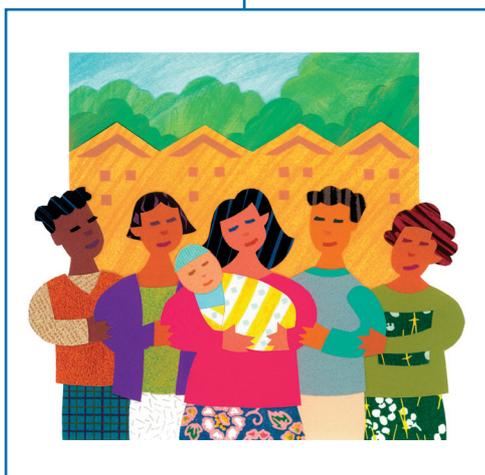


VIH y Alimentación Infantil

Actualización



Basada en la Reunión Consultiva Técnica

realizada en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional (IATT) sobre la Prevención de las Transmisión del VIH en Embarazadas, Madres y Niños

Ginebra, 25-27 de octubre de 2006



VIH y Alimentación Infantil

Actualización

Basada en la Reunión Consultiva Técnica

realizada en nombre del Equipo de
Trabajo Interinstitucional (IATT) sobre la
Prevención de la Transmisión del VIH en
Embarazadas, Madres y Niños

Ginebra, 25-27 de octubre de 2006



Organización
Mundial de la Salud



ONUSIDA

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

AGNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA

ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Actualización sobre VIH y alimentación infantil: basada en la reunión consultiva técnica realizada en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional (IATT) sobre la Prevención de las Transmisión del VIH en Embarazadas, Madres y Niños, Ginebra, 25-27 de octubre de 2006.

1.Lactancia materna - tendencias. 2.Nutrición infantil. 3.Alimentación artificial. 4.Infecciones por VIH - transmisión. 5.Transmisión vertical de enfermedad - prevención y control. 6.Directrices para la planificación en salud. 7.Evaluación de resultado (Atención de salud). I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 359596 2

(Clasificación NLM: WC 503.2)

© Organización Mundial de la Salud, 2008

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Contenido

Introducción	1
Recomendaciones actualizadas	2
Antecedentes técnicos que sustentan las recomendaciones	2
Aclaraciones de los puntos clave	2
Riesgo de transmisión	2
Lactancia materna exclusiva	3
Alimentación mixta	3
Duración de la lactancia materna	4
Interrupción de la lactancia materna	4
La lactancia materna para los lactantes infectados con el VIH	4
Consejería	5
Prueba de PCR	5
Leche de origen animal modificada en el hogar	5
Provisión de leche artificial	6
Tratamiento térmico de la leche materna extraída	6
El camino a seguir	6
Referencias	8
ANEXO 1: Recomendaciones actualizadas sobre VIH y alimentación infantil, Basadas en las Reuniones Consultivas Técnicas de los años 2000 y 2006	10
ANEXO 2: Resumen de las nuevas pruebas científicas e información programática tomadas en consideración durante la Reunión Consultiva Técnica sobre VIH y Alimentación Infantil, Ginebra, 2006	13
ANEXO 3: Consideraciones necesarias para la distribución y la obtención de la leche artificial gratuita o subsidiada	16

Introducción

Investigadores, jefes de programas, expertos en alimentación infantil y representantes del IATT¹, organismos de Naciones Unidas, la Oficina Regional de la OMS en África y seis programas de la oficina central de la OMS² se reunieron en Ginebra del 25 al 27 de octubre de 2006 con el objetivo de revisar una vasta cantidad de nuevas pruebas científicas y experiencias sobre VIH y alimentación infantil que se han ido acumulando desde la anterior consulta técnica realizada en octubre del año 2000³, y desde los llamamientos de Glion⁴ y Abuja⁵ con relación a la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño. El objetivo fue establecer si era posible aclarar y redefinir los lineamientos existentes de Naciones Unidas⁶, los cuales están basados en las recomendaciones de la reunión anterior.

Después de tres días de presentaciones técnicas y programáticas y de un intenso debate, el grupo acordó los principios generales que fundamentan las recomendaciones de octubre del año 2000 y, sobre la base de las nuevas pruebas científicas y de las experiencias presentadas, se llegó a un acuerdo sobre una serie de temas y sus consecuencias. El consenso logrado al finalizar la reunión se encuentra disponible en http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/if_consensus/en/index.html en tanto que el informe completo de la reunión se encuentra disponible en http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241595971/en/index.html.

Este documento tiene por objeto proporcionar la lista completa de recomendaciones actualizadas y una explicación de los puntos clave. La información está destinada a los jefes de programas y tomadores de decisiones, como así también a aquellos que estarán a cargo de revisar las pautas nacionales sobre la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y la alimentación de lactantes y niños pequeños.

¹ Academia para el Desarrollo Educativo, Junta de la Misión Médica Católica, Universidad de Columbia, Fundación de SIDA Pediátrico Elizabeth Glaser, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, Agencia para el Desarrollo Internacional de los EUA y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EUA.

² Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente, Nutrición para la Salud y el Desarrollo, VIH/SIDA, Investigación en Salud Reproductiva, Reducción de los Riesgos del Embarazo e Inocuidad de los Alimentos, Zoonosis y Enfermedades de Transmisión Alimentaria.

³ OMS. Nuevos datos sobre la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y sus implicaciones normativas. Conclusiones y recomendaciones. Reunión consultiva técnica de la OMS en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional sobre la transmisión del VIH de la madre al niño UNFPA/UNICEF/OMS/ONUSIDA. Ginebra, 11-13 de octubre de 2000. Ginebra, OMS 2001, WHO/RHR/01.28.

⁴ UNFPA and WHO. The Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children, 3-5 May 2004. [UNFPA y OMS. El Llamamiento de Glion a la Planificación Familiar y VIH/SIDA en Mujeres y Niños, 3-5 de mayo de 2004.]

⁵ Call to Action: Towards an HIV-free and AIDS-free Generation. Prevention of mother-to-child transmission high-level global partners forum, Abuja, Nigeria, December 3, 2005. [Llamamiento: Hacia una Generación Libre de VIH y de SIDA. Foro Mundial de Socios de Alto Nivel sobre la Prevención de la transmisión de la madre al niño, Abuja, Nigeria, 3 de diciembre de 2005.]

⁶ Si desea visualizar los lineamientos actuales, consulte los documentos y las herramientas en http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/infant_feeding/en/index.html ; y Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes- Directrices en http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_sp.pdf

Recomendaciones actualizadas

La consulta técnica de octubre de 2006 respaldó en líneas generales las recomendaciones de la reunión consultiva de octubre del año 2000, pero formuló y actualizó algunas aclaraciones, e identificó además algunas recomendaciones que ya no eran relevantes. En el Anexo 1 se encuentra la lista completa de las actuales recomendaciones sobre VIH y alimentación infantil, incluyendo las nuevas recomendaciones y aquellas que continúan siendo válidas desde el año 2000.

Antecedentes técnicos que sustentan las recomendaciones

Versión preliminar de una actualización sobre la transmisión del VIH a través de la lactancia materna: en el marco de la consulta de octubre de 2006 se presentó una revisión de las pruebas disponibles en tanto que la versión final se encuentra disponible en http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241596596/en/index.html.

El Anexo 2 contiene una síntesis de la información clave que se tomó en cuenta para actualizar las recomendaciones, extraída de la Declaración de Consenso.

Aclaraciones de los puntos clave

Riesgo de transmisión

El porcentaje general de transmisión del VIH a través de la lactancia materna sin ningún tipo de intervención es del 5-20% (OMS y col., 2004). Sin embargo, muchos profesionales de la salud, incluso aquellos con una capacitación relevante, sobreestiman el riesgo de transmisión (Chopra, Rollins, 2007). Cifras inferiores al 5% han sido registradas:

- En Sudáfrica (Coovadia y col., 2007), se halló que la lactancia materna exclusiva a partir de las seis semanas de vida hasta los seis meses conllevaba un riesgo de transmisión de aproximadamente el 4%. En Zimbabwe, la tasa de transmisión del VIH entre las seis semanas y los seis meses en lactantes amamantados en forma exclusiva durante al menos tres meses era de aproximadamente 1.3% (Iloff y col., 2005). La razón por la cual el período medido comienza a las seis semanas y no al momento del nacimiento se debe a que es durante este momento cuando generalmente es posible diferenciar la transmisión del VIH durante el parto de la transmisión durante la lactancia.
- Dado que la práctica de la lactancia materna a menudo conlleva un riesgo de transmisión de entre 0.8 y 1.2 por niño-mes (BHITS, 2004), el riesgo acumulado se reduce con un período de amamantamiento más breve de lo habitual.

- Las mujeres que requieren de ARV para su propia salud deben recibir este tipo de medicamentos. Este grupo de mujeres presentan mayor predisposición para transmitir el VIH a través de la lactancia a causa de la elevada carga viral o del bajo recuento de linfocitos CD4+. Actualmente se están realizando estudios comparados sobre la inocuidad y la eficacia de medicamentos ARV administrados durante la lactancia para reducir la transmisión en mujeres que aún no requieren del tratamiento. Existen cada vez más pruebas, obtenidas de estudios de observación y presentadas en la forma de *resúmenes* (Arendt y col., 2007; Kilewo y col., 2007), que señalan que este grupo de mujeres tienden a tener un bajo riesgo de transmisión.
- La prevención de la infección de la madre con el VIH durante el período de lactancia, como así también la prevención y el rápido tratamiento de la mastitis y de otros problemas mamarios, también reducen el riesgo de transmisión.

Lactancia materna exclusiva

Al momento de la consulta técnica de octubre del año 2000, la principal razón por la cual se recomendaba la lactancia materna exclusiva para las madres infectadas con el VIH que decidían amamantar eran los beneficios ampliamente documentados de la lactancia materna exclusiva por sobre la lactancia materna predominante¹ o parcial² para la salud del lactante. La consulta también tuvo en cuenta los posibles beneficios de la lactancia materna exclusiva en relación con la transmisión del VIH según lo sugiere el trabajo de Coutoudis y colegas (1999). Desde ese entonces, otros estudios han señalado que la lactancia materna exclusiva conlleva un menor riesgo de transmisión del VIH en comparación con la lactancia materna mixta (Iloff y col., 2005; Coovadia y col., 2007). Asimismo, estos hallazgos sostienen la recomendación anterior.

Es preciso recordar a los agentes de salud que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida representa el patrón de oro para todos los lactantes.

Alimentación mixta

Como se mencionó anteriormente, la alimentación mixta conlleva un mayor riesgo de transmisión del VIH que la lactancia materna exclusiva. El riesgo de la lactancia materna mixta con leche artificial o alimentos sólidos es notablemente más elevado que el riesgo de proporcionar agua u otros líquidos que no sean alimentos (Coovadia y col., 2007). Sin embargo, para las *mujeres no infectadas con el VIH* el riesgo de la alimentación mixta en términos de la transmisión del VIH es inexistente. Por consiguiente, para aquellas mujeres no infectadas con el VIH que no escogen la lactancia materna exclusiva, fomentar algún tipo de la lactancia es mejor que no amamantar.

¹ Lactancia materna predominante significa que la principal fuente de alimentación del lactante ha sido la leche materna. Sin embargo, el lactante también podría haber recibido agua o bebidas a base de agua, jugos, solución salina de hidratación oral y líquidos rituales (en cantidades limitadas).

² Lactancia materna parcial significa dar al lactante algo de leche materna y algunos alimentos artificiales, ya sea leche o cereales, u otro tipo de alimentos.

Duración de la lactancia materna

A las mujeres de la población general se les recomienda amamantar en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño (OMS, 2002; AMS, 2001). Esta recomendación hoy se aplica además a aquellas mujeres infectadas con el VIH que deciden amamantar porque que la alimentación de sustitución no es aceptable, factible, asequible, sostenible ni segura (AFASS). En cuanto a la transmisión del VIH, se estima que el beneficio derivado de la disminución de la duración de la lactancia materna exclusiva no superaría los riesgos de morbilidad y mortalidad derivados de la interrupción de la lactancia antes de los seis meses. No obstante ello, las recomendaciones contemplan la situación de algunas mujeres infectadas con el VIH que iría cambiando durante los primeros seis meses de vida de sus niños y que permitiría lograr una transición segura a la alimentación de sustitución si la misma se convierte en AFASS antes de ese período. Reconocen además que en el caso de algunos lactantes, el riesgo de desnutrición posterior a los seis meses es mayor si la familia no cuenta con alimentos de buena calidad adecuados para sustituir la leche materna. Para ellos, el riesgo de transmisión del VIH derivado de la alimentación mixta a partir de los seis meses probablemente sea menor que el riesgo de desnutrición grave vinculado a la interrupción por completo de la lactancia materna.

Interrupción de la lactancia materna

En el caso de aquellas mujeres infectadas con el VIH que deciden amamantar en forma exclusiva, no se recomienda la interrupción temprana de la lactancia materna (antes de los seis meses) a menos que su situación se modifique y la alimentación de sustitución sea AFASS.

Por lo general, no se recomienda la interrupción abrupta o rápida incluso a los seis meses debido a los posibles efectos negativos en la madre y el niño, incluyendo la mastitis y el dolor de pecho (Sinkala y col., 2007). Si bien se desconoce la duración óptima del proceso de interrupción de la lactancia materna, según la opinión de expertos y de la experiencia de los programas, para la mayoría de las mujeres y sus hijos el período más adecuado comprendería de dos o tres días a dos o tres semanas.

La lactancia materna para los lactantes infectados con el VIH

La orientación anterior establecía que los lactantes con infección con el VIH confirmada que continuaban siendo amamantados, debían continuar con la lactancia hasta los dos años o más (igual que lo recomendado para la población general), de acuerdo a la opinión consensuada de los expertos. En la actualidad existen datos obtenidos de Zambia para sostener esta recomendación (Sinkala y col., 2007). Esta cuestión ha tomado mayor relevancia con la disponibilidad más amplia de la prueba de PCR para determinar el estado del VIH del lactante a las seis semanas, mucho antes de lo que anteriormente era posible.

Consejería

Se recomienda la consejería en alimentación infantil y el apoyo a la misma para aquellas mujeres infectadas con el VIH durante el embarazo, durante los primeros días posteriores al parto y en diversos momentos en el transcurso de los dos primeros años de vida del niño. Se requiere tiempo para dar consejería inicial en las opciones de alimentación para preparar a una mujer en la toma de decisiones sobre alimentación. El grupo recomendó simplificar el proceso de consejería y reducir el tiempo necesario de modo que sólo se discutan las dos opciones principales (la alimentación de sustitución y la lactancia materna exclusiva). La consejera debatirá en detalle alguna otra opción si la mujer expresa su interés en ella (extracción y tratamiento térmico de la leche, amamantamiento por otra mujer, o en algunos países, bancos de leche materna).

Una vez que la madre haya tomado una decisión respecto de cómo alimentará a su hijo, el contenido de la consejería dependerá del contexto en ese momento. Esto se aplica en especial a la consejería a los seis meses para las mujeres que aún se encuentran amamantando. Si bien es necesario considerar el criterio AFASS al momento de decidir interrumpir la lactancia, lo que debe tenerse en cuenta es principalmente si la familia es capaz de proporcionar leche u otro alimento de origen animal como por ejemplo los alimentos complementarios adecuados para un niño a esa edad. Si la familia no cuenta con alimentos apropiados disponibles para sustituir la leche materna, entonces el riesgo de desnutrición grave podría ser mayor que el riesgo de transmisión del VIH, incluso durante un breve período de alimentación mixta.

Prueba de PCR

La OMS recomienda la prueba virológica de los lactantes a las seis semanas de vida. Es durante este momento en el que las madres y sus hijos necesitarán un apoyo adicional a la alimentación infantil. Es comprensible que una madre que amamanta a un niño cuya prueba resulta negativa probablemente reaccione ante esta información interrumpiendo la lactancia. Sin embargo, es preciso recurrir a una consejería basada en los criterios AFASS para ayudarla a evaluar si es apropiado interrumpir la lactancia en su situación.

Leche de origen animal modificada en el hogar

Ya no se recomienda la leche de origen animal modificada en el hogar como una opción de alimentación de sustitución para los primeros seis meses de vida. No proporciona todos los nutrientes necesarios para el lactante; tampoco se encuentra disponible la combinación de micronutrientes que originalmente se recomendaba añadir. Para aquellas mujeres que optan por la alimentación de sustitución, la leche de origen animal modificada en el hogar sólo se debe utilizar por períodos breves cuando la leche artificial no se encuentra disponible.

Para los lactantes de seis meses o más, es posible agregar leches animales sin diluir a su alimentación ya que estas leches son un alimento adecuado para sustituir la leche materna. Los volúmenes recomendados son 200-400ml diarios si las cantidades adecuadas de otros alimentos de origen animal se consumen en forma regular, de lo contrario se recomienda proporcionar 300-500ml diarios.

Provisión de leche artificial

La OMS no cuenta con ninguna recomendación respecto de si los gobiernos deben dispensar leche artificial en forma gratuita o subsidiada a las madres infectadas con el VIH. No obstante, si el gobierno decide proporcionar la leche artificial, los organismos de Naciones Unidas recomiendan que estén dadas las condiciones para garantizar que se distribuyan y utilicen en forma adecuada. Estas condiciones están mencionadas en *El VIH y la alimentación infantil: Pautas para tomadores de decisiones* (OMS y col., 2003a) (ver Anexo 3).

Hasta el momento, la experiencia relativa al uso de la leche artificial en los programas nacionales y en los proyectos de investigación en África no ha demostrado las reducciones esperadas en la transmisión del VIH ni tampoco incrementos en la supervivencia libre del VIH, en tanto que en algunas ocasiones sí se ha observado una propagación indeseable a la población general (Creek y col., 2007; Thior y col., 2006).

El desafío de proporcionar un régimen adecuado a los lactantes no amamantados no termina a los seis meses. Si existen los recursos, es preciso escoger a los lactantes de madres infectadas con el VIH que han amamantado en forma exclusiva hasta los seis meses para que reciban algún tipo de leche de sustitución desde el momento en el que se interrumpa la lactancia materna.

Tratamiento térmico de la leche materna extraída

Si bien hoy ya no se considera una opción principal de alimentación infantil, el tratamiento térmico de la leche materna extraída podría ser una opción factible para algunas mujeres, en especial cuando su hijo tenga algunos meses y durante la transición de la lactancia materna a la alimentación de sustitución. El único método recomendado por la OMS en el hogar es hervir la leche. Sin embargo, actualmente se están haciendo pruebas de factibilidad sobre otros métodos que podrían resultar más sencillos y rápidos además de seguros.

El camino a seguir

La OMS y otras agencias revisarán y volverán a elaborar algunos de sus lineamientos actuales sobre la base de la Declaración de Consenso. Se recomienda a los países revisar sus pautas actuales, sus instrumentos de trabajo y materiales de capacitación relativos al VIH y a la alimentación infantil como así también a la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH a la luz de la información y las recomendaciones en este documento. Se recomienda a su vez evaluar su actualización de modo apropiado.

Al realizar esta labor, sería oportuno que los países revisaran el estado de la ejecución de las áreas descriptas en *El VIH y la alimentación infantil: Marco para las Acciones Prioritarias* (OMS y col., 2003b) (en síntesis: una política sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño; el estado del Código de Comercialización de Sustitutos de la Leche Materna; la protección, la promoción y el respaldo a la lactancia materna en la población

general; la consejería en alimentación infantil y el apoyo a las madres infectadas con el VIH; y el monitoreo y la evaluación).

La mayoría de los países también se beneficiarán la formulación de recomendaciones locales apropiadas y del apoyo a las madres infectadas con el VIH y a sus hijos una vez que se interrumpa la lactancia, en especial durante el crítico período de crecimiento y desarrollo infantil comprendido entre aproximadamente los seis meses y los dos años.

Se les recuerda además a los países que una consejería de calidad proporcionada por consejeras capacitadas y supervisadas es clave para evitar la transmisión del VIH posnatal y garantizar una mejor supervivencia del niño libre del VIH. Para promover una buena consejería se encuentran disponibles una serie de cursos de capacitación e instrumentos de trabajo.

Referencias

- Arendt V y col. AMATA study: effectiveness of antiretroviral therapy in breastfeeding mothers to prevent post-natal vertical transmission in Rwanda. Fourth International AIDS Society Conference, Sydney, Australia, 22-25 July 2007 (<http://www.ias2007.org/pag/Abstracts.aspx?SID=52&AID=5043>, consultado el 1 de setiembre de 2007).
- Asamblea Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Resolución WHA54.2.OMS, Ginebra, 2001.
- The Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group (BHITS), A. Coutoudis, F. Dabis, W. Fawzi, P. Gaillard, G. Haverkamp y col. "Late postnatal transmission of HIV-1 in breast-fed children: An individual patient data meta-analysis." *Journal of Infectious Diseases*, 2004, **189**(12): 2154-2166.
- Chopra M and Rollins N. Infant feeding in the time of HIV: Assessment of infant feeding policy and programmes in four African countries scaling up prevention of mother to child transmission programmes. *Archives of Disease In Childhood*, publicado en línea el 8 de agosto de 2007 (<http://adc.bmj.com/cgi/content/abstract/adc.2006.096321v1>, consultado el 1 de setiembre de 2007).
- Coovadia HM y col. Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding: the first six months of life. *Lancet*, 2007, 369:1107-1116.
- Coutoudis A y col. Influence of infant feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *Lancet* 1999, 354: 471-476.
- Creek T. A large outbreak of diarrhea with high mortality among non-breastfed children in Botswana, 2006: Implications for HIV prevention strategies and child health. 14th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Los Angeles. February 25-28, 2007. Presentación No. 9.
- Iliff P y col. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival. *AIDS* 2005; 19:699-708.
- Kilewo C y col. Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 through breastfeeding by treating mothers prophylactically with triple antiretroviral therapy in Dar es Salaam, Tanzania - the MITRE PLUS study. Fourth International AIDS Society Conference, Sydney, Australia, 22-25 July 2007 (<http://www.Ias2007.org/pag/Abstracts.aspx?SID=52&AID=2982>, consultado el 1 de setiembre de 2007).
- OMS. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243562215.pdf>, consultado el 29 de setiembre de 2008).
- OMS, OPS, ONUSIDA, UNICEF, UNFPA. El VIH y la alimentación infantil. Pautas para tomadores de decisiones. Ginebra, 2003a (http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275326010_spa.pdf, consultado el 29 de setiembre de 2008).

ONUSIDA, FAO, ACNUR, UNICEF, OMS, PMA, Banco Mundial, FNUAP, OIEA. VIH y Alimentación Infantil. Marco Estratégico para las Acciones Prioritarias. Ginebra, 2003b (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243590774.pdf>, consultado el 29 de setiembre de 2008).

OMS, OPS, ONUSIDA, UNICEF, UNFPA. Transmisión del VIH a través de la lactancia. Revisión de los conocimientos actuales. Ginebra, 2004 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9275326029_spa.pdf, consultado el 29 de setiembre de 2007)

Sinkala M y col. for the Zambia Exclusive Breastfeeding Study (ZEBS) Team. No benefit of early cessation of breastfeeding at 4 months on HIV-free survival of infants born to HIV-infected mothers in Zambia: the Zambia Exclusive Breastfeeding Study. CROI 2007, Session 24, Abstract 74.

Thior I y col. Breastfeeding plus infant zidovudine prophylaxis for 6 months vs formula feeding plus infant zidovudine for 1 month to reduce mother-to-child HIV transmission in Botswana: a randomized trial: the Mashi Study. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 296: 794-805.

ANEXO 1

Recomendaciones actualizadas sobre VIH y Alimentación infantil, basadas en las Reuniones Consultivas Técnicas de los años 2000 y 2006

1. La opción de alimentación infantil más adecuada para una madre infectada con el VIH depende de su situación individual, incluyendo su estado de salud y el contexto local, si bien debe tener en cuenta los servicios de salud disponibles y la consejería y el apoyo que probablemente reciba.
2. Se recomienda que las madres infectadas con el VIH amamenten en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, a menos que la alimentación de sustitución sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura para ellas y sus lactantes antes de ese momento.
3. Cuando la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda que las mujeres infectadas con el VIH interrumpan la lactancia materna por completo.
4. A los seis meses, si la alimentación de sustitución aún no es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda continuar con la lactancia y agregar alimentos complementarios, en tanto que la madre y el lactante continúan siendo evaluados regularmente. Es preciso interrumpir todo tipo de lactancia materna una vez que sea posible proporcionar una alimentación adecuada y segura sin leche materna¹.
5. Es necesario que todas las madres infectadas con el VIH reciban consejería, la cual incluye la provisión de información general sobre los riesgos y los beneficios de las diversas opciones de alimentación infantil y una orientación específica para la selección de la opción más adecuada para su situación. Sea cual fuere la decisión de la madre, debe recibir apoyo.
6. Se deberá capacitar, movilizar, supervisar y apoyar a toda aquella persona que sea capaz de dar consejería en alimentación infantil a las mujeres infectadas con el VIH. Este apoyo debe incluir una capacitación actualizada a medida que surjan nueva información y nuevas recomendaciones.
7. Cuando las madres infectadas con el VIH decidan no amamantar desde el nacimiento o interrumpan la lactancia más adelante, es preciso contribuir con orientación específica y apoyo durante al menos los dos primeros años de vida del niño, garantizando así una alimentación de sustitución adecuada. Los programas

¹ Si desea más información sobre una alimentación nutricionalmente adecuada y segura, consultar OMS. Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 los 24 meses de edad. Ginebra, 2007.

deben esforzarse en mejorar las condiciones de seguridad de la alimentación de sustitución para las madres infectadas con el VIH y sus familias.

8. Es preciso que la información y la educación sobre la transmisión del VIH de la madre al niño esté dirigida a la población general, y a las comunidades afectadas y sus familias.
9. Las mujeres infectadas con el VIH que amamantan deben:
 - a. recibir ayuda para velar por que utilicen una buena técnica de amamantamiento, evitando así problemas mamarios que deben tratarse rápidamente si aparecen,
 - b. recibir orientación específica y apoyo al momento de interrumpir la lactancia para evitar consecuencias nutricionales y psicológicas perjudiciales y mantener una buena salud mamaria.
10. Sea cual fuere la decisión de la madre sobre alimentación infantil, los servicios de salud deben hacer un seguimiento de todos los lactantes expuestos al VIH y continuar ofreciendo consejería en alimentación infantil y apoyo a la misma, en especial en aquellos momentos clave en los que es preciso reevaluar las decisiones sobre alimentación como ser el momento de diagnóstico del VIH infantil temprano y a los seis meses de edad.
11. Las madres de lactantes y niños pequeños infectadas con el VIH que se encuentran amamantando deben ser alentadas a continuar con la lactancia igual que la población general, hasta los dos años o más.
12. Los programas nacionales deben proporcionar a todos los lactantes expuestos al VIH y a sus madres un paquete completo de intervenciones de supervivencia infantil y salud reproductiva¹ el cual se relacione efectivamente con la prevención del VIH, su tratamiento y los servicios de atención de la salud. Asimismo, los servicios de salud deben hacer su mejor esfuerzo por respaldar la prevención primaria en el caso de aquellas mujeres cuyas pruebas resulten negativas antes del parto o durante el mismo, prestando especial atención al período de amamantamiento.
13. Los gobiernos deben velar por que ese paquete de intervenciones mencionadas anteriormente, como así también las condiciones descritas en las recomendaciones actuales², se encuentren disponibles antes de evaluar la posibilidad de distribuir leche artificial en forma gratuita.

¹ Ver: WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Towards universal access. Recommendations for a public health approach. Geneva, 2006 [OMS. Antirretrovirales para el tratamiento de embarazadas y la prevención de la infección infantil por el VIH. Hacia el acceso universal. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra, 2006] y OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra, 2005.

² Ver: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/infant_feeding/en/index.html.

14. Los gobiernos, otras partes interesadas y donantes deben incrementar notablemente su compromiso y sus recursos para la ejecución de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y el Marco Estratégico para las Acciones Prioritarias de Naciones Unidas sobre el VIH y la Alimentación Infantil para evitar eficazmente las infecciones posnatales por el VIH, mejorar la supervivencia libre del VIH y lograr las metas relevantes de la UNGASS.

ANEXO 2

Resumen de las nuevas pruebas científicas e información programática tomadas en consideración durante la Reunión Consultiva Técnica sobre VIH y Alimentación Infantil, Ginebra 2006

Nuevas pruebas científicas sobre la transmisión del VIH por la lactancia materna:

- En 3 extensos estudios de cohortes llevados a cabo en Côte d'Ivoire, Sudáfrica y Zimbabwe se encontró que el riesgo de transmisión del VIH asociado a la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida se redujo a una tercera o cuarta parte comparado al riesgo asociado a la lactancia no exclusiva.¹
- Se confirmó que un bajo recuento materno de linfocitos CD4+, una alta carga viral en la leche materna y el plasma, seroconversión materna durante la lactancia y duración de la lactancia materna son factores de riesgo importantes para la transmisión postnatal del VIH y la mortalidad en la niñez.
- Según datos programáticos de Botswana, Mozambique y Uganda, existen indicios de que la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) para madres que la requieren puede reducir la transmisión postnatal del VIH. Se espera información sobre la inocuidad y eficacia de este tratamiento y sobre ensayos clínicos de profilaxis infantil.

Nuevas pruebas científicas sobre morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH y la alimentación infantil

- Según estudios en contextos donde se proporcionó profilaxis antirretroviral y leche artificial gratuita para lactantes (Botswana y Côte d'Ivoire), el riesgo de infección con el VIH y de muerte a los 18 meses de vida fue similar en los lactantes que recibieron alimentación de sustitución desde el nacimiento y los que fueron amamantados por 3 a 6 meses.
- Según estudios completados (Malawi) y en ejecución (Kenya, Uganda y Zambia), la interrupción temprana de la lactancia (antes de los 6 meses) estuvo asociada con un aumento en el riesgo de morbilidad infantil (especialmente diarrea) y mortalidad en niños expuestos al VIH².

¹ En Côte d'Ivoire, la lactancia no exclusiva incluyó cualquier otro líquido o alimento; en Sudáfrica, esta incluyó leches no-humanas u otros líquidos, con o sin sólidos; en Zimbabwe, esta incluyó alimentos y líquidos que no fueron leche materna.

² La frase "Niños expuestos al VIH" se refiere a niños nacidos de mujeres que viven con el VIH o que son amamantados por ellas.

- Según datos preliminares presentados de un estudio aleatorio en Zambia, la interrupción temprana de la lactancia a los 4 meses estuvo asociada con una reducción de la transmisión del VIH pero también con un aumento en la mortalidad de estos niños entre los 4 y 24 meses de edad.
- Según datos preliminares de Botswana y Zambia, en lactantes infectados con el VIH la supervivencia fue mayor cuando la lactancia materna duró más de 6 meses, que cuando hubo interrupción temprana de la lactancia.

Mejoramiento de las prácticas de alimentación infantil

- En Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe se logró un mejor cumplimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y una mayor duración de la misma en madres infectadas con el VIH y en madres no infectadas cuando se les proporcionó mensajes coherentes y consejería frecuente y de alta calidad.

Nueva información de programas

- Las pautas sobre la alimentación infantil y el VIH de las Naciones Unidas están disponibles y su utilización es cada vez mayor para la formulación de políticas en los países, pero aún existen desafíos en su ejecución.
- Las bajas cobertura y calidad del espectro completo de intervenciones¹ para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño, incluyendo aquellas relacionadas a la consejería y al apoyo sobre la alimentación infantil son inquietantes.
- Los servicios de salud deficientes o mal organizados afectan la calidad de la consejería y el apoyo sobre la alimentación infantil. Una consejería inadecuada, insuficiente o inexistente sobre la alimentación infantil ha resultado en la selección inapropiada de opciones de alimentación, tanto de mujeres infectadas con el VIH como de mujeres no infectadas.
- La intensificación de la consejería y el apoyo sobre alimentación infantil de alta calidad y de las intervenciones relacionadas necesita un compromiso sostenible y fuerte y el apoyo de agencias internacionales y donantes que trabajen al unísono con los Ministerios de Salud.
- El pronunciado aumento de las muertes por diarrea y desnutrición en lactantes y niños pequeños no amamantados durante un reciente brote de enfermedades diarreicas en un país señala con fuerza la vulnerabilidad de los lactantes y niños pequeños que reciben alimentos de sustitución y en la necesidad de un seguimiento adecuado para todos los lactantes.

¹ El espectro completo de intervenciones incluye: prevención primaria de infección con el VIH en mujeres; prevención de embarazos involuntarios en mujeres que viven con el VIH; prevención de la transmisión de mujeres que viven con el VIH a sus lactantes; y prestación de atención, tratamiento y apoyo a las mujeres que viven con el VIH y sus familias.

- Aumentar el acceso al diagnóstico temprano de los lactantes en los primeros meses de vida y al tratamiento pediátrico antirretroviral, provee nuevas oportunidades para la evaluación postnatal de la alimentación infantil, la consejería y el apoyo nutricional de seguimiento.

ANEXO 3

Consideraciones Necesarias para la Distribución y la Obtención de la Leche Artificial Gratuita o Subsidiada¹

Los gobiernos pueden decidir sobre la provisión de leche artificial a los lactantes de madres infectadas con el VIH bajo circunstancias especiales²:

- La leche artificial se debe proporcionar en forma gratuita o a un costo subsidiado sólo a aquellas mujeres infectadas con el VIH y a sus hijos en caso de que la alimentación de sustitución sea aceptable, factible, sostenible y segura. El gobierno en cuestión debe asegurarse de poder costear la provisión de la leche artificial sin interrupción, incluso en las áreas más distantes, por el tiempo que el niño lo necesite. No se aceptará ningún ofrecimiento de leche artificial gratuita o a bajo costo de los fabricantes o distribuidores. Los gobiernos deben adquirir la leche artificial a través de canales normales.
- Los gobiernos deben garantizar la ejecución del Código (haciendo hincapié en la adquisición y la distribución de la leche artificial y en los requerimientos del Código en materia del producto y del envase).
- El personal responsable de la distribución de leche artificial debe contar con normas que especifiquen bajo qué condiciones las mujeres infectadas con el VIH la recibirán, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo, dónde se distribuirá, etc.
- Antes de entregar la leche artificial en los establecimientos de salud, es preciso identificar a las consejeras capacitadas en materia de lactancia materna, alimentación complementaria y alimentación infantil y VIH. Las consejeras deberán ser capaces de proporcionar consejería, orientación y apoyo en forma objetiva a todas las madres. La consejería para las mujeres infectadas con el VIH que escogen la leche artificial debe incluir demostraciones acerca de la seguridad en su almacenamiento, su preparación y administración al niño, incluyendo la alimentación con taza. Las demostraciones sólo se deben realizar para las mujeres que han optado por alimentar con leche artificial.
- Antes de que el gobierno distribuya la leche artificial en los establecimientos de salud, es preciso que elaboren planes para explicar al público los problemas vinculados al VIH y a la alimentación infantil y las consecuencias de la distribución de leche artificial. El objetivo es que las madres a quienes se aconseja obtener y

¹ Extraído de la Sección 4.4, El VIH y la alimentación infantil: Pautas para tomadores de decisiones.

² Las condiciones que aparecen a continuación se basan principalmente en las experiencias de África con la distribución de la leche artificial en los proyectos para evitar la transmisión del VIH a los lactantes y los niños pequeños.

utilizar la leche artificial gratuita y evitar amamantar no sean estigmatizadas por no hacerlo. El temor a ser estigmatizadas podría impulsar a algunas madres a practicar la alimentación mixta.

- Se deberá recabar y analizar toda información sobre el estado de salud y nutrición (en especial del crecimiento) de los lactantes alimentados con sustitutos de la leche materna que permita monitorear los resultados para su salud .
- Una vez iniciada su distribución, es preciso continuar proporcionando leche artificial a los lactantes durante al menos los primeros seis meses de vida. Después de seis meses, los lactantes pueden continuar recibiendo leche artificial o recibir leche de origen animal al menos durante un año y preferentemente hasta los dos años. No se requieren de leches artificiales de seguimiento¹. Es necesario proporcionar leche de sustitución a las madres que inician la lactancia materna y que deciden interrumpirla en algún momento durante el primer año de vida.
- Los países que evalúen la provisión de leche artificial gratuita o subsidiada para las mujeres infectadas con el VIH que deciden no amamantar deben también evaluar la provisión de un apoyo nutricional u otros tipos de apoyo relacionados a la nutrición para las mujeres infectadas con el VIH que escogen otras opciones. Proporcionar o subsidiar una opción para todas las mujeres infectadas con el VIH resulta equitativo y crea un ambiente en el cual no se ve al sistema de salud como promotor de una opción por sobre la otra. Asimismo, evitaría que las mujeres escogieran la alimentación de sustitución a causa de la leche artificial, y no porque sea posible llevarla a la práctica en forma segura.

¹ Alimento destinado a ser utilizado como parte líquida del régimen alimentario del lactante desde el sexto mes y para los niños pequeños.

El presente documento contiene la lista completa de las recomendaciones actualizadas sobre VIH y alimentación infantil, como así también una explicación de los puntos clave. La información está destinada a los jefes de programa, tomadores de decisiones y aquellos que estarán a cargo de revisar las pautas nacionales sobre la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y la alimentación de lactantes y niños pequeños.

Si desea acceder a documentos similares o a más información sobre el VIH y la alimentación infantil, consulte
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/infant_feeding/en/index.html

Para más información, póngase en contacto con:

Organización Mundial de la Salud

Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente (cah@who.int) o

Departamento de VIH/SIDA (hiv-aids@who.int) o

Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo (nutrition@who.int)

20 Avenue Appia,
1211 Ginebra 27, Suiza

Sitio en la web: <http://www.who.int>

ISBN 978 92 4 359596 2

