

# Lactancia materna en personas con VIH

ETMI-Plus

Hacia la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis, enfermedad de Chagas y Hepatitis B en las Américas



Dr. Marcelo Vila

Unidad de VIH, hepatitis, TB e ITS

OPS/OMS

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

# Marco ETMI *Plus*

## Visión

Generaciones libres de VIH, sífilis congénita, hepatitis B y Chagas

## Objetivo

Lograr y sostener la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, sífilis, Chagas y la hepatitis B perinatal en las Américas

## Metas de Impacto

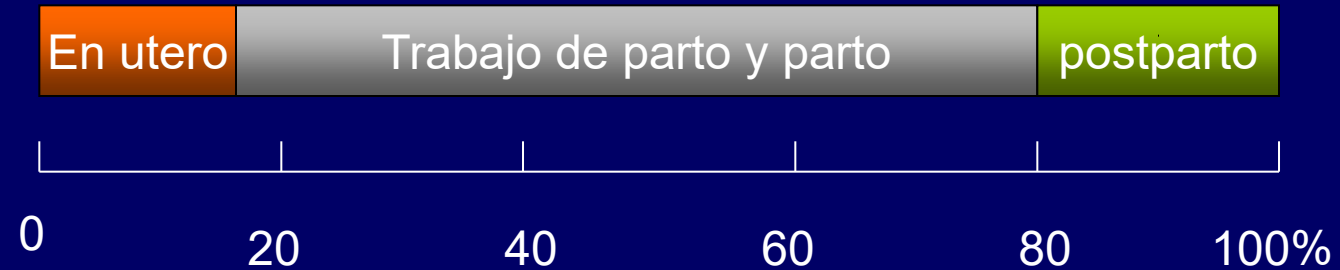
- $\leq 2\%$  de TMI del VIH
- $\leq 0,5$  casos de **sífilis congénita** por 1.000 nacidos vivos;
- $\leq 0,1\%$  de prevalencia del **HBsAg** en los niños de **4-6 años** de edad
- $\geq 90\%$  de los **neonatos** con enfermedad de Chagas curados



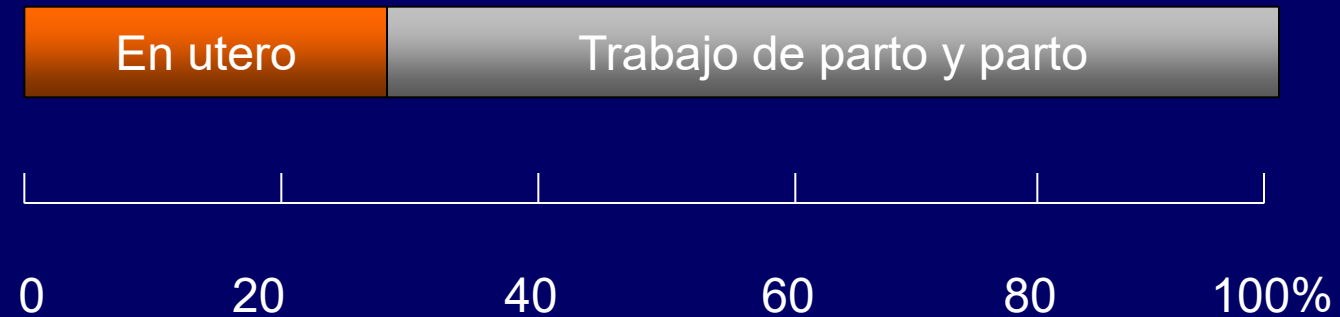
# Momentos de transmisión vertical de VIH

Sin ARV 30% de los embarazos con VIH finaliza con niños infectados

CON lactancia



SIN lactancia



## *¿Por qué hablar de Lactancia y VIH hoy?*

- Porque se dispone de **nueva evidencia** sobre el riesgo de TV del VIH a través de la lactancia en mujeres que recibieron ARV en forma sostenida durante el período que amamantaron
- Porque los beneficios de la lactancia para la salud de personas que amamantaron y para el lactante han sido demostrados desde hace décadas
- Porque algunas mujeres con VIH han manifestado su deseo de amamantar

# Evidencia sobre TV de VIH

*J Acquir Immune Defic Syndr.* 2018 April 01; 77(4): 383–392. doi:10.1097/QAI.0000000000001612.

**Prevention of HIV-1 transmission through breastfeeding: Efficacy and safety of maternal antiretroviral therapy versus infant nevirapine prophylaxis for duration of breastfeeding in HIV-1-infected women with high CD4 cell count (IMPAACT PROMISE): a randomized, open label, clinical trial**



Full length article

Successful implementation of new Swiss recommendations on breastfeeding of infants born to women living with HIV

*J Acquir Immune Defic Syndr.* 2022 February 01; 89(2): e16. doi:10.1097/QAI.0000000000002846.

## A counseling and monitoring approach for supporting breastfeeding women living with HIV in Botswana



**72 weeks post-partum follow-up of dolutegravir versus efavirenz initiated in late pregnancy (DolPHIN-2): an open-label, randomised controlled study**



Thokozile R Malaba, Irene Nakatudde, Kenneth Kintu, Angela Colbers, Tao Chen, Helen Reynolds, Lucy Read, Jim Read, Lee-Ann Stemmet, Megan Mrubata, Kelly Byrne, Kay Seden, Adelline Twimukye, Helene Theunissen, Eva Maria Hodel, Justin Chiong, Nai-Chung Hu, David Burger, Duolao Wang, Josaphat Byamugisha, Yussif Alhassan, Sharon Bokaka, Catriona Waitt, Miriam Taegtmeier, Catherine Orrell, Mohammed Lamorde, Landon Myer, Saye Khoo, for the DolPHIN-2 Study Group

### Summary

*Lancet HIV* 2022; 9: e534–43

**Background** Late initiation of antiretrovirals in pregnancy is associated with increased risk of perinatal transmission

- Estudios tanto en países de ingresos altos como bajos han demostrado que ARV utilizado por personas con VIH que amamantan reduce significativamente el riesgo de transmisión posnatal. En personas que tienen supresión viral sostenida, el riesgo de transmisión es menor al 1%.
- La transmisión por lactancia materna se ha documentado a pesar de la supresión viral sostenida. Además del ARN del VIH libre de células, la leche humana contiene células inmunes que pueden albergar provirus del ADN del VIH que podría ser capaz de infectar lactante.

**Tabla 1: Resumen de los documentos de recomendaciones sobre Lactancia en contexto de infección por VIH**

	Suiza (2019)	BHIVA (2020)	OMS (2021)	EACS (2023)	DHHS (2023)	SADI (2023)
Recomendación	No se debe recomendar LH de rutina. <b>Decisión compartida</b> Escenario óptimo: madre bajo controles médicos regulares, tratamiento ARV y CVp indetectable a lo largo de todo el embarazo.	No se recomienda LH. La decisión de amamantar debería ser acompañada ante supresión virológica y adherencia a ART.	No debe restringirse la LH en escenarios en donde puede asegurarse la adherencia materna al TARV *.	No se recomienda LH. Asesoramiento sobre riesgo bajo pero no nulo de TML. Acompañamiento en caso de adherencia óptima a ARV y supresión virológica.	Asesoramiento preconcepcional y durante el embarazo. La decisión de amamantar debería ser acompañada ante supresión virológica sostenida.	No se recomienda LH. Se contraindica en aquellas personas embarazadas que tuvieron viremia detectable o escasa adherencia al TARV durante el embarazo.
Duración máxima LH	4 meses	6 meses	24 meses (muy baja calidad de evidencia). 12 meses (baja calidad de evidencia).	6 meses	6 meses	6 meses
PPE extendida	No recomendada	No recomendada	A considerar según duración de LM.	No recomendada	La decisión deberá ser tomada en conjunto con los padres.	No se encuentra definida la duración de la misma.
Controles prenatales	2 determinaciones con intervalo de un mes, la última más allá de la semana 36.	A las 2-4 semanas de inicio de ARV, una determinación por trimestre y a las 36 semanas.	CVp a partir de semana 34.	CVp mensual	A las 2-4 semanas de inicio de ARV, mensual hasta supresión virológica, luego cada trimestre y a las 36 semanas o 4 semanas antes del parto.	
Controles Seguimiento	CVp al mes, 3 y 6 meses de vida. Ac 18-24m (o 3 meses luego de suspensión de LM)	CV 2 ddv CV 2 semanas Mensual hasta 2 meses después de la suspensión de LM. Ac 24m (o 2 meses luego de suspensión de LM).	NAT 0-2 ddv NAT 4--6 semanas NAT 9 meses Ac 18 meses (o 3 meses luego de suspensión de LM).	CVp regularmente durante LM y 2-4 semanas luego de suspendida, hasta 3 meses después.	CVp al nacer CVp a los 14-21 ddv CVp al mes y a los 4-6m CVp trimestral mientras dure LM. Ac 3-6 meses luego de suspensión de LM.	CVp 2-3 ddv CVp 14-21 ddv CVp 6-8 semanas CVp 12-16 semanas CVp 5-6 meses Al mes, 3 y 6 meses de suspendida LM. Ac 18-24m
Suspensión	CVp >50 cp/ml	Mastitis Infecciones gastrointestinales del bebé.		CVp >50 cp/ml. Mastitis Infección oral o astointestinal del lactante.	CVp >50 cp/ml Mastitis	CVp >50 cp/ml Mastitis

En regiones donde la diarrea, neumonía y desnutrición son patologías frecuentes. La LH en contexto de tratamiento ARV materno aumenta la sobrevida de infantes y niños libres de infección, en comparación con aquellos que reciben menor tiempo de lactancia, o leche de fórmula.



La respuesta integral es con todos

Hacia una respuesta con y para ellos

## Jornada de Trabajo Intersectorial en Lactancia y VIH 2023

30 de mayo de 2023



Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis

OPS

Ministerio de Salud Argentina

ONUSIDA

## Lactancia en contexto de infección por VIH

Segunda reunión intersectorial-19 de Septiembre 2024




Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis

OPS

ONUSIDA

# Lactancia en el contexto de infección por VIH en Argentina

## Documento técnico intersectorial 2025

### Instituciones participantes del Anexo 1. Lactancia en contexto de Infección por VIH en Argentina

ONUSIDA, OPS, Ministerio de Salud de la Nación (DRVIHVYTB y DISAPENI), Sociedad Argentina de Infectología (SADI), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA), Comité de Ética Hospital Juan Garrahan, Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (INBIRS UBA-CONICET), ICW Argentina, Fundación Huésped, Helios Salud, Programa VIH de San Luis, Programa VIH de Tucumán y Programa VIH de Neuquén, Hospital Interzonal General de Agudos de Junín, Dr. Abraham F. Piñeyro.



[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/algoritmos\\_vih\\_sifilis\\_hepatitis\\_b\\_y\\_chagas\\_2025\\_27052025.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/algoritmos_vih_sifilis_hepatitis_b_y_chagas_2025_27052025.pdf)





# Lactancia en el contexto de infección por VIH en Argentina

Las recomendaciones se basan en un **modelo de decisiones compartidas**. Es un enfoque colaborativo donde **equipos de salud y personas afectadas** trabajan juntos para tomar decisiones clínicas informadas, teniendo en cuenta la mejor evidencia disponible, las opciones disponibles, y las preferencias, valores y circunstancia particular de cada persona.



# Aspectos Ético-Legales en Argentina

---

**Criminalización, estigma y violencia**: el riesgo de juzgar moral y legalmente a las embarazadas es inapropiado, antiético e ilegal.

Ley 27.675 “Ley Nacional de respuesta integral al VIH, Hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual-ITS y tuberculosis-TBC”

**derecho a recibir asistencia integral y** un trato digno y respetuoso, sin discriminación ni criminalización de ningún tipo

derecho a la confidencialidad, privacidad e intimidad, respecto de no declarar su diagnóstico y/o estadio de su infección.

**Que se le brinde la información sanitaria necesaria**, vinculada a su salud, como a la de su hijo/a, tanto en el embarazo como en el post parto. Dicha información deberá ser actualizada, clara y **basada en evidencia**

Otras Leyes concurrentes: Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado, La Ley Nacional N° 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia, Ley 26.873, sobre Lactancia Materna, Promoción y Concientización Pública



## Orientaciones generales

---

- En Argentina se cuenta con alternativas seguras y efectivas para sustituir la lactancia humana con fórmulas lácteas y evitar así el riesgo de transmisión del VIH a través de esa vía. Por lo tanto, **NO SE RECOMIENDA** la lactancia materna en mujeres con VIH.
- Se define al escenario de la Lactancia en contexto de VIH como un escenario de abordaje **INDIVIDUALIZADO**:
  - Para la persona con intención de lactar, la **supresión virológica** debe documentarse desde el período pregestacional y durante toda la gestación. La última CV durante la gestación se recomienda entre las 34-36 semanas.
  - Se deben conformar equipos de diferentes disciplinas que permitan un **abordaje multidimensional** del proceso de decisiones compartidas y acompañamiento.

## Acciones

---

- Revisar riesgos/beneficios/alternativas a la lactancia humana basados en la evaluación multidimensional de cada persona.
- Evaluación socio ambiental de la persona gestante y la eventual vinculación necesaria al cuidado de la salud mental que puedan optimizar la supresión viral materna en el período postparto.
- Seguimiento de la persona gestante/ evaluación de adherencia y supresión virológica sostenida.
- Seguimiento del lactante con las recomendaciones de profilaxis ARV.
- Vincular con de redes locales y regionales de personas afectadas para brindar apoyo



# Orientaciones específicas sobre la lactancia

---



- La lactancia debe ser exclusiva y con una **duración máxima de 6 meses**.
- No se recomienda más allá de los 6 meses por un **aumento del riesgo por exposición prolongada**.
- **Evaluar factores de riesgo** de abandono precoz de la lactancia (lactancias anteriores, contexto social, creencias y mitos familiares).
- Garantizar el acceso a la consulta con especialistas en Lactancia frente a situaciones de contingencia Informar a la persona que mientras dure la lactancia será necesario realizar un monitoreo más frecuente de la CV.
- El acompañamiento de pares, especialmente redes de mujeres con VIH en el apoyo a la lactancia.

# Orientaciones específicas sobre la lactancia - suspensión



Se recomienda **SUSPENDER** la lactancia si:

En algunos de los casos puede ser temporaria y utilizar leche humana correctamente almacenada, pero en otros la suspensión puede ser definitiva.

- **Mala adherencia** materna al TARV durante la lactancia.
- **Mastitis bilateral**, lesiones sangrantes en el pezón.
- Episodios de **diarrea o infección del lactante**.
- Episodios de diarrea o vómitos moderados/severo en la persona que amamanta.
- **Viremia detectable** (carga viral materna  $>50$  c/mL) en la persona que amamanta: **SUSPENDER LA LACTANCIA EN FORMA DEFINITIVA** e iniciar alimentación con fórmulas lácteas. En este caso realizar una CV al lactante lo más rápido posible.

# Orientaciones específicas para el seguimiento de la infección por VIH de la persona con VIH que está amamantando



- Monitoreo frecuente de la **adherencia al tratamiento ARV** durante el período post parto ya que se han descripto dificultades para adherir correctamente durante esa etapa.
- Evitar los cambios de tratamiento ARV durante la lactancia excepto por problemas de toxicidad moderada/severa
- **Realizar carga viral cada 30-60 días.** La no disponibilidad de CV debería ser un criterio de suspensión de lactancia materna



## Orientaciones específicas para el seguimiento de la infección por VIH de niños/as expuestos perinatales a VIH que además están expuestos a lactancia

- No se recomienda la extensión de la profilaxis post exposición con drogas antirretrovirales. Utilizar **Zidovudina jarabe en dosis recomendadas durante 4 semanas**.
- Realizar el control clínico habitual y el calendario de inmunizaciones recomendado para expuestos perinatales a VIH y el seguimiento con un especialista en infectología pediátrica mientras dure el estudio de la exposición al VIH.

Realizar **Carga Viral** en las siguientes edades:

- 48-72hs de vida.
- 14-21 días de vida.
- 6-8 semanas de vida.
- 12-16 semanas de vida.
- 20-24 semanas de vida.
- al finalizar la lactancia realizar carga viral a las 4-6 semanas y a las 12-16 semanas de suspensión de la exposición al VIH por lactancia.
- Realizar estudio serológico para VIH a los 18-24 meses de vida.





SAT11 : What's new in WHO guidelines: Advancing prevention, testing, and treatment for impact and sustainability

Revised recommendations on infant prophylaxis and breastfeeding, and new guidance on supporting HIV disclosure among children and adolescents



**IAS 2025**

Dr Françoise Renaud – World Health Organization

# El VIH y la alimentación infantil en el contexto del TAR materno y la PPN infantil



- En el contexto de la supresión materna y la profilaxis infantil, el riesgo de transmisión vertical del VIH es muy bajo
- En entornos con riesgo de desnutrición u otras enfermedades infecciosas, la OMS ya recomienda la lactancia materna
- Algunos países de alto nivel han recomendado sistemáticamente que las mujeres con VIH no amamanten
- En el contexto de las estrategias modernas de tratamiento antirretroviral y PNP, la OMS promueve un enfoque basado en los derechos que fomenta la elección materna

# Nuevas recomendaciones para la lactancia materna

Entornos donde la  
alimentación de  
reemplazo es la política  
oficial

- ❖ Ofrecer **la lactancia materna como una opción** si la madre está recibiendo TAR y tiene supresión viral (se debe proporcionar apoyo informado para la toma de decisiones y la elección)

TODAS las  
configuraciones

- ❖ Ofrecer **intervenciones de apoyo a la lactancia materna\*** integradas en los programas de salud materno-infantil
  - ❖ un paquete mejorado **de intervenciones basadas en la comunidad y en los centros** para optimizar la adherencia al TAR, mejorar la retención de la atención de la pareja madre-bebé y optimizar la lactancia materna

# Conclusión

- **NO SE RECOMIENDA** la lactancia materna en mujeres con VIH.
  - PERO
- Mujeres con VIH con deseo de amamantar
  - Y
- Sabiendo que e con supresión viral sostenida, el riesgo de transmisión es menor al 1%.
- Lactancia en contexto de VIH
  - **SUPRESION VIROLOGICA**
  - Abordaje **INFORMADO** e **INDIVIDUALIZADO**
  - **ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO**



Muchas gracias  
[vilamarc@paho.org](mailto:vilamarc@paho.org)

Agradecimiento:

Dra. Mariana Ceriotto.