporcionan a los bebés los nutrientes que necesitan para crecer y desarrollarse.

3.- REFERENCIAS

1. - OMS. Salud Reproductiva.2003. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf
2. - Wilkinson D. Nonoxynol-9 fails to prevent STDs, but microbicide research continues. Lancet. 2002. 360(9338): p. 962-3.
- 3.- OMS. Métodos anticonceptivos hormonales para mujeres con VIH o alto riesgo de VIH. Informe de orientación, 2014. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162165/1/WHO_RHR_14.24_spa.pdf?ua=1
4. - Phillips SJ, Curtis KM, Polis CB. Effect of hormonal contraceptive methods on HIV disease progression: a systematic review. AIDS 2013; 27(5): 787–94.
- 5.- Heffron R, Mugo N, Ngure K, Celum C, Donnell D, Were E, et al. Hormonal contraceptive use and risk of HIV-1 disease progression. AIDS 2013; 27(2): 261–7.
6. - Tseng A, Hills-Nieminen C. Drug interactions between antiretrovirals and hormonal contraceptives. Expert Opin Drug Metab Toxicol 2013; 9(5): 559–72.
7. - Robinson JA, Jamshidi R, Burke AE. Contraception for the HIV-positive woman: a review of interactions between hormonal contraception and antiretroviral therapy. Infect Dis Obstet Gynecol 2012; 2012: 890160.
8. - PEPFAR, USAID, CDC. Informe técnico. Anticonceptivo hormonal y VIH. Septiembre de 2013.
9. - Richey, C. y Setty, V. “Opciones de planificación familiar para mujeres que viven con VIH.” *Population Reports*, Serie L, No. 15. Baltimore, INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Agosto de 2007. Disponible en:
<https://www.k4health.org/sites/default/files/l15spanish.pdf>
10. - Carten M, Kiser J, Kwara A, MaWhinney S, Cu-Uvin S. Pharmacokinetic Interactions between the Hormonal Emergency Contraception, Levonorgestrel, and Efavirenz. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 2010 February 16-19, 2010; San Francisco, California. 2010.

11. - OMS. Métodos anticonceptivos hormonales para mujeres con VIH o alto riesgo de VIH. Informe de orientación, 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162165/1/WHO_RHR_14.24_spa.pdf?ua=1

12. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA)/Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Enero 2018. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/9Ene18GuiaPracticaSeguimientoVIHReproduccion.pdf>

13.- Documento de consenso de la SPNS y GESIDA sobre la Asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH. Marzo de 2013. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/RecomendacionesMujeresVIHAbril2013_2.pdf

14. - Del Romero J, Castilla J, Hernando V, Rodríguez C, García S. Combined antiretroviral treatment and heterosexual transmission of HIV-1: cross sectional and prospective cohort study. *BMJ* 2010. 340: c2205.

15. - Barreiro P, Castilla JA, Labarga P, Soriano V. Is natural conception a valid option for HIV-serodiscordant couples? *Hum Reprod* 2007; 22: 2353-8.

16. - Fakoya A, Lamba H, Mackie N, Nandwani R, Brown A, Bernard E et al. British HIV Association, BASHH and FSRH guidelines for the management of the sexual and reproductive health of people living with HIV infection 2008. *HIV Med* 2008; 9: 681-720.

17. - Centers for Disease C, Prevention. Interim guidance for clinicians considering the use of preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in heterosexually active adults. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*. Aug 10 2012;61(31):586-589.

18. - Panel on treatment of HIV-infected pregnant women and prevention of perinatal transmission. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1 Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. 2012.



19. - Lampe MA, Smith DK, Anderson GJE, Edwards AE, Nesheim SR. Achieving safe conception in HIV-discordant couples: the potential role of oral preexposure prophylaxis (PrEP) in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. Jun 2011;204(6).
20. - Matthews LT, Smit JA, Cu-Uvin S, Cohan D. Antiretrovirals and safer conception for HIV-serodiscordant couples. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2012;7(6):569-578.
21. - VIH y Mujeres. Nam. Aidsmap. Disponible en: <https://www.aidsmap.com/Reproducci%C3%B3n/page/2290088/>
- 22.- Lo+Positivo 44. Otoño 2009. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) Disponible en: <http://gtt-vih.org/epublish/1/v0n44>
- 23.- López de Argumedo González de Durana M, Gutiérrez Iglesias A, Galnares Cordero L. Lavado de semen en parejas VIH serodiscordantes para su uso en técnicas de reproducción humana asistida. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2013. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.
- 24.- Embarazo y salud materna. Guía básica para mujeres que viven con el VIH. 2013. Adaptación al español realizada por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH). Disponible en: http://gtt-vih.org/files/active/1/Guia_VIH_mujer_web.pdf