

Sesión 4:

Bases científicas de los “Diez Pasos para una lactancia exitosa” en localidades con alta prevalencia de VIH

Nota: La Sesión 4 alternativa ha sido preparada para su uso en localidades con alta prevalencia de VIH. Algunos contenidos relacionados con el VIH se incluyen en la Sesión 4 básica, ya que es importante considerar los efectos de la epidemia en todos los escenarios. Esta versión de la Sesión es idéntica a la Sesión 4, excepto que se añadió contenido adicional concerniente al VIH y alimentación infantil, para donde fuera útil.

Se han preparado, para esta versión de la Sesión, hojas didácticas adicionales, transparencias y diapositivas relacionadas al VIH y alimentación. Las hojas didácticas adicionales y las transparencias también están incluidas en esta versión de la Sesión. Las hojas didácticas y las transparencias se presentan en la Sesión básica y se pueden utilizar con esta sesión. Las diapositivas adicionales también se han integrado al juego de diapositivas básico y están incluidas en esta Sesión.

Objetivo

A la conclusión de esta sesión, los participantes serán capaces de:

- Describir las bases científicas de los “Diez pasos para una lactancia exitosa”.
- Analizar la evidencia científica actual respecto a las ventajas y riesgos de la lactancia versus la alimentación de sustitución en localidades con alta prevalencia de VIH y como esto influiría el enfoque de los “Diez Pasos”.

Duración

Total: 90 minutos

Metodología de enseñanza

Conferencia y discusión

Preparación para la sesión

- Revisar el documento de la OMS, *Evidencia de los diez pasos para una lactancia exitosa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (WHO/CHD/98.9) (http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm).

- Revisar todas las hojas didácticas y resúmenes de investigaciones que se adjuntan al resumen de la Sesión 4 así como las hojas didácticas y resúmenes de este Plan de Sesión. (Asegúrese de tener el Programa Conjunto de las Naciones Unidas en VIH/SIDA (UNAIDS) en VIH y alimentación infantil).
- Ver el video, *Delivery, Self Attachment*. (Tiempo: 6 minutos). (Ver la *Guía del Curso* para la información sobre como ordenar el video.)
- Revisar todas las diapositivas de PowerPoint y/o transparencias y escoger *para cada paso* unas tres diapositivas o transparencias que sean apropiadas para su audiencia. Si se desea, puede cambiar el orden de la presentación de las diapositivas /transparencias. Revisar las foto diapositivas y utilizarlas y/o sus propias diapositivas, para ilustrar los puntos de acuerdo a las necesidades.
- Revisar los cursos de capacitación en lactancia, VIH y alimentación infantil disponibles localmente y hacer una lista de ellos en una transparencia o rotafolio.
- Utilizar un póster con los Diez Pasos, si hubiera disponible, para que el docente pueda referirse a él fácilmente.

Material de capacitación

Resúmenes

Resúmenes de investigaciones

Nota: Se incluyen en esta sesión solo los resúmenes de estudios adicionales relacionados al VIH. El resto de los resúmenes se incluyen en la Sesión 4.

Hojas Didácticas

Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia, El Rol Especial de los Servicios de Maternidad, Declaración Conjunta de la WHO/UNICEF (folleto, igual que en Sesión 3)

4.1 (VIH) Presentación de la Sesión 4 VIH

4.2 Política Nacional de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (para establecimientos de salud), Sultanato de Omán

4.3 El Programa de Hospital Amigo de la Madre y el Niño, Ministerio de Salud, Méjico

4.4 UNICEF RU Iniciativa Amiga del Niño: Ejemplo de una política de lactancia con servicios de maternidad/comunidad combinados

4.5 Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna

4.6 (VIH) Alimentación de Lactante y del Niño Pequeño en el contexto del VIH

4.7 (VIH) Política de alimentación infantil: Hospital de Rusape, Zimbabue

Diapositivas/Transparencias

4.1.1-4.11.7 y foto diapositivas 4.a-4.z

4 Introducción 1 VIH, 4 Introducción 2 VIH, 4.3.5-11 VIH, y 4.6.10-14 VIH

El sitio web de este curso tiene los vínculos para las diapositivas, y las transparencias para esta Sesión en dos archivos de Microsoft PowerPoint. Las foto-diapositivas se incluyen en el archivo de “diapositivas” en el orden en el cual se citan en el plan de la Sesión. Cuando sea posible, el capacitador debe substituir las fotos con otras apropiadas de nivel local, o en situaciones que son similares a las condiciones locales. Las diapositivas (a color) pueden utilizarse con una computadora portátil y un proyector LCD si hubiera. Alternativamente, las transparencias (en blanco y negro) pueden imprimirse y copiarse en acetatos para proyectarse con un retroproyector. Las transparencias también se copiaron en una hoja didáctica para esta sesión, con 6 transparencias por página.

Otros materiales de capacitación

Rotafolio

Vídeo

Póster de los Diez Pasos

Referencias

Nota: Algunas de las referencias relacionadas con el VIH y la alimentación infantil en la lista a continuación están incluidas en la lista de referencia de la sesión 4 básica 4. Las referencias adicionales sobre el VIH tienen un asterisco y se han colocado al comienzo de esta lista de referencia.

* *Breastfeeding and VIH/AIDS Frequently Asked Questions (FAQ Sheet 1)*. Washington D.C., LINKAGES Project, Academy for Educational Development, Updated May 2001 (http://linkagesproject.org/FAQ_Html/FAQ_VIH.htm).

* *IH and Infant Feeding Counseling: A Training Course. Participants' Manual*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/FCH/CAH/00.4).

* *VIH in Pregnancy: A Review*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/CHS/RHR/99.15).

* *New data on the prevention of mother-to-child transmission of VIH and their policy implications: conclusions and recommendations. WHO Technical Consultation on Behalf of the UNFPA/ UNICEF/ WHO/ UNAIDS Interagency Task Force Team on Mother-to-Child transmission of VIH, Geneva, 11-13 October 2000*. Geneva, World Health Organization, 2001.

* Piwoz EG, Liff PJ, Tavengwa N, Gavin L, Marinda E, Lunney K, Zunguza C, Nathoo KJ, the ZVITAMBO Study Group, Humphrey JH. An Education and Counseling Program for Preventing Breast-Feeding-Associated VIH Transmission in Zimbabwe: Design and Impact on Maternal Knowledge and Behavior. (Symposium: Women's Voices, Women's Choices: The Challenge of Nutrition and VIH/AIDS) *American Society for Nutritional Sciences*, 2005, 950-955.

* Richardson BA, John-Stewart GC, Hughes JP, Nduati R, Mbori-Ngacha D, Overbaugh J, Kreiss JK. Breast-milk Infectivity in Human Immunodeficiency Virus Type 1 – Infected Mothers. *JID*, 2003, 187:736-740.

* Ross JS, Labbok MH. Modeling the Effects of Different Infant Feeding Strategies on Young Child Survival and Mother-to-Child Transmission of VIH. *Am J Public Health*. 2004; 94(7):1174-80.

* Walley J, Whitter S, Nicholl A. Simplified antiviral prophylaxis with or without artificial feeding to reduce mother-to-child transmission of VIH in low and middle income countries: modeling positive and negative impact on child survival. *Med Sci Monit*, 2001, 7(5): 1043-1051.

* *World Linkages: Zambia* (including “Country Profile” and description of the “Ndola Demonstration Project”), Washington D.C., LINKAGES Project, Academy for Educational Development, 2000 (<http://www.linkagesproject.org/media/publications/world-linkages/worldzambia.pdf>).

Albernaz E, Giugliani ERJ, Victora CG. Supporting breastfeeding: a successful experience. *J Hum Lact*, 1998, 14(4):283-285.

Breastfeeding and the use of water and teas. Division of Child Health and Development, Update, No. 9. Geneva, World Health Organization, reissued November 1997.

Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.

Coutsoudis A, Kubendran P, Kuhn L, Spooner, E, Tsai W, Coovadia, HM. South African Vitamin A Study Group. Method of feeding and transmission of VIH-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 2001 Feb 16; 15(3):379-87.

Christensson K, Siles C, Moreno L, y col. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*, 1992, 81:481-493.

DeCarvalho M, Klaus MH, Merkatz RB. Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *Am J Dis Child*, 1982, 136:737-738.

DeCock KM, Fowler MG, Mercier E y col. Prevention of mother-to-child VIH transmission in resource poor countries. *JAMA*, 2000, 238 (9):175-82.

DeChateau P, Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.

Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/CHD/98.9).

Guidelines concerning the main health and socioeconomic circumstances in which infants have to be fed on breast-milk substitutes. In: *Thirty-Ninth World Health Assembly* [A39/8 Add. 1- 10 April 1986], pp. 122-135, Geneva, World Health Organization, 1992.

Guisse, J-M, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, Lieu T. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. *Annals of Family Medicine*, 2003 1(2):70-78.

Haider R y col. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, 1996, 74(2):173-179.

Haider R, Kabir I, Huttly S and Ashworth A. A training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*, 2002, 18:7-12.

VIH and infant feeding: A policy statement developed collaboratively by UNAIDS, WHO and UNICEF. Geneva, UNAIDS, 1997.

VIH transmission through breastfeeding: A review of available evidence. Geneva, World Health Organization, 2004.

Jayathilaka AC. *A study in breastfeeding and the effectiveness of an intervention in a district of Sri Lanka*. [DM thesis]. Sri Lanka, University of Colombo, 1999.

Jelliffe DB, Jelliffe EFP. The role of the support group in promoting breastfeeding in developing countries. *J Trop Pediatr*, 1983, 29:244.

Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E y col. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, 285:413-420.

Lu M, Lange L, Slusser W y col. Provider encouragement of breast-feeding: evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295.

Martens PJ. Does Breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative compliance? The experiences of a small, rural Canadian hospital. *J Hum Lact*, 2000, 16:309-318.

Merten S y col. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Morrow A, Guerrereo ML, Shultis J y col. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:1226-31.

Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A, Liliestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu. South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105: 697-703.

Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70: 205-209.

Philipp BL, Merewood A, Miller LW y col. Baby Friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, 108:677-681.

Pipes PL. *Nutrition in Infancy and Childhood*. Boston, Massachusetts, Times Mirror/Mosby, 1989.

Powers NG, Naylor AJ, Wester RA. Hospital policies: crucial to breastfeeding success. *Semin Perinatol*, 1994, 18(6): 517-524.

Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 1990, 336: 1105-1107.

Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 1992, 19(4):185-189.

Saadeh RJ, Akre J. Ten steps to successful breast-feeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth*, 1996, 23(3):154-160.

Saadeh RJ, ed. *Breast-Feeding: The Technical Basis and Recommendations for Action*. Geneva, World Health Organization, 1993.

Savage-King FS. *Helping Mothers to Breastfeed*, Revised Edition. Nairobi, Kenya, African Medical Research Foundation, 1992.

Soetjiningsih, Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, 1986, 26:229-235.

WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS/World Bank/UNHCR/EFP/FAO/IAEA. *VIH and infant feeding: Framework for priority action*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/VIH_IF_Framework.htm).

Victora C, Behague D, Barros F y col. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.

WHO Technical Consultation on Infant and Young Child Feeding, Themes, Discussion and Recommendations, WHO, Geneva, 13-17 March, 2000. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/NHD/00.8, WHO/FCH/CAH/00.22).

WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS. *VIH and infant feeding: A guide for health-care managers and supervisors* (revised). Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/VIH_IF_MS.pdf).

WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS. *VIH and infant feeding: guidelines for decision-makers* (revised). Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159122_6.htm).

Woolridge M. The “anatomy” of infant sucking. *Midwifery*, 1986, 2:164-171.

Worthington-Roberts B, Williams SR. *Nutrition in Pregnancy and Lactation*, 5th Edition. St. Louis, MO, Mosby, 1993.

Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86 (2):171-175.

Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 1990, 79:1017-1022.

Contenidos Mínimos

Contenido	Notas del Capacitador
	Esta Sesión revisará los estudios seleccionados para ilustrar las bases fisiológica y sociológica de los Diez Pasos. Todos los pasos se interrelacionan. Los primeros 2 pasos son la base de la implementación de los otros ocho pasos. Referir a los participantes a la Hoja Didáctica (folleto), “Promoción, Protección, y Apoyo a la lactancia...” Invite a los participantes a comentar o a realizar preguntas durante la presentación. Anote los problemas, barreras, o soluciones que surgen durante la presentación para que sean consideradas en la Sesión 5 (VIH). Permita un poco de discusión durante esta presentación, pero posponer los grandes debates para la Sesión 5 (VIH) debido a las restricciones de tiempo. Mencione que una mini-versión de la presentación se reproduce en la Hoja Didáctica 4.1 incluida en la carpeta de los participantes Empiece la sesión mediante una presentación breve de los antecedentes e información relacionada al VIH y alimentación infantil, ajustando su resumen a las necesidades de los participantes. Mostrar y describir los datos en las diapositivas 4 Introducción 1 VIH, 4 Introducción 2 VIH, y Introducción 3 VIH. Referir a los participantes a la Hoja Didáctica 4.6 (VIH). Resumir la información en esta hoja didáctica y/o presentar su propia información concerniente al VIH y alimentación infantil.
1. Paso 1: Tener una política/norma por escrito que se pone en conocimiento del personal de rutina.	Diapositivas 4.1.1 Paso 1 4.1.2 ¿Por qué tener una política/norma? 4.a Mencionar la “Declaración Conjunta” que sirve como antecedente para la IHAN y los “Diez Pasos”

Contenido	Notas del Capacitador
	4.1.6 ¿Qué debe cubrir? En algunos países donde el VIH es prevalente ha habido un cambio en la política de alimentación infantil” que incluye la lactancia así como las guías de alimentación de sustitución y el marco de referencia. 4.1.7 ¿Cómo debe presentarse? Distribuir la hoja didáctica 4.7 (VIH) o su propia política como ejemplo y analícela. Las políticas necesitan adaptarse a su propia realidad y debe basarse en los Diez Pasos. Los problemas relacionados con el desarrollo de una política apropiada para escenarios de alta prevalencia del VIH se discutirán en la Sesión 5 (VIH). 4.b Mostrar la foto de profesionales de la salud consultando la política escrita durante la capacitación en servicio (opcional). 4.1.8 Gráficas: Tasas de incremento de la alimentación con leche materna exclusiva en el hospital durante la implementación de la Iniciativa de Hospital Amigo del Niño. (<i>Philipp y col. See summary.</i>)
2. Paso 2: Capacitar a todo el personal de salud de la maternidad en las habilidades y destrezas necesarias para implementar esta política.	Diapositivas 4.2.1 Paso 2 4.c Mostrar la foto de profesionales de salud asistiendo a una Sesión en aula (opcional). 4.d. Mostrar la foto de mujeres en un grupo de discusión durante un taller de capacitación. (opcional) 4.2.2 Áreas de conocimiento que deben incluirse en la educación del personal (puede solicitar a los participantes la respuesta antes de mostrar la foto) 4.2.3 Temas adicionales para la capacitación en el contexto del VIH 4.2.4 La capacitación en lactancia materna del personal tuvo un efecto significativo en las tasas de lactancia exclusiva al alta, las que incrementaron de 41% a 77%. (<i>Cattaneo y</i>

Contenido	Notas del Capacitador
	<i>col. Ver resumen.)</i> 4.2.5 En varios estudios los profesionales de salud capacitados en consejería de lactancia materna y/o grupos de apoyo capacitados para ayudar a las madres en una variedad de circunstancias (prenatal, puerperio, admisión por diarrea). En cada uno de los estudios había un incremento significativo de la lactancia exclusiva, comparada con el grupo control. <i>(OMS/CAH. Ver resumen.)</i> 4.2.6 Pida a los participantes que den ejemplos de profesionales de salud – además de personal de neonatología - quienes influyen en el éxito del amamantamiento. Considere a otro personal en la institución que entra en contacto con las madres como personal de limpieza, empleados, u otros grupos de especialidad.
3. Paso 3: Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia.	Diapositivas 4.3.1 Paso 3 4.3.2 Contenido de la educación prenatal (puede adaptarse para reflejar las necesidades individuales de cada país.). En escenarios donde existe alta prevalencia de VIH hay consideraciones adicionales en el periodo prenatal que incluyen la consejería y el test voluntario para VIH. Después de conocer el estado de VIH de la embarazada existen áreas adicionales para consejería durante el embarazo. 4.e-f Mostrar fotos de un grupo en clase de prenatal y de la consejería individual (opcional). 4.3.3 La atención prenatal puede impactar significativamente las prácticas de lactancia relacionadas con la administración de calostro y el inicio precoz de la lactancia en las 2 horas de nacimiento. <i>(Nielsen y cols. Ver resumen.)</i> 4.3.4 La educación prenatal puede conducir a incrementos significativos en las tasas de inicio (23%) y duración de lactancia a

Contenido	Notas del Capacitador
	corto plazo (hasta los 3 meses) (39%), como se muestra en un meta análisis de estudios de educación y apoyo. (<i>Guise y col. Ver resumen.</i>). 4.3.5 (VIH) ¿Por qué el test para VIH en el embarazo? Existen varias razones por las cuales una mujer querría conocer su estado de VIH. Las madres deben tener seguridad de la privacidad y confidencialidad antes de la prueba, puesto que en algunos lugares es un estigma hacerse la prueba. 4.3.6 (VIH) Alimentación de sustitución. Es importante revisar la definición de “alimentación de sustitución” en el contexto del VIH. 4.3.7 (VIH) Riesgo de transmisión madre-niño del VIH. Este cuadro ilustra el riesgo de la transmisión madre niño del VIH si hay una prevalencia del 20% de infección por VIH, de tasa de transmisión del 20% durante el embarazo/parto y tasa de transmisión 15% durante la lactancia. Con estas tasas, por cada 100 madres, 20 serán VIH+, 4 de sus bebés se infectarán durante el embarazo y el parto, y 3 de sus bebés se infectarán mediante la lactancia. 4.3.8 (VIH) Las madres infectadas con el VIH necesitan de consejería y orientación sobre los riesgos de la lactancia versus la alimentación de sustitución. Las recomendaciones de la OMS respecto a la alimentación infantil para las mujeres VIH+ tiene algunos tópicos claves que deben considerarse. 4.3.9 – 11 (VIH) Estas diapositivas resumen las recomendaciones clave para una madre cuyo estado de VIH se desconoce, o si es negativo, su estado de VIH es positivo y decide amamantar, y si su estado es positivo y escoge la alimentación de sustitución. Estas recomendaciones pueden servir como guía a los proveedores de salud del establecimiento que orientan a la mujer embarazada para que tome las decisiones concernientes sobre cómo

Contenido	Notas del Capacitador
	alimentarán a sus bebés. La OMS ha publicado recientemente una serie de cartillas muy útiles de consejería que pueden ser utilizadas en este proceso. El proveedor de salud necesita recibir una capacitación especial en base al curso de alimentación y VIH de la OMS o similar para ganar conocimiento y habilidades necesarias para este trabajo.
4. Paso 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.	Diapositivas 4.4.1 Paso (puede suscitar discusión relacionada a la oportunidad de la primera lactada. Se puede ampliar en temas relacionados con este paso, ej. medicamentos durante el parto, cesárea, etc.) 4.4.2 Los Criterios Globales de la IHAN revisados, interpretan este Paso como “Se coloca al recién nacido en contacto piel a piel con su madre inmediatamente después del nacimiento y por al menos una hora, se alienta a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo su apoyo si es necesario.” Analice las razones para este cambio, incluyendo la investigación sobre el tiempo que le toma a los bebés iniciar el amamantamiento sin ayuda (ver fotos 4h-j y diapositiva 4.4.8 debajo). 4.4.3 ¿Porque alentar el inicio temprano? Los puntos en esta lista se ilustran en las transparencias siguientes. 4.4.4 ¿Cómo alentar el inicio temprano? 4.g-j Mostrar una o más fotos que demuestran el inicio precoz. La primera foto muestra una enfermera ayudando a la madre a colocar su bebé justo después del parto. Las tres siguientes fotos ilustran como el bebé encontrara el pezón de la madre y comenzara a mamar por si solo. Se necesita tiempo para este proceso. 4.4.5 Gráfica: El estudio demuestra como el contacto en la primera hora después del parto incrementa la duración de la lactancia hasta los 3 meses. (<i>De Chateau y</i>

Contenido	Notas del Capacitador
	<i>col ver resumen.)</i> 4.4.6 Gráfica: El estudio concluyó que la atención que promueve el contacto piel a piel comparada con la atención del parto en cama, durante ese periodo único inmediato al parto, se asocia con mayor temperatura corporal y de piel y una adaptación metabólica más rápida. El cuerpo materno es una fuente de calor radiante suficiente para el bebé. <i>(Christensson y cols. Ver resumen.)</i> 4.4.7 Tabla: Este resumen de cuándo se producen los factores inmunes en el lactante demuestra la importancia del rol del calostro y la leche madura para compensar la ausencia relativa de inmunidad en el recién nacido. <i>(Worthington-Roberts)</i> 4.4.8 Gráfica: El estudio concluyó que para promocionar patrones de succión exitosos debe dejarse a los bebés desnudos en contacto con el abdomen de la madre, sin molestarles hasta que se logre la primera succión y se aliente al bebé a agarrar el pecho activamente. <i>(Righard y cols. Ver resúmen.)</i> Mostrar el video “<i>Delivery, Self Attachment</i>” si hubiera disponible, como una alternativa a las foto diapositivas g, h, e i. Note el patrón de succión del bebé cuando no existe interferencia entre la madre y el recién nacido.
5. Paso 5: Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aun en caso de separación de sus bebés.	<i>Diapositivas</i> 4.5.1 Paso 5 4.5.2 Cita (Woolridge) 4.k-1 Mostrar las fotos del personal mostrando a las madres cómo amamantar (opcional) 4.5.3 Gráfica: El estudio demuestra que si un hospital externa a una madre cuyo bebé esta amamantando con buena técnica, o si se toma un tiempo de instrucción de 5-10 minutos para corregir la técnica

Contenido	Notas del Capacitador
	inadecuada, la duración de la lactancia se dobla comparada a la de madres que se externa con mala técnica para amamantar. <i>(Righard y cols. Ver resumen.)</i> 4.5.4 Gráfica: El inicio del amamantamiento se dio entre 75% de las mujeres que fueron alentadas para amamantar comparadas con sólo 43% que no recibieron aliento del personal de salud. <i>(Lu y cols. Ver resumen.)</i> 4.5.5 Gráfica: Las tasas de duración de la lactancia fueron significativamente mayores entre las madres cuyos bebés permanecieron junto a ellas durante el puerperio y cuyas madres recibieron orientación durante la estadía hospitalaria, en comparación con los bebés que no tuvieron alojamiento conjunto y que no recibieron ninguna orientación en lactancia mientras estuvo en el hospital. <i>(Perez-Escamilla y cols. Ver resumen.)</i> 4.5.6 Producción y demanda 4. m Mostrar la foto de extracción de leche.
6. Step 6: No dar a los recién nacidos alimentos o bebidas que no sean leche materna a no ser que estén médicamente indicados.	Diapositiva 4.6.1 Paso 6 4.n Mostrar la foto de un sucedáneo de leche materna, biberón, que <u>no</u> debe administrarse a no ser que este médicamente indicado <i>(opcional)</i>. 4.o Mostrar la foto de la enfermera dando biberón al bebé (<u>no</u> es apropiado a no ser que este médicamente indicado) <i>(opcional)</i>. 4.6.2 Gráfica: Este estudio sugiere una correlación entre un inicio de la lactancia más “fisiológico” y la duración del periodo de lactancia. <i>(Nylander y cols. Ver resumen.)</i> 4.6.3 Para considerar la preocupación que el calostro solo “no es suficiente”, esta Gráfica muestra que el recién nacido y la capacidad de su estómago se adaptan perfectamente a la cantidad de calostro (de

Contenido	Notas del Capacitador
	cerca a 200 ml/24 horas en el día dos) y a la leche madura (cerca de 800-900 ml/24 horas en 1 año). 4.6.4 Impacto de la suplementación con fórmula de rutina 4.6.5 Este estudio muestra que la introducción precoz de biberón esta inversamente relacionada a la duración de la lactancia. <i>(Perez-Escamilla y cols. Ver resumen.)</i> 4.6.6 Los datos en esta tabla muestran que no existe la necesidad de suplementar con agua a los bebés amamantados exclusivamente sin importar la temperatura ni la humedad, tal como se refleja en la osmolaridad urinaria. 4.6.7 Existen raras excepciones durante las cuales los lactantes requieren de otros líquidos o alimentos en lugar de leche materna. 4.6.8- Razones médicas aceptables para: - 10 el uso de sucedáneos de la leche materna (Distribuya Hoja Didáctica 4.5). Si surgen preguntas concernientes al VIH y lactancia referir a los participantes a la Hoja Didáctica 4.6 (HIV): Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño en el contexto de VIH. 4.6.11 (HIV) Factores de riesgo para la transmisión de VIH durante la lactancia. Revisar los factores de riesgo para madres y bebés que afectan la posibilidad de transmisión del VIH durante la lactancia. 4.6.12 (HIV) Cuadro <i>(Richardson y col. 2003)</i> Un factor de riesgo importante en la madre para la transmisión de VIH por la leche materna es la carga viral. Si la carga viral es baja el riesgo es 4 veces menor que si fuera alta. 4.6.13 (HIV) Cuadro <i>(Coutsoudis y col 2001)</i>. Muestra la probabilidad del test de HIV positivo en diferentes meses de edad entre bebés que nunca amamantaron (sólo recibieron sucedáneos de la leche materna), con lactancia exclusiva, y

Contenido	Notas del Capacitador
	alimentación mixta. La probabilidad que un test de HIV sea positivo es mayor para quienes reciben alimentación mixta en todos los meses de edad. Es la más baja para los bebés amamantados exclusivamente y menos para los que nunca amamantaron. (<i>Coutsoudis y col. Ver Resumen.</i>) 4.6.14 (HIV) (<i>Piwoz y col. 2005</i>) Un estudio reciente de VIH y alimentación infantil en Zimbabue (ZVITAMBO) Incluyo un programa educacional y de consejería para nuevas madres en el Harare. Madres con estado de VIH desconocido o negativo o madres VIH positivo que escogieron amamantar exclusivamente y poner en práctica otros principios de “lactancia segura”. 4.6.15 (HIV) Cuadro (<i>Piwoz y col. en preparación, 2005</i>) La exposición a la intervención mas segura de lactancia en el estudio anterior en Zimbabue se asoció con la reducción de la transmisión postnatal (a través de la lactancia) entre madres que no conocían su estado. A mayor exposición a los conceptos de “lactancia más segura” de la madre mayor probabilidad de que siguieran las recomendaciones y menor posibilidad de transmisión del VIH a sus bebés. Este tipo de educación y consejería puede comenzar tanto en el prenatal como antes del alta, así como durante visitas de postnatal después que la madre retorne al hogar.
7. Paso 7: Se practica el alojamiento conjunto—se permite que las madres permanezcan junto con sus bebés —24 horas al día.	Diapositivas 4.7.1 Paso 7 4.7.2 Definición (Describir “en cama” si es relevante. “Bedding-in” es el término utilizado cuando el bebé y la madre permanecen en la misma cama.) 4. p-q Mostrar una o más fotos de alojamiento conjunto en la misma pieza y en la misma cama. 4.7.3 Porque se aplica el alojamiento conjunto?

Contenido	Notas del Capacitador
	(puntos se discuten en la Diapositivas siguientes) 4.7.4 Gráfica: Impacto positivo del alojamiento conjunto en la política de la prevención de enfermedad infecciosa cuando se comparan con recién nacidos que no estuvieron en contacto con sus madres en alojamiento conjunto. <i>(Soetjningsih y cols. Ver resumen.)</i> 4.7.5 Gráfica: Efecto positivo del alojamiento conjunto en la frecuencia de lactancia en los 6 primeros días comparados con la frecuencia de lactancia en los recién nacidos que no estuvieron en alojamiento conjunto. <i>(Yamauchi y cols. Ver resumen.)</i>
8. Paso 8: Alentar la lactancia a demanda.	Diapositivas 4.8.1 Paso 8 4.8.2 Definición de “a demanda” 4.8.3 ¿Por qué amamantar a demanda? 4.r-s Mostrar una o más fotos de alimentación a demanda 4.8.4 Tabla: El estudio demuestra el impacto positivo de la lactancia a demanda, frecuente, número de veces durante las primeras 24 horas) en niveles de bilirrubina en bebés de 6 días de edad, a término, saludables. <i>(Yamauchi y cols. Ver resumen.)</i> 4.8.5 Estos datos muestran que a mayor frecuencia de alimentación menor niveles de bilirrubina sérica. <i>(De Carvalho y cols. Ver resumen.)</i>
9. Paso 9: No damos biberones ni chupones o chupones de distracción a los bebés que están amamantando.	Diapositivas 4.9.1 Paso 9 4.t Mostrar fotos de los diferentes chupones y tetinas que <u>no deben utilizarse</u> (opcional). 4.u Mostrar la foto de varios chupones de distracción, o pacificadores, que <u>no deben utilizarse</u> (opcional).

Contenido	Notas del Capacitador
	4.9.2 Alternativas para los chupones y pacificadores 4.9.3 Ilustración de alimentación con taza. Se recomienda utilizar una “taza” de vidrio o plástico polipropileno, pequeño de 50 a 100 ml. El borde de la “taza” debe ser romo, no filoso y la “taza” debe hervirse o esterilizarse. 4. v Mostrar la foto de alimentación con taza (opcional). 4.9.4 El uso de chupones diariamente, se asocia al destete precoz aún después de controlarse los factores de confusión. (<i>Victora y cols. Ver resumen.</i>) Enfatizar el hecho que no se recomiendan chupones ni chupones de distracción en ningún bebé incluyendo aquellos con madres VIH positivo que hubieran escogido no amamantar.
10. Paso 10: Auspiciar la formación de grupos de apoyo a la lactancia y referir a las madres a estos grupos a su alta del hospital.	Diapositivas 4.10.1 Paso 10 4.10.2 Cita 4.10.3 Ejemplos de apoyo 4.10.4 Resumen de los tipos de apoyo a la lactancia. Una “doula” es una mujer que atiende y apoya a otra mujer durante el periodo perinatal. Las mujeres VIH positivo necesitan apoyo extra. Los proveedores de salud y voluntarios necesitan tener capacitación sobre cómo dar este apoyo. Si la mujer VIH+ decide amamantar, debe hacerlo exclusivamente y siguiendo las pautas de lactancia segura. Si decide por el alimento de sustitución también debe hacerlo exclusivamente y cumpliendo las pautas de la seguridad. 4.w-z Mostrar las fotos que ilustran varios tipos de apoyo de madres, (visita domiciliaria por enfermera, grupos de apoyo a madres, y madres bailando en una comunidad durante una reunión de lactancia).

Contenido	Notas del Capacitador
	4.10.5 Consejeros pares capacitados afectan positivamente la duración de la lactancia exclusiva. <i>(Haider y cols. Ver resumen.)</i> 4.10.6 Las visitas domiciliarias mejoran la lactancia exclusiva a las 2 semanas y a los 3 meses. <i>(Morrow y cols. Ver resumen.)</i>
11. Efectos de la combinación de Pasos	En adición, es altamente efectivo combinar los Pasos, con su aplicación, total o parcial, el hospital y la administración obtienen mejores resultados. Esto se ilustra en varios de los estudios previos. Para mayor comprensión de este aspecto se presenta la serie de Diapositivas a continuación. 4.11.1 En un estudio al azar realizado en Belorusia se estudiaron 17,000 pares de madre-bebé, con madres que tenían la intención de amamantar; se siguieron por 12 meses. En 15 hospitales de control con sus policlínicos asociados que otorgan atención luego del alta, se pidió a los miembros del personal que continuaran sus prácticas cotidianas. En 16 hospitales experimentales y sus policlínicos asociados, se capacitó a todo el personal clínico en la iniciativa hospital amigo y cómo dar apoyo. <i>(Kramer y cols. Ver resumen.)</i> 4.11.2 Se muestran las diferencias después de la intervención en los hospitales experimentales y en los hospitales de control. 4.11.3 Se advierten los efectos de los cambios de un hospital amigo del niño en lactancia exclusiva a los 3 y 6 meses. 4.11.4 Impacto de los cambios del hospital amigo del niño en ciertas condiciones de salud específicas. 4.11.5 -En un estudio en Suiza, se analizaron los datos de 2861 bebés con edades entre los 0 – 11 meses en 145 centros de salud. Se compararon los datos de lactancia con el progreso para convertirse en Hospital Amigo del Niño

Contenido	Notas del Capacitador
	en cada hospital y el grado de sostenibilidad de de los criterios en los hospitales ya designados. <i>(Merten y cols. Ver resumen.)</i> 4.11.6 Se muestra la proporción de bebés exclusivamente amamantados por 5 meses, nacidos en hospitales Amigo del Niño comparados a los nacidos en cualquier otro hospital. 4.11.7 La duración media de la lactancia exclusiva en bebés nacidos en un hospital Amigo del Niño si el hospital demostraba buen cumplimiento de los 10 pasos, o si no. Este resultado ilustra la importancia de mantener los estándares de Amigo del Niño
12. Conclusión	Reconocer las diferencias en opinión, barreras percibidas, soluciones innovadoras relacionadas a este tema. Estas áreas de interés se cubren en otras Sesiones..

Resúmenes de los estudios de investigación presentados en la Sesión 4

Nota: En este Plan de Sesión se presentan los resúmenes para las diapositivas que tienen asterisco (que muestran información adicional relacionada con el VIH y alimentación infantil). El resumen de las demás diapositivas puede encontrarse en la versión básica del Plan de la Sesión 4.

Diapositiva: Estudio:

- 4.1.5 Philipp BL, Merewood A, Miller LW y col. Baby Friendly Hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, 108:677-681.
- 4.2.4 Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.
- 4.2.5 Albernaz E, Giugliani ERJ, Victora CG. Supporting breastfeeding: a successful experience. *Journal of human lactation*, 1998, 14(4):283-285.
- Haider R y col Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, 1996, 74(2):173-179
- 4.3.3 Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A and Liliestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105: 697-703.
- 4.3.4 Guise, J-M, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, and Lieu T. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. *Annals of Family Medicine*, 2003, 1(2):70-78.
- *4.3.7 (VIH) WHO. VIH and infant feeding counselling: A training course. Participants' Manual. Geneva, Switzerland, 2000 (WHO/FCH/CAH/00.4).
- 4.4.4 DeChateau P and Wiberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.
- 4.4.5 Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, Puyol P, and Winberg J. Temperature, metabolic adaptation and crying in health full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*, 1992, 81: 488-93.
- 4.4.7 Righard L and Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*, 1990, 336: 1105-1107.
- 4.5.3 Righard L & Alade O. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 1992, 19 (4): 185-189.

- 4.5.4 Lu M, Lange L, Slusser W y col. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295.
- 4.5.5 Perez-Escamilla R, Segura-Millan S, Pollitt E, Dewey KG. Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early Hum Dev*, 1992, 31 (1): 25-40.
- 4.6.2 Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70; 205-209.
- 4.6.5 Perez-Escamilla, Segura-Millan S, Pollitt E, Dewey KG. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med*, 1993, 37 (8): 1069-1078.
- *4.6.12 (VIH) Richardson BA, John-Stewart GC, Hughes JP, Nduati R, Mbori-Ngacha D, Overbaugh J and Kreiss JK, Breast-milk Infectivity in Human Immunodeficiency Virus Type 1 – Infected Mothers. *JID*, 2003, 187:736-740.
- *4.6.13 (VIH) Coutoudis A, Kubendran P, Kuhn L, Spooner, E, Tsai W, Coovadia HM.; South African Vitamin A Study Group. Method of feeding and transmission of VIH-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 2001 Feb 16; 15(3):379-87.
- *4.6.14 (VIH) Piwoz EG, Liff PJ, Tavengwa N, Gavin L, Marinda E, Lunney K, Zunguza C, Nathoo KJ, the ZVITAMBO Study Group, and Humphrey JH, An Education and Counseling Program for Preventing Breast-Feeding-Associated VIH Transmission in Zimbabwe: Design and Impact on Maternal Knowledge and Behavior. (Symposium: Women's Voices, Women's Choices: The Challenge of Nutrition and VIH/AIDS) *American Society for Nutritional Sciences*, 2005, 950-955.
- 4.7.4 Soetjiningsih and Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, 1986, 26:229-235.
- 4.7.5 Yamauchi Y and Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scan*, 1990, 1017-1022.
- 4.8.4 Yamauchi Y and Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86 (2):171-175.
- 4.8.5 De Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB. Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *Am J Dis Child*, 1982, Aug;136(8):737-8.
- 4.9.4 Victora C, Behague D, Barros F y col. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.
- 4.10.5 Haider R, Kabir I, Huttly S and Ashworth. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*, 2002, 18:7-12.
- 4.10.6 Morrow A, Guerrereo ML, Shultis J, y col. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999;353:1226-31.
- 4.11.1-4 Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED y col. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, Jan 24-31; 285(4):413-20.

- 4.11.5-7 Merten S y col. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Riesgo de transmisión del VIH de la madre al niño

Diapositiva 4.3.7 (VIH)

Referencia: WHO, UNICEF, USAID. *VIH and infant feeding counseling tools: Reference guide*. Geneva, World Health Organization, 2005.

La explicación de los datos que se presentan en esta diapositiva se resumen de la página 14 de esta Referencia.

- Este ejemplo asume que la prevalencia de la infección de VIH entre las mujeres es de 20% (o sea 20 de cada 100 mujeres).
- La tasa de transmisión de VIH de madre a niño durante el embarazo y el parto es de aproximadamente el 20-25%. En este ejemplo se utiliza una tasa del 20. De esta manera cerca de 4 de los bebés de las 20 madres infectadas por el VIH tendrán la posibilidad de infectarse durante el embarazo o el parto.
- La tasa de transmisión a través de la lactancia es de 5-20% de los bebés que están siendo amamantados por sus madres que están infectadas por el VIH. Para este ejemplo utilizamos una tasa de 15%, como promedio. 15% de 20 es 3. De esta manera cerca de 3 de los bebés de madres VIH positivas tienen la posibilidad de infectarse por la lactancia.

En resumen:

- En un grupo de 100 madres en un área con una prevalencia de infección entre las madres del 20%, solo cerca de 3 bebés podrían infectarse con el VIH por la lactancia.
- 97% de los bebés no se contagiarían con el VIH de esta forma.

Factor de riesgo: Carga viral sanguínea materna

Diapositiva 4.6.12 (VIH)

Referencia: Richardson BA, John-Stewart GC, Hughes JP, Nduati R, Mbori-Ngacha D, Overbaugh J, Kreiss JK. Breast-milk Infectivity in Human Immunodeficiency Virus Type 1 – Infected Mothers. *JID*, 2003, 187:736-740.

Método: El virus de la inmunodeficiencia humana virus tipo 1 (VIH-1) se transmite a través de la sangre, secreciones genitales, y leche materna. La probabilidad de transmisión heterosexual del VIH-1 por acto sexual es .0003-.0015, pero muy poco se conoce respecto al riesgo de transmisión por exposición a la leche materna. Los investigadores evaluaron la probabilidad de la transmisión de VIH-1 por la lactancia materna por litro de leche materna ingerida por día de amamantamiento en un estudio de niños nacidos de madres infectadas con VIH-1.

Hallazgos: La probabilidad de transmisión del VIH -1 por la lactancia fue del .00064 por litro de leche ingerido .00028 por día de lactancia. La infectividad de la leche materna fue mayor para las madres con enfermedad más avanzada, de acuerdo a la medición prenatal de los niveles plasmáticos de VIH-1 RNA y el conteo de CD4.

Conclusión: El estudio provee del primer estimado cuantitativo de la infectividad de la leche materna por litro de leche ingerido. La probabilidad de infección por litro del VIH-1 en leche materna de un lactante es similar en magnitud a la probabilidad más baja de transmisión heterosexual de VIH-1 por acto sexual desprotegido en adultos.

Patrón de lactancia y el riesgo de transmisión de VIH

Diapositiva 4.6.13 (VIH)

Referencia: Coutoudis A, Kubendran P, Kuhn L, Spooner, E, Tsai W, Coovadia HM. South African Vitamin A Study Group. Method of feeding and transmission of VIH-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 2001, Feb 16; 15(3):379-87.

Objetivo: Determinar el riesgo de transmisión por la modalidad de alimentación infantil.

Diseño y escenario: Estudio prospectivo en dos hospitales en Durban, Sud África.

Participantes: Un total de 551 embarazadas infectadas con el VIH-enroladas en un estudio aleatorio de vitamina A.

Intervenciones: Las mujeres se auto seleccionaron en dos grupos: amamantar o alimentación con fórmula después de recibir la consejería. Las que amamantaron lo hicieron en forma exclusiva por 3-6 meses.

Medición del resultado principal: La probabilidad acumulativa de detectar el VIH en el tiempo fue estimada utilizando los métodos de Kaplan-Meier y se compararon en tres grupos: 157 alimentados con fórmula (nunca amamantaron); 118 amamantaron exclusivamente por 3 meses o más; y 276 recibieron alimentación mixta.

Resultados: Los tres grupos de alimentación no tenían diferencias en ningún factor de riesgo para la transmisión, y la probabilidad de detectar el VIH en el nacimiento fue similar. La probabilidad acumulativa de detección del VIH permaneció similar entre los bebés que nunca amamantaron y que amamantaron exclusivamente hasta los 6 meses: 0.194 (IC del 95%: 0.136-0.260) y 0.194 (IC del 95%: 0.125-0.274), respectivamente, mientras que la probabilidad entre los que recibían alimentación mixta excedió ambos grupos alcanzando 0.261 (IC del 95%: 0.205-0.319) a los 6 meses. A los 15 meses, la probabilidad acumulativa de infección con el VIH se mantuvo más baja entre los alimentados exclusivamente por 3 meses o más que entre los otros tipos de lactancia (0.247 versus 0.359).

Conclusión: Los lactantes amamantados exclusivamente por 3 meses o más no tienen un mayor riesgo de infección más allá de los 6 meses que aquellos que nunca amamantaron. Si se confirman estos hallazgos en alguna otra parte, pueden influir las políticas de salud pública en las alternativas de alimentación disponibles para mujeres infectadas por el VIH en países en desarrollo.

Estudio de VIH y alimentación infantil en Zimbabwe

Diapositiva 4.6.14 (VIH)

Referencia: Piwoz EG, Liff PJ, Tavengwa N, Gavin L, Marinda E, Lunney K, Zunguza C, Nathoo KJ, the ZVITAMBO Study Group, Humphrey JH. An Education and Counseling Program for Preventing Breast-Feeding-Associated VIH Transmission in Zimbabwe: Design and Impact on Maternal Knowledge and Behavior. (Symposium: Women's Voices, Women's Choices: The Challenge of Nutrition and VIH/AIDS) *American Society for Nutritional Sciences*, 2005, 950-955.

Método: La guía internacional de VIH y alimentación infantil ha evolucionado en la última década. En respuesta a estos cambios, los investigadores diseñaron, implementaron y evaluaron un programa educacional y de consejería para madres nuevas en Harare, Zimbabwe. El programa se implementó en el estudio del ZVITAMBO, en el cual se enrolaron 14,110 pares madre-bebés en las 96 horas del parto y se siguieron a los intervalos de las 6 semanas, 3 meses y luego otros 3- meses. Las madres se hicieron el test para el VIH en el momento del parto pero no quisieron conocer los resultados del examen. Se determinaron los patrones de alimentación infantil utilizando datos provistos hasta los 3 meses. Se llevo a cabo una investigación formativa para guiar el diseño del programa que incluyo un grupo de educación, consejería individual, videos y folletos. El programa se introdujo en un periodo de 2-meses: 11,362, 1311, y 1437 mujeres se enrolaron en el estudio antes, durante y después de este periodo. La lactancia exclusiva se recomendó a las madres con estado de VIH desconocido o negativo VIH y para las madres VIH-positivo que eligieron amamantar. Se aplico un cuestionario para evaluar el conocimiento sobre VIH y la exposición al programa a 1996 madres enroladas después de haberse iniciado el programa.

Hallazgos: El conocimiento del VIH mejoró con el incremento de la exposición al programa. Las madres que se enrolaron cuando el programa se estaba implementando completamente tenían 70% de probabilidades de conocer su estado de VIH antes (<3 meses) y 8.4 veces más posibilidad de amamantar exclusivamente que las madres que se enrolaron antes que comience el programa.

Conclusión: La investigación formativa ayudó en el diseño de una intervención culturalmente sensitiva. La intervención incremento el conocimiento relevante y mejoro las prácticas de alimentación entre las mujeres que no conocían su estado de VIH previamente.

Presentación de la Sesión 4 (VIH)

Pruebas científicas para los "Diez Pasos" en lugares con prevalencia alta de VIH

Resumen Global de la epidemia del VIH/SIDA, 2005

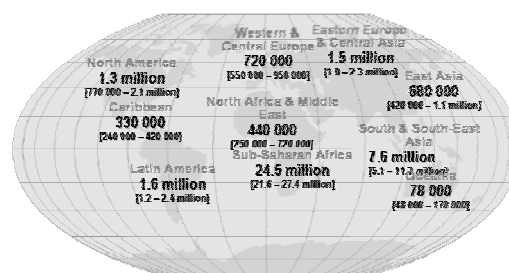
Número de personas que viven con VIH/SIDA	Total	38.6 millones (33.4 – 46.0 millones)
	Adultos	36.3 millones (31.4 – 43.4 millones)
	Mujeres	17.3 millones (14.8-20.6 millones)
	Menores de 15	2.3 millones (1.7 – 3.5 millones)
Personas recientemente infectadas con VIH en 2005	Total	4.1 millones (3.4-6.2 millones)
	Adultos	3.6 millones (3.0-5.4 millones)
	Mujeres	540 000 (420 000 - 670 000)
	Menores de 15	540 000 (420 000 - 670 000)
Muertes por SIDA en 2005	Total	2.8 millones (2.4-3.3 millones)
	Adultos	2.4 millones (2.0-2.8 millones)
	Mujeres	380 000 (290 000 - 500 000)
	Menores de 15	380 000 (290 000 - 500 000)

Los rangos de los estimados en esta tabla definen los límites de las cifras actuales basado en el mejor información disponible.

De: UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update, 2005.

Diapositiva 4.Intro.1 (HIV)

Estimación de los adultos y niños que están viviendo con el VIH, 2005



Total: 38.6 (33.4 – 46.0) millones

De: UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update, 2005

Diapositiva 4.Intro.2 (HIV)

Estadística regional para el VIH en mujeres, 2005

Región	# de mujeres (15-49) que viven con VIH	% de Adultos VIH+ que son mujeres
África Sub-Sahariana	13.5 millones	57%
África del N y Medio Este	220,000	47%
Asia del S. & S.A.	1.9 million	26%
Asia del Este	160,000	18%
Oceania	39,000	55%
Latinoamérica	580,000	32%
Caribe	140,000	50%
Europa del Este y Asia Central	440,000	28%
Europa O y C.	190,000	27%
Norte America	300,000	25%
TOTAL	17.5 million	46%

De: UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update, 2005.

Diapositiva 4.Intro.3 (HIV)

Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 1. Tener una política escrita sobre lactancia que se pone en conocimiento del personal de salud de rutina.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.1.1

Política de lactancia

¿Por qué tener una política?

- Requiere un curso de acción y provee de una guía
- Ayuda a establecer la atención consistente de madres y sus bebés.
- Provee de un estandar que pueda evaluarse

Transparencia 4.1.5

Política de lactancia

¿Qué debe incluir?

- Como mínimo, debe incluir:
 - Los 10 Pasos para una lactancia exitosa
 - La prohibición institucional para aceptar suministros gratuitos o a bajo costo de sucedáneos de leche materna, biberones, chupones y su distribución a las madres
 - Un marco para ayudar a las mujeres VIH positivo a tomar una decisión informada conveniente en su situación individual y apoyarle en su decisión
- Pueden añadirse otros puntos

Transparencia 4.1.6

Política de lactancia

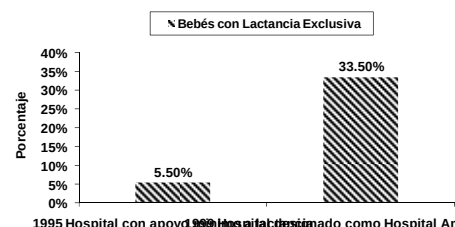
¿Cómo debe presentarse?

Debe estar:

- Escrita en el idioma más frecuente entre pacientes y personal.
- Disponible para todo el personal que atiende madres y sus bebés
- Colocada en áreas donde se atienden a madres y bebés

Transparencia 4.1.7

Paso 1: Incremento en la alimentación con leche materna después de la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño.



Adaptado de: Philipp BL, Merewood A, Miller LW et al. Baby-friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, 108:677-681.

Transparencia 4.1.8

Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 2. Capacitar a todo el personal de salud en las habilidades necesarias para implementar la política.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.2.1

Áreas de conocimiento

- Ventajas de la lactancia
- Riesgos de la lactancia artificial
- Mecanismo de la lactancia y succión
- Cómo ayudar a las madres a iniciar y mantener la lactancia
- Cómo evaluar la lactancia
- Cómo resolver dificultades de lactancia
- Políticas y prácticas de lactancia en el Hospital
- Enfoque en el cambio de actitudes negativas que funcionan como barreras.

Transparencia 4.2.2

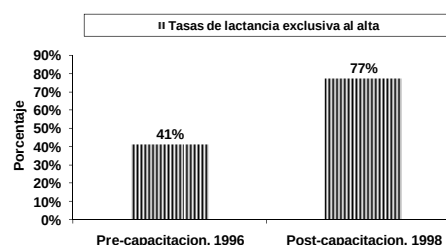
Tópicos adicionales para la capacitación de la IHAN en el contexto del HIV

Capacitar al personal en:

- Información básica en VIH y en la Prevención de la Transmisión vertical (PTV)
- Test voluntario y consejería (TVC) para el VIH
- Opciones de alimentación de sustitución apropiadas localmente
- Cómo dar consejería a mujeres VIH+ sobre el riesgo y beneficios de las diferentes opciones de alimentación y cómo hacer elecciones informadas.
- Cómo enseñar a las madres a preparar y dar la alimentación a sus bebés.
- Como mantener la privacidad y confidencialidad
- Como minimizar el efecto de "salpicado" (hacer que madres que son HIV – o desconocen su estado escogan alimento de sustitución cuando la lactancia es menos riesgosa)

Transparencia 4.2.3

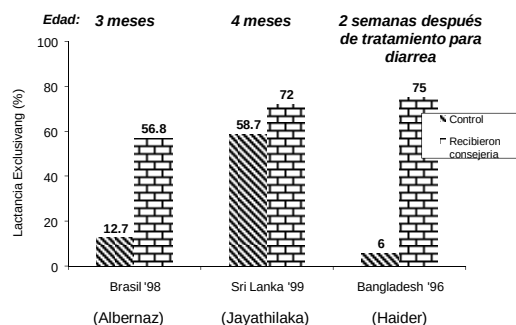
Paso 2: Efecto de la capacitación en lactancia del personal del hospital en lactancia exclusiva al alta



Adaptado de: Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*, 2001, 323:1358-1362.

Transparencia 4.2.4

Paso 2: Consejería en lactancia incrementa tasas de lactancia exclusiva



Todas las diferencias entre la intervención y grupos control son significativas $p < 0.001$.
De: CAH/WHO based on studies by Albernaz, Jayathilaka and Haider.

Transparencia 4.2.5

Qué otros profesionales en salud además del personal del área perinatal influyen en el éxito de la lactancia?

Transparencia 4.2.6

Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 3. Informar a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

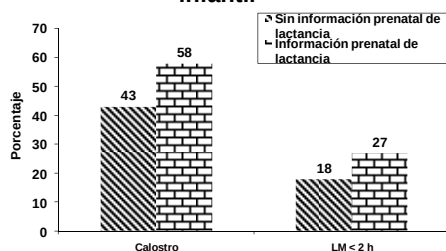
Transparencia 4.3.1

La educación prenatal debe incluir:

- Beneficios de la lactancia
- Inicio temprano
- Importancia del alojamiento conjunto (si hubiera nuevo concepto)
- Importancia de la lactancia a demanda
- Importancia de la lactancia exclusiva
- Como asegurar la leche suficiente
- Riesgos de la alimentación artificial y uso de biberones, chupones, etc.)
- Información básica en HIV
- Prevención de la transmisión vertical del VIH (PTV)
- Prueba voluntaria y consejería (TVC) para VIH y consejería de alimentación para mujeres VIH+
- Educación prenatal no debe incluir educación grupal en la preparación de fórmula

Transparencia 4.3.2

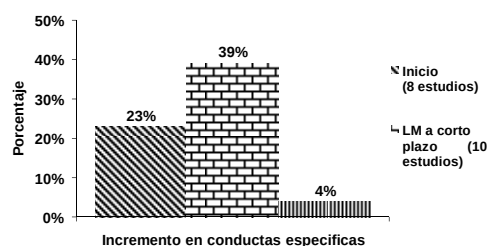
Paso 3: La influencia de la atención prenatal en conducta de alimentación infantil



Adaptado de: Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted S, Joseph A, Liljestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:697-703.

Transparencia 4.3.3

Paso 3: Meta-análisis de estudios sobre educación prenatal y sus efectos en lactancia



Adaptado de Guise et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis... *Annals of Family Medicine*, 2003, 1(2):70-78.

Transparencia 4.3.4

¿Por qué el test de VIH en el embarazo?

- Si es VIH negativo
 - Puede recibir consejería en conductas de prevención y reducción de riesgo
 - Puede recibir consejería en lactancia exclusiva
- Si es VIH positivo
 - Puede aprender las formas de reducir el riesgo de la transmisión de madre a niño en el embarazo, durante el parto y durante la alimentación infantil
 - Puede manejar mejor la enfermedad y luchar por una vida "positiva"
 - Puede planificar la alimentación infantil mas segura y el seguimiento del bebe.
 - Puede decidir por el aborto (si es una opción legal) y evitar fertilidad futura
 - Puede decidir comunicar su estado a la pareja /familiar para buscar apoyo



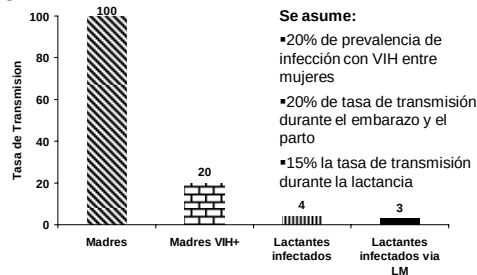
Diapositiva 4.3.5
(4/10)

Definición de alimentación de sustitución

- El proceso, en el contexto de VIH/SIDA, de alimentar a un bebe, que no esta recibiendo en absoluto leche materna, con una dieta que provea de todos los nutrientes que el niño necesita.
- Durante los seis primeros meses debe ser un leche sucedánea adecuada – una fórmula comercial, o fórmula preparada en el hogar con suplementos de micronutrientes.
- Después de seis meses, debe ser un sucedáneo de la leche materna adecuado con alimentación complementaria preparada adecuadamente de la dieta familiar y enriquecida con nutrientes, administrada tres veces al día. Si no hubiera disponibilidad de sucedáneos de la leche materna adecuados, posteriormente se debe utilizar alimentos caseros enriquecidos y darse cinco veces al día.

Diapositiva 4.3.6
(4/10)

Riesgo de transmisión de VIH de madre a niño



Basado en los datos de HIV & infant feeding counselling tools: Reference Guide. Geneva, World Health Organization, 2005.

Diapositiva 4.3.7
(4/10)

Recomendaciones de la OMS sobre alimentación infantil para las mujeres VIH+

Cuando la alimentación de sustitución sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda evitar toda forma de lactancia para las madres VIH+

De otra manera, se recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros meses de vida.

Para minimizar el riesgo de transmisión del VIH, la lactancia debe discontinuarse tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las circunstancias locales, la situación individual de la mujer y el riesgo de la alimentación de sustitución (incluyendo el riesgo de otras infecciones que no sean VIH y malnutrición)

WHO, New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications. Conclusions and recommendations. WHO technical consultation ... Geneva, 11-13 October 2000. Geneva, World Health Organization, 2001, p. 12.

Diapositiva 4.3.8 (HIV)

Recomendaciones para la alimentación infantil y VIH

Si el estado de VIH de la madre es desconocido:

- Aliente a la mujer para que se haga el examen y reciba la consejería
- Promocione las prácticas óptimas de alimentación (LM exclusiva por 6 meses, introducción de alimentos complementarios apropiados alrededor de los 6 meses y continuar la LM hasta los 24 meses o mas)
- Orientar a la madre y su pareja sobre como evitar la exposicion al VIH

Adaptado de WHO/Linkages, Infant and Young Child Feeding: A Tool for Assessing National Practices, Policies and Programmes. Geneva, World Health Organization, 2003 (Annex 10, p. 137).

Diapositiva 4.3.9
(4/10)

Si el estado de VIH de la madre es negativo:

- Promocione las practicas de alimentación optimas (ver arriba)
- Oriente a la mujer y su pareja sobre como evitar la exposición al VIH.

Si la madre es VIH positivo:

- Proveer el acceso a los medicamentos anti-retrovirales para prevenir TMN y referir a la madre para la atención y tratamiento de su propia salud
- Proveer de consejería sobre los riesgos y beneficios de las diferentes opciones de alimentación, incluyendo la aceptabilidad, factibilidad, asequibilidad, sostenibilidad y seguridad (AFASS) de las diferentes opciones.
- Ayudar a la mujer a escoger la opción mas apropiada
- Proveer de seguimiento consejería para apoyar a la madre en la opción de alimentación que escoja.

Diapositiva 4.3.10 (HIV)

Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora después del parto.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.4.1

Nueva interpretación del Paso 4 en los Criterios Globales de la IHAN (2006):

“Colocar a los recién nacidos en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del parto por lo menos por una hora y alentar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofrecer ayuda si es necesario.”

Transparencia 4.4.2

Inicio temprano de la lactancia para el recién nacido normal

¿Por qué?

- Incremento en la duración de lactancia
- Permitir el contacto piel a piel para calentar y colonizar al bebé con los organismos maternos
- Provee de calostro como la primera vacuna del bebé
- Permite utilizar la primera hora de alerta
- Bebés aprenden a succionar mas efectivamente
- Mayor desarrollo adquirido

Transparencia 4.4.3

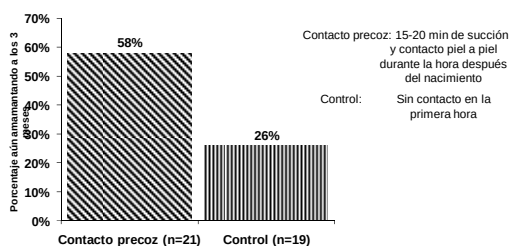
Inicio precoz de la lactancia del recién nacido normal

¿Cómo?

- Mantener a la madre y el bebé juntos
- Colocar al bebé en el pecho de la madre
- Permitir que el bebé succione cuando esté listo
- No apurar ni interrumpir el proceso
- Retrasar las rutinas no urgentes por al menos una hora

Transparencia 4.4.4

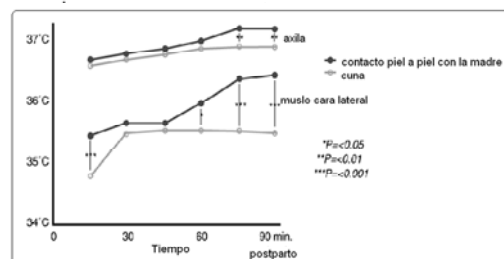
Impacto del contacto precoz madre y bebé en la duración de la lactancia



Adaptado de DeChateau P, Wilberg B. Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum. *Acta Paediatr*, 1977, 66:145-151.

Transparencia 4.4.5

Temperaturas después del nacimiento en recién nacidos en contacto piel a piel con la madre o cuna



Adaptado de Christensson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr*, 1992, 81:490.

Transparencia 4.4.6

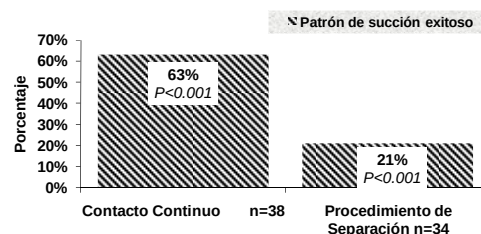
Composición proteica del calostro humano y leche madura (por litro)

Constituyente	Medida	Calostro (1-5 días)	Leche Madura (>30 días)
Proteína Total	G	23	9-10.5
Caseína	mg	1400	1870
α -Lactalbúmina	mg	2180	1610
Lactoferrina	mg	3300	1670
IgA	mg	3640	1420

De: Worthington-Roberts B, Williams SR. *Nutrition in Pregnancy and Lactation*, 5th ed. St. Louis, MO, Times Mirror/Mosby College Publishing, p. 350, 1993.

Transparencia 4.4.7

Efecto de las prácticas en la sala de partos en la lactancia temprana



Adaptado de Righard L, Alade O. Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet*, 1990, 336:1105-1107.

Transparencia 4.4.8

Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, aún en caso de separarse de sus bebés.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

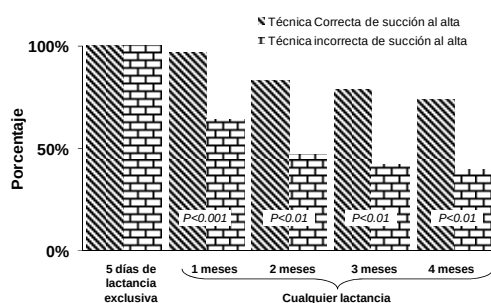
Transparencia 4.5.1

“ Contrariamente a la creencia popular, colocar el bebé al pecho no es una habilidad con la cual la madre [nace...]; es más bien una habilidad aprendida que se adquiere mediante la observación y la experiencia. ”

De: Woolridge M. The "anatomy" of infant sucking. *Midwifery*, 1986, 2:164-171.

Transparencia 4.5.2

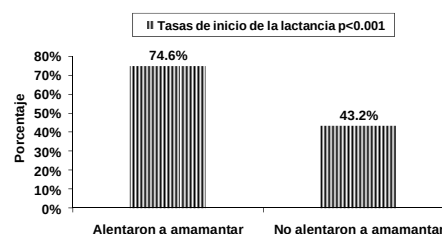
Efecto del apego apropiado en la duración de lactancia



Adaptado de Righard L, Alade O. (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 19(4):185-189.

Transparencia 4.5.3

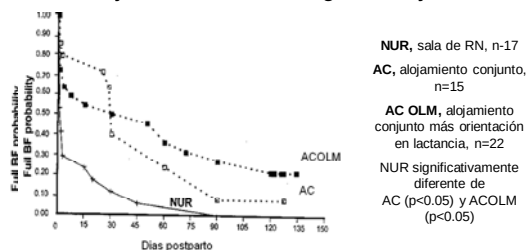
Paso 5: Efecto del fomento a la lactancia del trabajador en salud del hospital en las tasas de inicio de la lactancia



Adaptado de Lu M, Lange L, Slusser W et al. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 97:290-295.

Transparencia 4.5.4

Efecto del sistema de atención de la sala de maternidad en el éxito de la lactancia de mujeres Mexicanas urbanas de ingresos bajos



De: Perez-Escamilla R, Segura-Millan S, Pollitt E, Dewey KG. Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early Hum Dev*, 1992, 31 (1): 25-40.

Transparencia 4.5.5

Producción y demanda

- La remoción de leche estimula la producción de leche.
- La cantidad de leche removida en cada lactada determina la producción de leche en las próximas horas.
- La remoción de leche debe continuar durante la separación para mantener la producción.

Transparencia 4.5.6

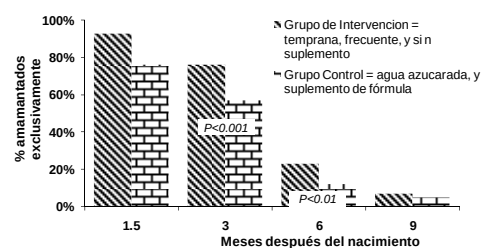
Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 6. No dar a los recién nacidos otro alimento o líquido que no sea leche materna a no ser que esté *médicamente* indicado

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.6.1

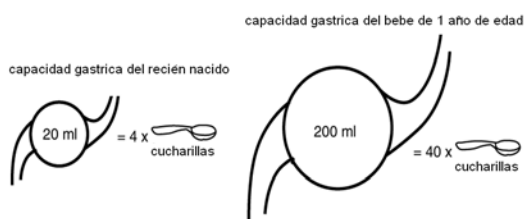
Efectos a largo plazo del cambio de rutinas de alimentación en una maternidad



Adaptado de Nylander G et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward: positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1991, 70:208.

Transparencia 4.6.2

La combinación perfecta: cantidad de calostro por lactada y la capacidad gástrica del recién nacido



Adaptado de Pipes PL. *Nutrition in Infancy and Childhood*, Fourth Edition. St. Louis, Times Mirror/Mosby College Publishing, 1989.

Transparencia 4.6.3

Impacto de la suplementación con fórmula de rutina

Disminución de la frecuencia o efectividad de la succión



Disminución de la cantidad de leche removida de los pechos



Producción de leche tardía o producción reducida

Algunos bebés tienen dificultad en el agarre si se administra la fórmula en biberón

Transparencia 4.6.4

Determinantes del funcionamiento de la lactancia en el tiempo en una población urbana de México

- La bajada de leche fue más rápida en un hospital donde había el alojamiento conjunto y no se permitía la leche artificial
- La bajada de leche fue posterior en un hospital con sala de recién nacidos ($p < 0.05$)
- El amamantamiento se asocia positivamente con la bajada temprana de leche e inversamente asociada con la introducción de biberones, empleo materno, índice de masa corporal materna y edad del bebé.

De: Perez-Escamilla et al. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Soc Sci Med*, 1993, (8):1069-78.

Transparencia 4.6.5

Resumen de los estudios sobre requerimiento de agua en los bebés amamantados exclusivamente

País	Temperatura °C	Humedad Relativa %	Osmolaridad Urinaria (mOsm/l)
Argentina	20-39	60-80	105-199
India	27-42	10-60	66-1234
Jamaica	24-28	62-90	103-468
Peru	24-30	45-96	30-544

Nota: Valores normales de osmolaridad urinaria de 50 a 1400 mOsm/kg.

De: *Breastfeeding and the use of water and teas*, Division of Child Health and Development Update No. 9, Geneva, World Health Organization, reissued, Nov. 1997.

Transparencia 4.6.6

Medicamento indicado

Existen raras excepciones por las cuales los recién nacidos necesitan otros líquidos o alimentos además de, o en lugar de, leche materna. Los planes de alimentación de estos bebés deben ser diseñados por personal profesional de salud calificado y para cada individuo.

Transparencia 4.6.7

Razones médicas aceptables para la suplementación o sustitución

Condiciones en el bebé:

- Lactantes que no pueden AM pero pueden recibir LM incluye a los muy débiles, los que tienen dificultad para succionar o que tienen anomalías en cavidad oral, o son separados de su madre.
- Lactantes que necesitan otros nutrientes además de la LM incluye a pre términos de peso muy bajo, bebés con hipoglucemia, o aquellos deshidratados y desnutridos cuando la LM solamente no es suficiente.
- Lactantes con galactosemia no deben recibir LM ni los sucedáneos corrientes. Necesitarán una fórmula libre de galactosa.
- Lactantes con fenilcetonuria puede ser amamantado y luego recibir fórmula sin fenilalanina.

UNICEF, Curso e instrumentos de evaluación de la IHAN revisados, 2006

Transparencia 4.6.8

Condición Materna :

- La LM se debe suspender durante la terapia si una madre está utilizando antimetabolitos, yodo radioactivo, y algunas medicaciones antitiroideas.
- Algunas medicaciones pueden causar mareo u otros efectos colaterales en los bebés, y deben sustituirse durante la lactancia.
- LM continúa siendo el alimento de elección para la mayoría de los bebés aun con uso de tabaco, alcohol y drogas. Sin embargo si la madre utiliza drogas endovenosas la LM no está indicada.
- Se recomienda evitar absolutamente la lactancia si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible, y segura. De otra manera, se recomienda la lactancia exclusiva en los primeros meses y se descontinúa en ciertas condiciones. No se recomienda la alimentación mixta.

Transparencia 4.6.9

Condición Materna (continúa):

- Si la madre está débil, se le puede ayudar a colocar el bebé al pecho para que amamante.
- No se recomienda la LM cuando la madre tiene absceso mamario, pero debe extraerse la leche, y reiniciar la LM una vez drenado el absceso e iniciado el tratamiento con antimicrobianos. El amamantamiento continúa del pecho no afectado.
- Las madres con lesiones herpéticas en sus pechos, deben abstenerse de amamantar hasta que las lesiones activas se hubieran resuelto.
- Se desalienta la LM en madres con Leucemia por virus humano de leucemia T, si existen opciones seguras y factibles disponibles.
- Se mantiene la LM con hepatitis B, TB y mastitis, con el tratamiento del cuadro de base apropiado.

Transparencia 4.6.10

Factores de riesgo para la transmisión de VIH durante la lactancia*

Madre

- Salud y estado inmunitario
- Carga viral plasmática
- Virus en la leche materna
- Inflamación de la mama (mastitis, absceso, grietas en pezón)
- Nueva infección VIH

Lactante

- Edad (primer mes)
- Duración de la lactancia
- LM no exclusiva
- Lesiones en la boca, intestino
- Pre-maturez, peso bajo al nacer
- Factores genéticos – huésped/virus

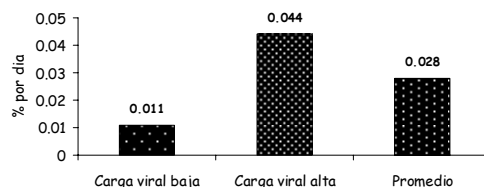
*También conocido como transmisión postnatal del VIH (TPN)

HIV transmission through breastfeeding: A review of available evidence. Geneva, World Health Organization, 2004 (summarized by Ellen Piwoz).

Transparencia 4.6.11 (VIH)

Factor de riesgo: Carga viral sanguínea materna

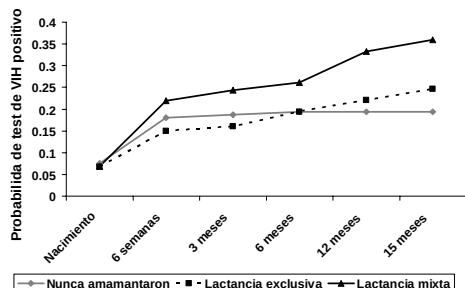
Riesgo de transmisión de VIH por día de LM en Nairobi, Kenya (%)



De: Richardson et al, Breast-milk infectivity in Human Immunodeficiency Virus Type 1 – Infected Mothers, *JID*, 2003 187:736-740 (adapted by Ellen Piwoz)

Transparencia 4.6.12 (HIV)

Patrón de alimentación y riesgo de transmisión de VIH



De: Coutoudis et al. Method of feeding and transmission of HIV-1 De mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study De Durban, South Africa. *AIDS*, 2001 Feb 16; 15(3):379-87.

Transparencia 4.6.13 (HIV)

Estudio de VIH y alimentación infantil en Zimbabue

Elementos de lactancia mas segura:

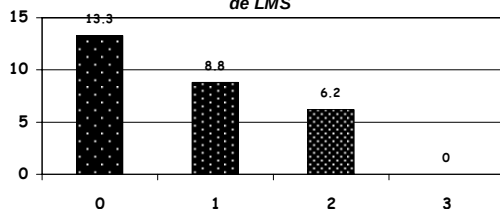
- Lactancia exclusiva
- Posición y agarre para amamantar apropiados para minimizar el riesgo de patología de mama.
- Buscar atención médica rápida para los problemas del pecho
- Practicar sexo seguro

Piwoz et al. An education and counseling program for preventing breastfeeding-associated HIV transmission in Zimbabwe: Design & Impact on Maternal Knowledge & Behavior *Amer. Soc. for Nutr Sci* 950-955 (2005)

Transparencia 4.6.14 (HIV)

La exposición a la intervención de una lactancia segura (LMS) se asoció con la reducción de la transmisión postnatal (TPN) en madres que no conocían su condición de VIH

Transmisión (%) acumulativa de TPN de VIH de acuerdo a la exposición registrada al programa de LMS



N=365; p=0.04 en la prueba de tendencia. Cada contacto de una intervención adicional se asoció con una reducción del 38% en la TPN después de ajustar para el valor materno de CD4

Piwoz et al, en preparación, 2005.

Transparencia 4.6.15 (HIV)

Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 7. Se practica el alojamiento conjunto — se permite que las madres y sus bebés permanezcan juntos las 24 horas del día.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.7.1

Alojamiento Conjunto

La disposición de un hospital por la cual los binomios madre-bebé permanecen en la misma habitación día y noche, permitiendo el contacto permanente entre madre y niño

Transparencia 4.7.2

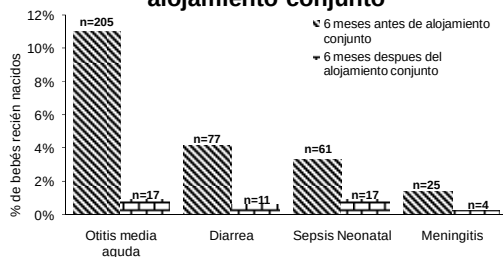
Alojamiento conjunto

¿Por qué?

- Reduce costos
- Requiere equipamiento mínimo
- No requiere personal adicional
- Reduce la infección
- Ayuda a iniciar y mantener la lactancia
- Facilita el proceso de apego

Transparencia 4.7.3

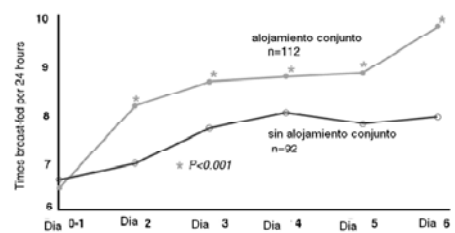
Morbilidad de recién nacidos en un hospital Sanglah antes y después del alojamiento conjunto



Adaptado de: Soetjiningsih, Suraatmaja S. The advantages of rooming-in. *Pediatrica Indonesia*, 1986, 26:231.

Transparencia 4.7.4

Efecto del alojamiento conjunto en la frecuencia de la lactancia en 24 horas



Adaptado de Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 1990, 79:1019.

Transparencia 4.7.5

Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 8. Alentar la lactancia a demanda.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.8.1

Lactancia a demanda:

Amamantar cuando el bebé o la madre quiere, sin restricciones en la duración o frecuencia de la succión.

Transparencia 4.8.2

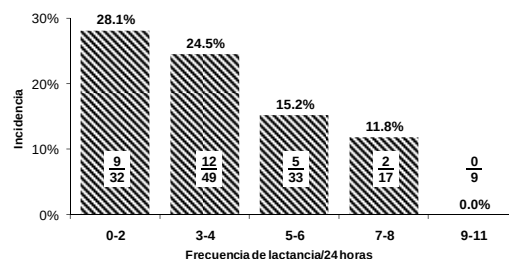
A demanda, lactancia irrestricta ¿Por qué?

- Pasaje temprano del meconio
- Pérdida máxima de peso más baja
- Bajada de leche se inicia antes
- Volumen de ingesta de leche mayor en el día 3
- Menor incidencia de ictericia

De: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.

Transparencia 4.8.3

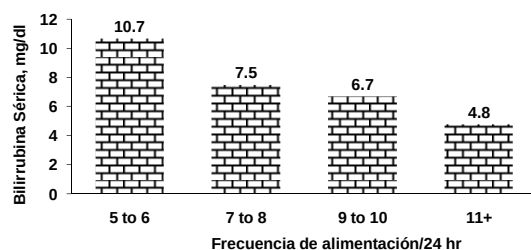
Frecuencia de lactancia durante las primeras 24 horas después de nacimiento e incidencia de hiperbilirrubinemia (ictericia) en día 6



De: Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 1990, 86(2):171-175.

Transparencia 4.8.4

Frecuencia media de alimentación durante los primeros 3 días de vida y bilirrubina sérica



De: DeCarvalho et al. *Am J Dis Child* 1982; 136:737-738.

Transparencia 4.8.5

Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 9. No damos, biberones ni chupones (llamados chupones de distracción) a bebés que están amamantando.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.9.1

Alternativas al chupón

- taza
- cucharilla
- gotero
- jeringa

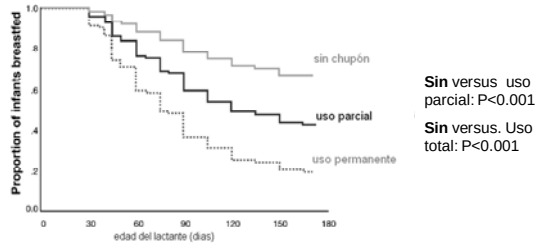
Transparencia 4.9.2

Alimentación del bebé con taza



Transparencia 4.9.3

Proporción de lactantes amamantados hasta los 6 meses y la frecuencia de uso de chupón a 1 mes de edad



De: Victora CG et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 1997, 99:445-453.

Transparencia 4.9.4

Diez Pasos para una lactancia exitosa

Paso 10. Auspiciamos la formación de grupos de apoyo a la lactancia y referimos a las madres a estos grupo a su alta.

DECLARACION CONJUNTA DE LA OMS/UNICEF (1989)

Transparencia 4.10.1

“La clave para mejorar las prácticas de lactancia es el brindar apoyo continuo a la madre en su hogar y en su comunidad día a día.”

De: Saadeh RJ, editor. *Breast-feeding: the Technical Basis and Recommendations for Action*. Geneva, World Health Organization, pp. 62-74, 1993.

Transparencia 4.10.2

El apoyo puede incluir:

- Visita postnatal temprana o visita en la clínica
- Visita domiciliaria
- Llamadas telefónicas
- Servicios comunitarios
 - Clínica externa de lactancia
 - Programas de consejería de pares
- Grupos de apoyo a la madre
 - Ayudar a formar nuevos grupos
 - Coordinar el trabajo con los grupos que estén trabajando
- Sistema de apoyo familiar

Transparencia 4.10.3

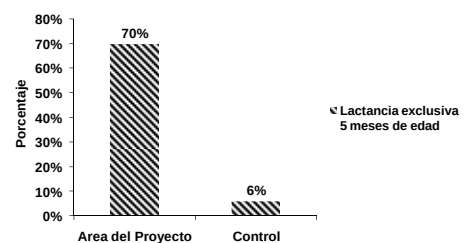
Clases de grupos de apoyo en lactancia para madres

- Tradicional
 - familia extendida
 - dulas definidas culturalmente
 - mujeres de la comunidad
- Moderno, no-tradicional
 - Auto formado
 - por madres
 - por profesionales de salud involucrados
 - A través del gobierno :
 - redes de grupos desarrollados a nivel nacional , clubes, etc.
 - servicios de salud – especialmente atención primaria (PHC) y parteros tradicionales capacitados (PTCs)

From: Jelliffe DB, Jelliffe EFP. The role of the support group in promoting breastfeeding in developing countries. *J Trop Pediatr*, 1983, 29:244.

Transparencia 4.10.4

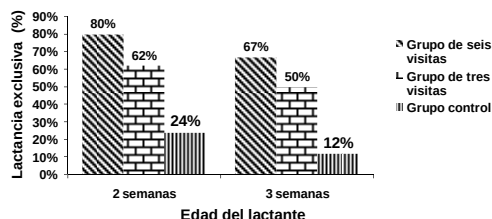
Paso 10: Efecto de un consejero capacitado en la duración de la lactancia exclusiva



Adaptado de Haider R, Kabir I, Huttly S, Ashworth A. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*, 2002;18(1):7-12.

Transparencia 4.10.5

Las visitas domiciliarias mejoran la lactancia exclusiva



De: Morrow A, Guerrero ML, Shultz J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:1226-31

Transparencia 4.10.6

Combinación de Pasos: El impacto de las prácticas de hospital amigo del niño: El Estudio de Intervención de Promoción de la Lactancia (PROBIT)

- Estudio aleatorio en Belarusia con seguimiento por 12 meses a 17,000 pares madre-bebé, que decidieron amamantar.
- En 16 hospitales y policlínicas asociadas control con atención posterior al alta, se pidió a los trabajadores que utilizaran sus prácticas habituales.
- En 15 hospitales y policlínicas de intervención, el personal recibió capacitación y apoyo de la iniciativa de hospital amigo.

Adaptado de Kramer MS, Chalmers B, Hodnett E, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001, 285:413-420.

Transparencia 4.11.1

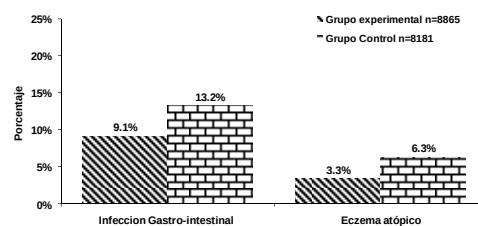
Diferencias luego de la intervención

Hospitales Control:	Hospitales Experimentales:
■ Separación madre-RN de rutina al nacimiento	■ Madres y bebés juntos desde nacimiento
■ Envoltura ajustada de pañal de rutina	■ Sin envoltura, se alentó el contacto piel a piel
■ Cuidado en sala de recién nacidos de rutina	■ Alojamiento conjunto las 24 horas
■ Técnicas de posición y agarre incorrectas	■ Técnicas de posición y agarre correctas
■ Suplementación de rutina con agua y leche en biberón	■ Sin suplementación
■ Alimentación con horario cada 3 hrs	■ Lactancia a demanda
■ Uso rutinario de chupones	■ No se utilizaron chupones
■ Sin apoyo en lactancia al alta	■ Apoyo a la lactancia en policlínicos

Communication from Chalmers and Kramer (2003)

Transparencia 4.11.2

Impacto de los cambios de hospital amigo del niño en enfermedades específicas

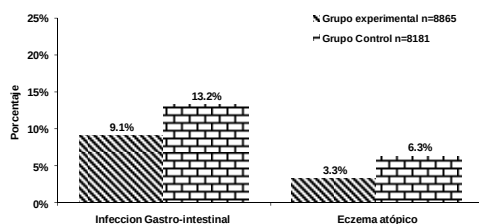


Nota: Las diferencias entre grupo experimental y control para diversas infecciones de tracto respiratorio fueron pequeñas y estadísticamente poco significativas.

Adaptado de Kramer et al. (2001)

Transparencia 4.11.4

Impacto de los cambios de hospital amigo del niño en enfermedades específicas



Nota: Las diferencias entre grupo experimental y control para diversas infecciones de tracto respiratorio fueron pequeñas y estadísticamente poco significativas.

Adaptado de Kramer et al. (2001)

Transparencia 4.11.4

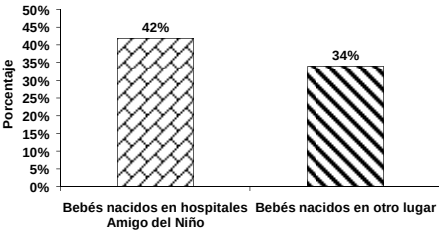
La combinación de Pasos: La influencia de los Hospitales Amigos del Niño en la duración de la lactancia en Suiza

- Se analizó la información de 2861 lactantes con edades entre 0 y 11 meses en 145 establecimientos de salud.
- Se compararon los datos con el progreso de la iniciativa de hospital Amigo del Niño de cada hospital y el grado en el que los hospitales nominados mantenían los estándares de Hospital Amigo.

Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Transparencia 4.11.5

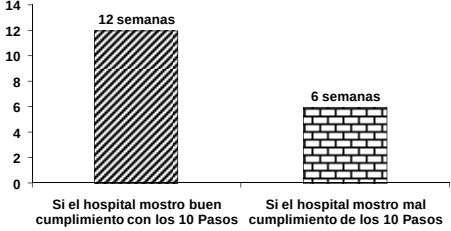
Proporción de bebés amamantados exclusivamente en los primeros cinco meses de vida --Suiza



Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Transparencia 4.11.6

Duración media de la lactancia exclusiva de bebés nacidos en hospitales Amigo del Niño-- Suiza



Adaptado de Merten S et al. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics*, 2005, 116: e702 – e708.

Transparencia 4.11.7

Alimentación del lactante y del niño pequeño en el contexto del VIH¹

Antecedentes

La lactancia de las madres VIH-positivo es una vía importante de transmisión del VIH, pero no amamantar acarrea un riesgo significativo para la salud de los lactantes y de los niños pequeños. La lactancia es vital para la salud de los niños, reduce el impacto de muchas enfermedades infecciosas y previene algunas enfermedades crónicas. A la luz de este dilema, el objetivo de los servicios de salud debe ser el de proteger, promover y apoyar la lactancia como la mejor elección de alimentación infantil para todas las mujeres en general, mientras se da consejería especial y apoyo a las madres VIH-positivo y sus familias, para que tomen la decisión para alimentar mejor a sus bebés en relación al VIH.

Para lograr este objetivo se necesita la organización de los servicios para:

- reconocer la necesidad de proteger la supervivencia infantil y el desarrollo, y no solo prevenir la transmisión del VIH.
- incorporar la intervención de la Estrategia Mundial de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (ver la sección 2.1 y el anexo 3)
- prevenir la infección de VIH en la mujer y su pareja para darles información y promoción de conductas sexuales seguras y responsables y prácticas, incluyendo el retraso del inicio de la actividad sexual, practicar la abstinencia, reducir el número de parejas sexuales y utilizar condón, así como la detección precoz y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ITSs)
- alentar el uso de los servicios de atención pre-natal, planificación familiar y atención prenatal (APN) para las mujeres en edad reproductiva incluyendo, en particular, a las mujeres y sus parejas en las cuales uno o ambas personas están infectados con el VIH-
- incluir los siguientes servicios como parte del paquete de APN:
 - provisión de información acerca de la lactancia y alimentación complementaria
 - prevención de la infección por VIH
 - manejo de las ITS
 - consejería sobre las prácticas sexuales seguras
 - prueba de VIH y consejería

¹ Adaptado de OMS/UNICEF/FNUAP/ONUSIDA: VIH y alimentación infantil: Guía para gerentes y supervisores de la atención de salud (revisada). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003, pp 3-7.

- otras intervenciones para reducir la transmisión de VIH
- proveer y promocionar la prueba de VIH y la consejería para toda la población.
- para las mujeres VIH-positivo, proveer de consejería continua y apoyo para ayudarles a tomar la decisión de alimentación para su bebé y llevarla a cabo.
- para las mujeres VIH- negativa y las mujeres con estado de VIH desconocido, brindar apoyo para la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses, con lactancia continuada por dos años o más, con la introducción adecuada y apropiada de alimentación complementaria desde los seis meses.
- prevenir el efecto de “dispersión” del alimento de sustitución
- observar, implementar y monitorizar el Código de Comercialización de los Sucedáneos de la leche Materna. El Código es relevante a, y cubre completamente la necesidad de la madre que es VIH positivo.
- considerar el apoyo para la alimentación del lactante y niño pequeño como parte de la atención continua y los servicios de apoyo para todas las mujeres, especialmente las mujeres VIH-positivo, tomando en cuenta la importancia crítica de la madre como cuidadora de su bebé.
- brindar atención y apoyo a la mujer embarazada, madres y sus bebés.
- promover un entorno facilitador para la mujer que vive con el VIH, mediante el fortalecimiento del apoyo comunitario y reducción del estigma y discriminación.

Proteger, respetar y cumplir con los derechos humanos

Proteger, respetar y cumplir con los derechos humanos en relación al VIH implica que:

- Todas las mujeres y hombres, independientemente de su estado de VIH, tienen el derecho de determinar el curso de su vida sexual y reproductiva, y a tener acceso a la información y servicios que les permita protegerse y proteger la salud de su familia.
- Los niños tienen el derecho de supervivencia, al desarrollo y a la salud
- Una mujer tiene el derecho a tomar su decisión respecto a la alimentación infantil en base a una información completa, y a recibir apoyo para el curso de acción que ella elija.
- Las mujeres y las niñas tienen el derecho a la información acerca del VIH/SIDA y el acceso a los medios de protección contra la infección de VIH.
- Las mujeres tienen el derecho a acceder a la prueba voluntaria y confidencial del VIH, así como a la consejería para conocer su estado de VIH.
- Las mujeres tienen el derecho a decidir no ser examinadas, o a negarse a conocer el resultado de la prueba de VIH

Estos principios se derivan de los derechos humanos internacionales, incluyendo la Convención de sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación en contra de las Mujeres (1979) y la convención de los Derechos del Niño.

Introducción

Adoptada en el año 2002, La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (Anexo 3) claramente establece que, como una recomendación de salud pública, los recién nacidos deben ser amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida para alcanzar el crecimiento óptimo, desarrollo y salud. Después, los lactantes deben recibir alimentación complementaria nutricionalmente adecuada y segura, mientras se continúa con la lactancia por dos años o más. Sin embargo, la alimentación de los niños que viven en circunstancias excepcionalmente difíciles por haber nacido de una madre VIH positivo amerita consideración especial y apoyo.

Esta sección expone la información de los riesgos de la transmisión del VIH a través de la lactancia, los riesgos de no amamantar, y las metas y enfoques para la prevención de la infección de VIH en lactantes y niños pequeños. En base a esta información los gerentes deben:

- tener conocimiento completo sobre los beneficios a la población y riesgos de todas las opciones de alimentación de las mujeres VIH-positivo
- tener en cuenta las metas globales y enfoque relacionado a la prevención de la infección por VIH en lactantes y niños pequeños.
- Aplicar esto a la planificación de programas y su implementación.
- Mantener en mente que el objetivo ulterior es reducir la morbilidad y mortalidad infantil y de la niñez en la población general y específicamente en la población infectada por el VIH.

1.1 Riesgo de la infección por VIH en lactantes y niños pequeños

De lejos la principal vía de infección en niños pequeños es la transmisión de la madre a su hijo. El virus puede ser transmitido durante el embarazo, trabajo de parto y parto, o través de la lactancia.

Cerca de dos tercios de recién nacidos de madres infectadas con el VIH no se infectarán, aun sin intervención alguna como la profilaxis anti retroviral o la cesárea. Cerca del 15–30% de los recién nacidos de madres infectadas por el VIH, se infectaran durante el embarazo o durante el parto, y el 5–20% puede infectarse durante la lactancia ² (ver tabla).

² Pocos estudios dan información sobre el tipo de lactancia (exclusiva o mixta). En la mayoría de los casos, se asume la alimentación mixta

Riesgo estimado y momento en el que ocurre la transmisión de madre a niño del VIH en ausencia de intervenciones³

Momento en el que ocurre la transmisión	Tasa de transmisión
Durante el embarazo	5–10%
Durante el trabajo de parto y parto	10–20%
Durante la lactancia	5–20%
Total sin lactancia	15–30%
Total con lactancia hasta los 6 meses	25–35%
Total con lactancia de 18 a 24 meses	30–45%

Evidencia de transmisión a través de la leche materna:

- El virus se ha encontrado en la leche materna, y las mujeres con virus detectable tienen más posibilidades de transmitir infección en comparación a las mujeres que no tienen el virus detectable.
- Se ha reportado infección por VIH en bebés amamantados de madres que no estaban infectadas con el VIH durante embarazo o en el parto pero se infectaron mientras amamantaban, ya sea mediante la transfusión de sangre infectada o a través de la transmisión sexual.
- Los recién nacidos de madres no infectadas con el VIH fueron infectados a través de la leche de una nodriza infectada con el VIH- , o a través de la leche de donadoras no analizadas.
- Los recién nacidos nacidos sin infección de madres infectadas con el VIH que se diagnosticaron como sin infección a los seis meses de edad, se infectaron después, con la lactancia como el único factor de riesgo concurrente.

1.2 Factores de riesgo de la transmisión de VIH por la lactancia

Un número de factores incrementa el riesgo de la transmisión de VIH a través de la lactancia:

- **Infección reciente con el VIH** –una mujer infectada con el VIH durante el parto o mientras amamanta tiene más posibilidades de transmitir el virus a su bebé.
- **Progresión de la enfermedad** – de acuerdo al conteo bajo de CD4 o carga viral plasmática alta ARN, con o sin síntomas clínicos severos
- **Afecciones de pecho** – mastitis sub-clínica o clínica, grietas o sangrado del pezón, o un absceso mamario
- **Candidiasis oral** – en el lactante
- **Duración prolongada de la lactancia** –los lactantes continúan en riesgo de infección mientras estén expuestos a la leche contaminada con VIH.

³ Adaptado de: De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, y col. Prevention of mother-to-child VIH transmission in resource-poor countries – Translating research into policy and practice. *JAMA* 2000; 283: 1175-82.

- **Deficiencias de micronutrientes en la madre** – aunque la evidencia en este punto es débil.

El modo de lactancia también puede afectar el riesgo de transmisión del VIH: la lactancia exclusiva tiene menos posibilidad de transmitir el VIH que la alimentación mixta.

1.3 Riesgos para la salud de los bebés no amamantados

Los riesgos asociados de no amamantar varían con el medio ambiente – por ejemplo, con la disponibilidad de alimentos de sustitución adecuados y agua potable. También varía con las circunstancias individuales de la madre y su familia, incluyendo su educación y estatus económico.

La falta de lactancia, comparada con lactancia mixta, expone al niño a un mayor riesgo de desnutrición e infecciones que ponen en riesgo la vida del lactante que no son por VIH, especialmente en el primer año de vida, y la lactancia exclusiva aparenta ofrecer mayor protección contra la enfermedad en comparación a la ausencia de lactancia. Este es el caso especial en los países en desarrollo, donde la mitad de las muertes en menores de cinco años se asocian con la malnutrición. El no amamantar durante los primeros dos meses de edad se asocia también, en los países pobres, con un incremento seis veces mayor de la mortalidad por enfermedades infecciosas. El riesgo cae a menos de tres veces a los seis meses, y continúa disminuyendo con el tiempo.

1.4 Enfoque actual de la prevención de la transmisión por VIH en mujeres embarazadas madres y sus niños.

Reducir la transmisión de VIH a las mujeres embarazadas, madres y sus niños incluyendo la transmisión por lactancia, deberá ser parte de un enfoque integral a la prevención del VIH, atención y apoyo, atención y apoyo prenatal, perinatal, postnatal. Las políticas deben servir a los mejores intereses de la madre y el bebé como un binomio, en vista del vínculo crítico entre la sobrevivencia de la madre y la del niño. Estas políticas deben reflejar los objetivos estratégicos del gobierno y sus compromisos ante la Asamblea de Declaración de Compromiso para el VIH/SIDA de la Asamblea de las Naciones Unidas, que estableció la meta: “Para el 2005, reducir la proporción de lactantes infectados por el VIH en 20 por ciento, y en 50 por ciento para 2010”, y en la Sesión Especial para la Niñez de la Asamblea General de las Naciones Unidas que fijó el objetivo de la reducción de la mortalidad infantil y de la niñez en un tercio para el 2010.

El enfoque estratégico de las Naciones Unidas para la prevención de la transmisión del VIH en mujeres embarazadas, madres y sus bebés, tiene cuatro partes: 1) prevención de la infección por VIH especialmente en las mujeres jóvenes y embarazadas, 2) prevención de embarazos no deseados entre mujeres infectadas por el VIH; 3) prevención de la transmisión del VIH de mujeres infectadas por el VIH a sus hijos, y 4) provisión de la atención, tratamiento y apoyo a mujeres infectadas con el VIH, sus bebés y familias. Las partes 3 y 4 consideran la prevención de la transmisión a través de la lactancia.

Los programas de prevención de la infección por VIH en mujeres embarazadas, mujeres y sus niños, incluyendo la infección por la lactancia, dirigida primariamente a la parte 3 tiene una variedad de componentes, pero incluye en general:

- La incorporación de la prueba de VIH y la consejería de rutina en la atención prenatal;
- Asegurarse que la atención prenatal incluye el manejo de las enfermedades sexualmente transmisibles, sexo seguro, incluyendo la promoción de fidelidad, reduciendo el número de parejas sexuales y la provisión de condones

- Profilaxis con drogas antirretrovirales a las mujeres infectadas con el VIH- y en algunos regímenes a sus bebés;
- Practicas obstétricas seguras;
- Consejería en alimentación infantil y apoyo, incluyendo la promoción de la lactancia exclusiva por mujeres que no están contaminadas con el VIH y las mujeres que no conocen su condición de VIH
- Seguimiento y apoyo a la mujer infectada por el VIH, sus hijos y su familia.

- Hoja didáctica 4.7 (VIH)

Política de Alimentación Infantil: Hospital de Rusape Hospital, Zimbabue⁴

OBJETIVO

Proteger, promover, y apoyar las prácticas de lactancia en el Hospital de Rusape.

POLITICA

CAPACITAR A TODO EL PERSONAL DEL HOSPITAL RUSAPE

- Todo trabajador de salud debe ser capacitado en la importancia de la lactancia y sus ventajas
- Todo personal de salud debe ser capacitado en:
 - (a) Manejo de Lactancia (22 horas con 3 horas de práctica clínica)
 - (b) Prevención de la transmisión de madre a hijo
 - (c) Lactancia Materna, Consejería en VIH y Alimentación Infantil (curso de 44-horas con 8 horas de práctica clínica y 4 horas de práctica clínica en medir, preparar, utilizar, leche artificial y su costo).
- Todo trabajador de salud debe conocer la política de alimentación infantil.

EDUCACION EN SALUD DURANTE EL EMBARAZO

- Eduque a la madre en:
 - a) Nutrición
 - b) Importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida
 - c) Peligros de la alimentación mixta
 - d) Ventajas y beneficios de la lactancia y la leche humana
 - e) Introducción oportuna de la alimentación complementaria
 - f) Posición y agarre del pecho
 - g) Manual de extracción de leche
 - h) Prevención de la transmisión de madre a hijo
 - Modo de transmisión del VIH
 - Prueba y Consejería voluntarias
 - Antirretrovirales
 - Opciones de alimentación infantil
 - i) Nutrición and VIH/SIDA
 - j) Efectos colaterales de fumar y beber alcohol

⁴ Utilizado con el permiso de Rufaro Madzima, Jefe de Nutrición, Ministerio de Salud y bienestar Infantil, Zimbabue.

- Documentación:
 - a) Documentar lo enseñado respecto a la alimentación infantil en el registro de Atención Prenatal
 - b) Entregar a los usuarios trípticos y volantes.

PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN INFANTIL

- Iniciar la alimentación infantil a todos los recién nacidos en la hora post parto dependiendo de las condiciones de la madre y el bebé.
- Todas las madres sin consideración de su condición de VIH deben apoyarse y ayudarse para su apego piel a piel después del parto dependiendo de las condiciones de la madre y el bebé.(Cesar).
- Los trabajadores de salud deben dar asistencia cuando sea necesario.
- Las madres que amamantan son alentadas para dar calostro a sus bebés, que es rica en nutrientes requeridos por el bebé.

POSICION, APEGO Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA

- Una buena posición y un buen agarre del bebé al pecho es importante para prevenir algunas afecciones del pecho como ser los pezones agrietados w irritados, asegurar leche suficiente y otras afecciones del pecho.
- Las madres que están amamantando deberían estar en una posición confortable ya sea de sentadas o durmiendo.
- Todos los bebés amamantados deberían alimentarse a demanda a demanda. Los bebés nacidos pre- término y los bebés enfermos deberían recibir leche materna exclusivamente extraída en una taza o mediante una sonda naso gástrico.
- Las necesidades individuales del bebé no lactante deberían ser respetadas y obedecidas.
- Debería alentarse la alimentación por taza a los bebés que no amamantan.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

- Todos los bebés menores a los seis meses (6/12) debería recibir una lactancia materna exclusiva, por ejemplo. dando sólo leche materna, sin otros alimentos o fluidos, inclusive agua, a menos que sea por una indicación médica.
- Esos bebés no lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con la comida /opción reemplazante elegida.

ALOJAMIENTO CONJUNTO

- Todas las madres independientemente de su condición VIH deberían permanecer en alojamiento conjunto junto sus bebés las 24 horas del día.
- Las madres de los bebés hospitalizados debería también se admitidas para permitir una lactancia continua, a menos que la madre se encuentre críticamente enferma.

Evitar la separación innecesaria de la madre y el bebé excepto cuando sea por indicación médica o durante procedimientos en el hospital.

LA INTRODUCCION OPORTUNA DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

- Las madres debería ser educadas para preparar alimentos suaves y nutritivos que sean accesibles y que sean dados de manera gradual junto a la leche materna u otra leche, desde los seis meses (6/12) después del nacimiento.
- La educación en salud, sobre la alimentación complementaria debería comenzar en APN.

SUMINISTRO DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA (Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna)

- Todos los trabajadores en salud deberían rechazar suplementos que sean gratis o de bajo precio de sucedáneos de leche materna, biberones, chupones, chupones de distracción de las industrias.
- Si el hospital requiere sucedáneos de la leche materna, incluyendo formula especial, los cuales son utilizados en las establecimientos de salud, debería ser adquiridos de la misma manera que otros alimentos y medicinas.
- Biberones, chupones, chupones de distracción no deberían ser dados a los bebés.
- La publicidad de productos artificiales no debería ser permitida dentro de los establecimientos de salud.

SEGUIMIENTO Y APOYO

- Las madres lactantes y sus bebés debería recibir apoyo y un seguimiento.
- Los grupos y sistemas de apoyo basado en la comunidad existentes deberían fortalecerse, ser apoyados e involucrados en la PTMH y en el seguimiento de la alimentación del lactante.
- Debería promoverse la comunicación en red entre los sistemas y grupos de apoyo.

MADRES TRABAJADORAS

- Las madres trabajadoras deberían ser alentadas a extraerse la leche materna en recipientes limpios. Esta leche debería ser dada a sus bebés durante su ausencia en taza/vaso.