

VIH y Alimentación Infantil

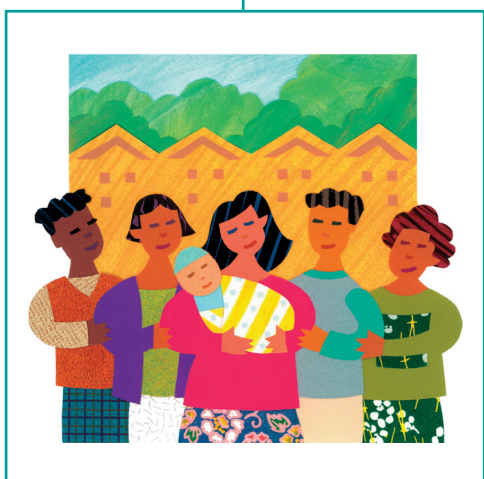
Nuevas pruebas científicas y experiencias programáticas

Informe de una Reunión Consultiva Técnica

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

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA

ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



VIH y Alimentación Infantil

Nuevas pruebas científicas y experiencias programáticas

Informe de una Reunión Consultiva Técnica

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



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA

ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

VIH y Alimentación Infantil: nuevas pruebas científicas y experiencias programáticas: informe de una Reunión Consultiva Técnica realizado en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional (IATT) sobre la Prevención de la Transmisión del VIH en Embarazadas, Madres y Niños/as, Ginebra, Suiza, del 25 al 27 de octubre de 2006.

1.Lactancia materna - tendencias. 2.Nutrición infantil. 3.Infecciones por VIH - transmisión. 4.Transmisión vertical de enfermedad - prevención y control. 5.Directrices para la planificación en salud. 6.Evaluación de resultado (Atención de salud). I.Organización Mundial de la Salud. II.Organización Panamericana de la Salud. III.UNICEF. IV.Fondo de Población de las Naciones Unidas. V.ONUSIDA.

ISBN 978 92 4 359597 9

(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.

Impreso en

Índice

Agradecimientos	iv
Lista de abreviaturas	v
Resumen ejecutivo	vii
Introducción	1
Objetivos	2
Participantes	3
Información de Referencia	3
Resumen de las pruebas científicas y experiencias programáticas	6
Recomendaciones actualizadas sobre VIH y alimentación infantil.....	9
Referencias.....	11
Anexo 1 Presentaciones de la reunión consultiva y deliberaciones	15
Anexo 2 Agenda de sesiones	39
Anexo 3 Lista de participantes	42

Agradecimientos

La OMS desea agradecer a Mary Glenn Fowler, de la Colaboración para Investigaciones entre la Universidad Makerere y la Universidad Johns Hopkins, por elaborar el borrador del presente documento en su rol de relatora jefe para la consulta técnica sobre VIH y alimentación infantil. Asimismo, desea agradecer la colaboración de otros/as relatores/as, varios/as participantes y el personal de la OMS del Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente que proporcionaron notas y comentarios sobre los borradores.

Lista de abreviaturas

3TC	Lamivudina
AIEPI	Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ALA	Alimentación con Leche Artificial
AFASS	Aceptable, factible, asequible, sostenible y segura
ARV	Medicamento Antirretroviral
AS	Alimentación de Sustitución
CD4	Linfocitos CD4, esto es, del Grupo de Diferenciación 4 En inglés, Cluster of Differentiation 4
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
DITRAME	Disminución de la Transmisión de la Madre al/a Niño/a del VIH (estudio)
DU	Dosis única
EGPAF	Fundación Elizabeth Glasser sobre el SIDA Pediátrico En inglés, Elizabeth Glasser Pediatric AIDS Foundation
FNUAP	Fondo de Naciones Unidas para la Población
HIVIGLOB	Estudio de la Inmunoglobulina Hiperinmune contra el VIH
IATT	Equipo de Trabajo Interinstitucional sobre la prevención de la transmisión del VIH en embarazadas, madres y niños/as En inglés, Inter-Agency Task Team on Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Infants
IEC	Información, Educación y Comunicación
INSERM	Instituto Nacional de Salud y de Investigación Médica. En francés, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
KiBS	Estudio sobre Lactancia Materna en Kisumu (ciudad al oeste de Kenia, a orillas del lago Victoria) En inglés, Kisumu Brestfeeding Study
LM	Leche materna
LME	Lactancia materna exclusiva
MASHI	Leche en setswana, un lenguaje Bantu que se habla en Botswana, Sudáfrica, Namibia y Zimbabbwe.
MS	Ministerio de Salud
NICHD	Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano En inglés, National Institute of Child Health and Human Development

NVP	Nevirapina
NU	Naciones Unidas
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PATH	Programa de Tecnología Apropriada para la Salud En inglés, Program for Appropriate Technology in Health
PCR	Reacción en Cadena de la Polimerasa En inglés, Polymerase Chain Reaction
PEPI	Estudio Extendido de Profilaxis Posterior a la Exposición en Lactantes En inglés, (Extended Infant) Post-Exposure Prophylaxis Study
PTMN	Prevención de la Transmisión de la Madre al Niño
SMI	Salud Materno-Infantil
TARGA	Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (HAART en inglés)
TMN	Transmisión del VIH de la madre al/a niño/a
TV	Estudio de la Transmisión Vertical
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas En inglés, United Nations General Assembly Special Session
ZDV	Zidovudina
ZEBS	Estudio de Zimbabwe sobre Lactancia Materna Exclusiva En inglés, Zimbabwe Exclusive Breastfeeding Study
Zvitambo	Proyecto Vitamina A para Madres y Bebés de Zimbabwe En inglés, Zimbabwe Vitamin A for Mothers and Babies

Resumen ejecutivo

La opción más adecuada de alimentación infantil para aquellas mujeres que viven con el VIH continúa siendo un tema de preocupación para los proveedores de atención en salud, las madres infectadas con el VIH y sus familias. En una reunión consultiva realizada en Ginebra entre el 25 y el 27 de octubre de 2006, investigadores/as, ejecutores/as de programas, expertos/as en alimentación infantil y representantes del Equipo de Trabajo Interinstitucional sobre la prevención de la transmisión del VIH en embarazadas, madres y niños/as, organismos de Naciones Unidas, la Oficina Regional de la OMS en África y los departamentos de la sede de la OMS¹ se reunieron con el fin de revisar la creciente cantidad de pruebas científicas y experiencias nuevas que se han ido acumulando sobre VIH y alimentación infantil desde la anterior reunión consultiva técnica realizada en octubre de 2000². El propósito fue aclarar y perfeccionar los lineamientos de Naciones Unidas (NNUU) existentes³, los cuales están basados en las recomendaciones de la reunión consultiva anterior.

Al finalizar los tres días de presentaciones técnicas y programáticas y de intensas deliberaciones, el grupo aprobó los principios generales señalados en la mayoría de las recomendaciones de octubre de 2000 y logró consenso sobre una serie de nuevas cuestiones y sus consecuencias. Se revisó la nueva información no disponible en el año 2000, incluyendo datos de estudios recientes sobre la supervivencia a los 18 y 24 meses de vida libre de VIH⁴ según las distintas prácticas de alimentación infantil, como así también la morbilidad y la mortalidad en lactantes expuestos/as al VIH pero sin la infección registrados/as en varios estudios en ejecución en los cuales las madres interrumpieron la lactancia a los seis meses.

En este informe se presenta un resumen de los nuevos hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones de una Reunión Consultiva Técnica sobre VIH y Alimentación Infantil. El Anexo 1 ofrece detalles de las deliberaciones realizadas. Asimismo, se encuentra disponible una actualización basada en este informe⁵. Se seguirá perfeccionando y aclarando las pautas a medida que surja nueva información.

¹ Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente, Nutrición para la Salud y el Desarrollo, VIH/SIDA, Investigación en Salud Reproductiva, Reducir los Riesgos del Embarazo e Inocuidad de los Alimentos, Zoonosis y Enfermedades de Transmisión Alimentaria.

² OMS. Nuevos datos de la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y sus implicaciones normativas. Conclusiones y recomendaciones. Reunión de consulta técnica de la OMS en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional de FNUAP/UNICEF/OMS/ONUSIDA sobre la transmisión del VIH. Ginebra, 11-13 octubre del 2000. Ginebra, OMS 2001, WHO/RHR/01.28.

³ Para pautas actuales, consulte los documentos y 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.

⁴ Supervivencia libre del VIH se refiere a los/as niños/as pequeños/as que se encuentran vivos/as y no están infectados/as por el VIH en un momento determinado, frecuentemente a los 18 meses.

⁵ OMS, UNICEF, ONUSIDA, FNUAP. Actualización sobre VIH y Alimentación Infantil. Ginebra, OMS, 2007.

Introducción

Cada año surgen más de 530 000 casos nuevos de infección pediátrica con el VIH [1], principalmente debido a la transmisión del VIH de la madre al/a niño/a (TMN). La estrategia recomendada por los organismos de Naciones Unidas para prevenir las infecciones por el VIH en lactantes y niños/as pequeños/as incluye:

- la prevención primaria de la infección con el VIH entre futuros padres y futuras madres;
- la prevención de embarazos no deseados entre mujeres infectadas con el VIH;
- la prevención de la transmisión del VIH de mujeres infectadas con el VIH a sus lactantes; y
- el tratamiento, la atención y el apoyo a las mujeres infectadas por el VIH y sus familias.

En situaciones de grandes recursos como es el caso de los Estados Unidos y de Europa, las tasas de transmisión perinatal del 2% o menos se logran con el uso de medicamentos antirretrovirales combinados, intervenciones obstétricas y evitando la lactancia materna [2, 3]. Otros tratamientos más breves con medicamentos antirretrovirales, más fácilmente disponibles, también han resultado eficaces en situaciones de recursos limitados. Estos incluyen el tratamiento breve con zidovudina (ZDV) [4–6] o zidovudina y lamivudina (ZDV/3TC) [7] proporcionado a la madre en las últimas etapas del embarazo; el tratamiento con nevirapina de dosis única (DU NVP) [8, 9] administrado a la madre durante el inicio del trabajo de parto y al/a recién nacido/a; y la profilaxis con NVP/ZDV del/a recién nacido/a [10]. Más recientemente, se halló que la combinación de un tratamiento materno breve con ZDV o ZDV/3TC con una dosis única de NVP¹ tendría un impacto tanto en la reducción de la transmisión a <2% en situaciones donde no se practica la lactancia materna como en la reducción al 6–9% en aquellas situaciones donde sí se practica la lactancia materna, en comparación con un tratamiento prenatal breve con ZDV, ZDV/ 3TC o DU NVP durante el parto únicamente [11, 12].

Además de un tratamiento intensivo con medicamentos antirretrovirales y de prácticas obstétricas, las madres infectadas con el VIH en situaciones de grandes recursos casi siempre pueden proporcionar al/a lactante leches artificiales en condiciones higiénicas pudiendo evitar así la lactancia materna. Lo contrario sucede con muchas mujeres infectadas con el VIH en situaciones de escasos recursos en las

¹ Las recomendaciones de la OMS de 2006 sobre el uso de medicamentos para la PTMN se encuentran disponibles en Medicamentos antirretrovirales para el tratamiento de embarazadas y la prevención de la infección por el VIH en lactantes en situaciones de recursos limitados: hacia un acceso universal <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtctguidelines2006.pdf>, ingresado 20 de septiembre del 2007.

cuales las alternativas a la lactancia no son aceptables, factibles, asequibles, sostenibles ni seguras (AFASS). La lactancia materna protege considerablemente contra la mortalidad infantil debida a otras infecciones y a la desnutrición. En estas situaciones, actualmente se están realizando estudios para analizar las intervenciones destinadas a reducir el riesgo de la transmisión de la madre al/a niño/a entre mujeres que amamantan, mediante una lactancia más segura. Dichos estudios están dando nueva información acerca de los efectos de las distintas opciones de alimentación para la salud y supervivencia infantil.

En octubre de 2006, el Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente de la OMS, conjuntamente con otros cinco Departamentos, realizó una Reunión Consultiva Técnica en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional sobre la prevención de la transmisión del VIH en embarazadas, madres y niños/as (IATT). El propósito fue revisar los nuevos hallazgos en materia de opciones de alimentación infantil y su efecto en materia de salud en los/as lactantes nacidos/as de madres infectadas con el VIH. Los/as consultores/as analizaron información reciente, obtenida de estudios clínicos y de programas destinados a prevenir la TMN en los cuales se ha promovido la alimentación con leches artificiales y/o la interrupción temprana de la lactancia materna.

La consulta técnica tuvo por objeto examinar las pruebas científicas y experiencias programáticas nuevas en cuestiones específicas de VIH y alimentación infantil surgidas con posterioridad a una reunión consultiva similar realizada en octubre de 2000, cuyo objetivo fue identificar aquellas áreas en las cuales hoy existen nuevas pautas, y determinar el mejor modo de transmitir las y de aclararlas. La Reunión Consultiva Técnica se centró en las opciones de alimentación infantil para lactantes expuestos/as al VIH, si bien se reconoció la importancia de incluir muchos otros componentes en un paquete completo para la prevención de la TMN. La agenda de sesiones se encuentra en el Anexo 2.

OBJETIVOS

Los siguientes fueron los objetivos específicos de la reunión:

- Revisar las nuevas pruebas científicas sobre:
 - El riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna y las maneras de reducirlo
 - El impacto de las diversas opciones de alimentación en la supervivencia infantil
 - La ejecución de las actuales recomendaciones y pautas de la OMS acerca del VIH y la alimentación infantil
- Identificar las brechas y áreas específicas donde es preciso perfeccionar las herramientas actuales tales como:
 - La interrupción temprana de la lactancia materna (momento, proceso, alimentación post-interrupción)
 - La ejecución de consejería (proceso, contenido, capacitación, posibles algoritmos, con base en riesgos)

- Las consecuencias del diagnóstico infantil temprano del VIH para las recomendaciones de alimentación infantil

PARTICIPANTES

Entre los/as participantes se encontraban científicos/as expertos/as y jefes de programas provenientes de África (13), Asia (3), Europa (9), América Latina (1) y los EUA (4), científicos/as de organismos colaboradores (6), representantes de organizaciones no gubernamentales que se encuentran ejecutando actividades de prevención de la TMN (6) y organismos de NU (ONUSIDA, FNUAP, UNICEF, OMS). La lista completa de participantes se encuentra en el Anexo 3.

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Para la reunión consultiva se elaboraron documentos de referencia y de trabajo; estos documentos fueron presentados y debatidos en sesiones plenarias e incluyeron los siguientes temas:

- Leroy V. HIV transmission through breastfeeding: a review of available evidence (Update). [13]
- Humphrey J and Piwoz E. Early breastfeeding cessation to reduce risk of postnatal mother-to-child transmission of HIV: new information on the rationale, methods, risks, acceptability and alternatives. [datos no publicados]
- Briend A. Home-modified animal milk for replacement feeding - is it feasible and safe? [14]

Información de referencia acerca del continuo dilema que plantean las opciones de alimentación infantil para las madres infectadas con el VIH

La relativa eficacia de los tratamientos con medicamentos ARV en cuanto a la reducción del riesgo de transmisión del VIH está claramente definida por los hallazgos de estudios actuales. No obstante, la decisión sobre una adecuada alimentación infantil para las madres infectadas con el VIH que viven en situaciones de recursos limitados, como así también el apoyo necesario para una exitosa ejecución, continúan siendo los principales obstáculos para los/as proveedores de atención en salud, los ministerios de salud, las comunidades y para las propias madres.

Aún se teme que hasta el 20% de los/as lactantes de madres infectadas con el VIH contraiga la infección a través de la lactancia, dependiendo de la duración de la misma y de la exposición a otros factores de riesgo [15,16]. La alimentación de sustitución¹ es la única manera de evitar por completo la transmisión posnatal del VIH. Sin embargo, para muchas madres infectadas con el VIH en países en vías de desarrollo, esta opción no es aceptable, factible, asequible, sostenible ni segura. Existe,

¹ Alimentación de Sustitución se define como el proceso de alimentación del/a lactante, que no recibe leche materna, con un régimen que proporciona todos los nutrientes que un/a niño/a necesita.

por un lado, un bajo (menor del 1% al mes) pero persistente riesgo de transmisión a través de la lactancia materna. [17]. Por otro lado, la lactancia materna disminuye sustancialmente el riesgo de mortalidad infantil causada por otras enfermedades infecciosas y desnutrición, en 4 a 6 veces en promedio en los seis primeros meses y en casi 2 veces en el segundo semestre de la vida [18]. Asimismo, la lactancia materna exclusiva¹ cubre completamente las necesidades nutricionales de los/las lactantes hasta los 6 meses, y demora la recuperación de la fertilidad materna desempeñando una importante función en términos del intervalo entre nacimientos y la salud materno-infantil. La lactancia materna también continúa contribuyendo de una manera sustancial a satisfacer los requerimientos nutricionales después de los seis meses.

La lactancia materna continúa siendo la mejor fuente, y la más segura, de nutrición para la gran mayoría de los/as lactantes en todo el mundo. Tal como se hace hincapié en el Marco Estratégico para las Acciones Prioritarias en VIH y Alimentación Infantil de Naciones Unidas [19], es preciso continuar promoviendo y apoyando la lactancia materna entre las madres que desconocen si están o no infectadas con el VIH. Con el fin de proteger la lactancia materna de toda influencia comercial, en el año 1981 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna [20], que fue complementado por resoluciones posteriores y hoy día está implementado en forma adecuada en más de 60 países. En 1991, UNICEF y la OMS lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo de los/as Niños/as con el propósito de mejorar los servicios de maternidad de modo tal que éstos protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna. La adopción del Código en la legislación y las normas nacionales confiere protección a todas las mujeres, ya sea que estén amamantando o no, y a sus lactantes.

En octubre de 2000, basándose en la información disponible, una reunión consultiva técnica organizada por la OMS en nombre del IATT recomendó lo siguiente sobre alimentación infantil:

- Cuando la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda que todas las madres infectadas con el VIH eviten amamantar.
- En caso contrario, se recomienda amamantar en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
- Para minimizar el riesgo de transmisión del VIH, es preciso interrumpir la lactancia tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las circunstancias locales, la situación individual de cada mujer y el riesgo de la alimentación de sustitución (incluyendo otras infecciones distintas del VIH y la desnutrición).
- Cuando las madres infectadas con el VIH deciden no amamantar desde el nacimiento o interrumpen la lactancia más adelante, es preciso que reciban orientación específica y apoyo durante al menos los primeros dos años de vida

¹ Lactancia Materna Exclusiva se define como la provisión al/a lactante de leche materna (incluyendo leche materna extraída) con exclusión de agua y cualquier otro líquido o alimento sólido, a excepción de gotas o jarabes compuestos por vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.

del/a niño/a para garantizar una alimentación de sustitución adecuada. Los programas deben procurar mejorar las condiciones que permitan una alimentación de sustitución más segura para las madres infectadas con el VIH y sus familias.

Desde la reunión de Consulta de 2000, a partir de estudios clínicos y programas de prevención de la TMN, han surgido nuevos hallazgos sobre el momento y los factores de riesgo que afectan la transmisión durante la lactancia como así también los efectos en los/as lactantes de las distintas opciones de alimentación. En la reunión de 2006 se deliberó sobre esta nueva información, incluyendo la morbilidad y la mortalidad entre lactantes no infectados/as expuestos/as al VIH y cuyas madres interrumpieron la lactancia a los seis meses, como así también la supervivencia del/a lactante libre de VIH a los 18 meses de acuerdo al tipo de alimentación.

Resumen de las pruebas científicas y experiencias programáticas

Con posterioridad a los tres días de presentaciones técnicas y programáticas y de intensa deliberación, el grupo aprobó los principios generales que sostienen las recomendaciones de octubre de 2000 y, sobre la base de las nuevas pruebas científicas y experiencias presentadas, se logró consenso sobre una serie de cuestiones y sus consecuencias. Las pruebas y experiencias mencionadas se resumen a continuación. El Anexo 1 presenta detalles de las presentaciones y sesiones plenarias así como también de las deliberaciones de los grupos.

NUEVAS PRUEBAS CIENTÍFICAS SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL VIH A TRAVÉS DE LA LACTANCIA MATERNA

- La lactancia materna exclusiva hasta los seis meses se asoció a una reducción de >50% del riesgo de transmisión del VIH en comparación con la lactancia materna no-exclusiva¹ en tres extensos estudios de cohorte realizados en Côte d' Ivoire, Sudáfrica y Zimbabwe.
- Ciertos estudios recientes permitieron confirmar nuevamente que un bajo recuento materno de linfocitos CD4, una alta carga vírica en la leche materna y el plasma, seroconversión materna durante la lactancia materna y la duración de la lactancia materna representan importantes factores de riesgo para la transmisión posnatal del VIH y la mortalidad infantil.
- Existen pruebas de que el tratamiento TARGA para las mujeres que lo requieren puede reducir la transmisión posnatal del VIH, de acuerdo con los datos programáticos de Botswana, Mozambique y Uganda; sin embargo, aún resta obtener datos de estudios clínicos de seguimiento sobre la inocuidad y la eficacia de este tratamiento y sobre estudios de profilaxis infantil.

NUEVAS PRUEBAS CIENTÍFICAS SOBRE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

- En aquellas situaciones en las cuales se proporcionó profilaxis con medicamentos antirretrovirales y leche artificial gratuita para lactantes, el riesgo combinado de infección con VIH y mortalidad a los 18 meses de vida fue similar en lactantes alimentados/as con alimentación de sustitución desde el nacimiento y lactantes amamantados/as por 3 a 6 meses (Botswana y Côte d' Ivoire).

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

- Según estudios completados (Malawi) y otros en ejecución (Kenia, Malawi, Uganda y Zambia) la interrupción temprana de la lactancia materna (antes de los seis meses) se asoció con un mayor riesgo de morbilidad infantil (en especial diarrea) y a mortalidad en niños/as expuestos/as al VIH¹.
- Según datos preliminares de un estudio aleatorio en ejecución de Zambia, la interrupción temprana y abrupta de la lactancia materna a los cuatro meses se asoció con una reducción de la transmisión del VIH, como así también con una mayor mortalidad infantil entre los 4 y los 24 meses.
- Según datos preliminares de Botswana y Zambia, amamantar a lactantes infectados/as con el VIH más allá de los seis meses se asoció con una mejor supervivencia en comparación con la interrupción de la lactancia materna.

MEJORAMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL

- En Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe se logró un mejor cumplimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y una duración más prolongada de la misma entre madres infectadas con el VIH y madres sin infectar cuando se les proporcionó mensajes coherentes y consejería frecuente y de alta calidad.

NUEVA INFORMACIÓN DE PROGRAMAS

- Las pautas sobre VIH y alimentación infantil de Naciones Unidas se encuentran disponibles y son cada vez más utilizadas en la formulación de políticas en los países; no obstante, aún existen desafíos en cuanto a su ejecución.
- La baja cobertura y calidad del amplio espectro de intervenciones² destinadas a evitar la transmisión del VIH de la madre al/a niño/a, incluyendo aquellas relacionadas con la consejería y el apoyo a la alimentación infantil, son inquietantes.
- Los servicios de salud inadecuados o mal organizados afectan la calidad de la consejería y del apoyo a la alimentación infantil. La consejería en alimentación infantil inapropiada, insuficiente o inexistente ha derivado en la selección de opciones inapropiadas tanto por parte de mujeres infectadas con el VIH como por aquellas que no lo están.
- Para intensificar la consejería y el apoyo a la alimentación infantil, así como también las intervenciones relacionadas, se requiere de un compromiso fuerte y sostenible y del apoyo de organismos internacionales y donantes que trabajen conjuntamente con Ministerios de Salud.

¹ Expuestos/as al VIH" se refiere a los/as niños/as nacidos/as de mujeres que viven con el VIH o que son amamantados/as por ellas.

² El amplio espectro de intervenciones incluye: la prevención primaria de la infección con VIH en las mujeres, la prevención de los embarazos no deseados entre aquellas mujeres que viven con el VIH, la prevención de la transmisión de las mujeres que viven con el VIH a los/as lactantes y la prestación de atención, tratamiento y apoyo a las mujeres que viven con el VIH y sus familias.

- El marcado incremento en las muertes por diarrea y desnutrición en lactantes y niños/as pequeños/as no amamantados/as durante un reciente brote epidémico de enfermedades diarreicas en un país hace hincapié en la vulnerabilidad de los/as lactantes y los/as niños/as pequeños/as con alimentación de sustitución, y en la necesidad de un seguimiento adecuado para todos/as ellos/as.
- La experiencia con la leche animal modificada en el hogar señala que no es factible proporcionarla de manera segura y nutricionalmente adecuada para un/a lactante durante los primeros seis meses de vida.
- Un mayor acceso a un diagnóstico infantil temprano del VIH durante los primeros seis meses de vida y al tratamiento pediátrico con medicamentos ARV otorgan nuevas oportunidades para la evaluación posnatal de la alimentación infantil, la consejería y el apoyo nutricional de seguimiento.
- La investigación multidisciplinaria, desde las ciencias básicas hasta los estudios clínicos y la investigación operacional, aún es necesaria en temas identificados como prioritarios, incluyendo la manera de hacer que las opciones de alimentación infantil sean más seguras para aquellos/as lactantes expuestos/as al VIH.

Recomendaciones actualizadas sobre VIH y alimentación infantil

Considerando las nuevas pruebas científicas y experiencias, el grupo llegó a un acuerdo sobre las siguientes recomendaciones para los/as responsables en decidir políticas y jefes de programas. Las recomendaciones tienen como objetivo complementar, aclarar y actualizar las pautas existentes de Naciones Unidas y no de reemplazarlas. Una actualización de las pautas relevantes de Naciones Unidas con la incorporación de estas recomendaciones adicionales se encuentra disponible.

- Es importante que la opción más apropiada de alimentación infantil para una madre infectada con el VIH continúe dependiendo de su circunstancia individual, incluyendo su estado de salud y la situación local; por otra parte, es necesario prestar mayor consideración a los servicios de salud disponibles y a la consejería y el apoyo que ella pueda recibir.
- Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses para las mujeres infectadas con el VIH a menos que la alimentación de sustitución sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura para ellas y para sus lactantes antes de esa edad.
- Cuando la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda que las mujeres infectadas con el VIH eviten todo tipo de lactancia materna.
- A los seis meses, si la alimentación de sustitución aún no es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se recomienda continuar con la lactancia materna y con alimentos complementarios adicionales, con las evaluaciones regulares de la madre y el/la lactante. Se interrumpirá todo tipo de amamantamiento una vez que sea posible proporcionar una dieta segura y nutricionalmente adecuada sin leche materna.
- Sea cual fuera la opción de alimentación, es preciso que los servicios de salud hagan un seguimiento de los/as lactantes expuestos/as al VIH y continúen ofreciendo consejería y apoyo a la alimentación infantil, en particular, en momentos clave cuando las decisiones de alimentación puedan ser reevaluadas, como por el ejemplo en el momento de diagnóstico infantil temprano del VIH y a los seis meses de edad.
- Cuando se sabe que un/a lactante o un/a niño/a pequeño/a amamantado/a está infectado/a con el VIH, es preciso alentar firmemente a la madre a que continúe amamantando.
- Es aconsejable que los gobiernos y otras partes interesadas revitalicen la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna en la población general. Asimismo, lo ideal es que apoyen activamente a las madres infectadas con el VIH que deciden amamantar en forma exclusiva, y tomen las medidas

necesarias para lograr una alimentación de sustitución más segura para las mujeres infectadas que optan por esta alternativa.

- Es preciso que los programas nacionales ofrezcan a todos/as los/as lactantes expuestos al VIH y a sus madres un paquete completo de intervenciones de supervivencia infantil y salud reproductiva¹, que esté vinculado eficazmente con la prevención, el tratamiento y los servicios de atención del VIH. Asimismo, es necesario que los servicios de salud hagan un esfuerzo especial por apoyar la prevención primaria de las mujeres cuyas pruebas resultan negativas, antes del parto y durante el mismo, prestando especial atención al período de amamantamiento.
- Los gobiernos deberían velar por que el paquete de intervenciones mencionado anteriormente, como así también las condiciones descriptas en las pautas actuales [21], se encuentren disponibles antes de considerar la distribución de leches artificiales comerciales gratuitas para lactantes.
- Los gobiernos y los donantes deberían aumentar en gran medida su compromiso y sus recursos para la ejecución de la Estrategia Mundial para la Alimentación del/a Lactante y del Niño/a Pequeño/a y el Marco Estratégico para las Acciones Prioritarias en VIH y Alimentación Infantil de Naciones Unidas con el fin de evitar eficazmente las infecciones posnatales con el VIH, mejorar la supervivencia libre de la infección y lograr las metas pertinentes de la UNGASS.

¹ Para conocer el paquete completo de intervenciones, consulte: OMS. Medicamentos antirretrovirales para tratar a las embarazadas y prevenir la infección con el VIH en lactantes en situaciones de recursos limitados. Ginebra, 2006; OMS. Informe de Salud Mundial: ¡Cada madre y cada niño/a cuentan! Ginebra, 2005

Referencias

- 1) UNAIDS. *AIDS epidemic update*. Ginebra, 2006. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf, consultado el 22 de setiembre de 2008.
- 2) Dorenbaum A et al. Two-dose intrapartum newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288 (2):189–198.
- 3) Cooper ER et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1 infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 29(5):484–494.
- 4) Wiktor SZ et al. Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d’Ivoire: a randomized trial. *Lancet*, 1999, 353(9155):781–785.
- 5) Dabis F et al. 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d’Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial. DITRAME Study Group. *Lancet*, 1999, 353(9155):786–792.
- 6) Shaffer N. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomized controlled trial. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. *Lancet*, 1999, 353(9144):773–780.
- 7) PETRA Study Team. Efficacy of three short-course regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother to child in Tanzania, South Africa, and Uganda (Petra study); a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Lancet*, 2002, 359(9313):1178–1186.
- 8) Guay LA et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 1999, 354 (9181):795–802.
- 9) Jackson JB et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 2003, 362(9387):859–868.

- 10) Taha TE et al. Short postexposure prophylaxis in newborn babies to reduce mother-to-child transmission of HIV-1: NVAZ randomized clinical trial. *Lancet*, 2003, 362(9391):1171–1177.
- 11) Lallemand M et al. Single-dose perinatal nevirapine plus standard zidovudine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in Thailand. *New England Journal of Medicine*, 2004, 351(3):217–228.
- 12) Leroy V et al. 18-month effectiveness of short-course perinatal antiretroviral regimens combined to infant-feeding interventions for PMTCT in Abidjan, Côte d’Ivoire. DITRAME PLUS ANRS 1201/1202. 2001–2005. 16th International Conference on AIDS, Toronto, Canada, 2007, Oral communication THAC0101.
- 13) WHO. *HIV transmission through breastfeeding: A review of available evidence (2007 Update)*. Disponible (en inglés) en: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/infant_feeding/en/index.html, consultado el 22 de setiembre de 2008
- 14) WHO. *Home-modified animal milk for replacement feeding—it is feasible and safe?* Ginebra, 2007. Disponible (en inglés) en: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/infant_feeding/en/index.html, consultado el 22 de setiembre de 2008.
- 15) DeCock KM et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283(9):1175–1182.
- 16) Gaillard P et al for the Ghent IAS Working Group on HIV in Women and Children. Use of antiretroviral drugs to prevent HIV-1 transmission through breast-feeding: From animal studies to randomized clinical trials. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004, 35(2):178–187.
- 17) The BHITS Group. Late postnatal transmission of HIV-1 in breast-fed children: An individual patient data meta-analysis. *Journal of Infectious Diseases* 2004, 189:2154–2166.
- 18) WHO Collaborative Study Team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality, effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, 2000, 355:451–455.
- 19) ONUSIDA, FAO, ACNUR, UNICEF, OMS, PMA, Banco Mundial, FNUAP, OIEA. 2003. VIH y alimentación infantil. Marco estratégico para las acciones prioritarias. Ginebra, 2003. Disponible en: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/infant_feeding/en/index.html, consultado el 22 de setiembre de 2008.
- 20) *Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna*. Ginebra, 1981. Disponible (en inglés) en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241541601.pdf> , consultado el 22 de setiembre de 2008.

- 21) OMS, OPS, ONUSIDA, UNICEF, UNFPA. El VIH y la alimentación infantil. Pautas para tomadores de decisiones. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275326010_spa.pdf, consultado el 22 de setiembre de 2008.
- 22) Coovadia HM et al. Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding: the first six months of life. *Lancet*, 2007, 369:1107–1116.
- 23) Becquet R et al. Acceptability of exclusive breast-feeding with early cessation to prevent HIV transmission through breast milk, ANRS 1201/1202 Ditrane Plus, Abidjan Côte d'Ivoire. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005, 40(5):600-608.
- 24) Shankar AV et al. Making the choice: the translation of global HIV and infant feeding policy to local practice among mothers in Pune, India. *Journal of Nutrition*, 2006, 135 (4):960–965.
- 25) Sinkala M et al 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. XIV Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Feb 25-27, 2007, Los Angeles, *Session 24*, Abstract 74.
- 26) Thea DM et al. Issues in the Design of a Clinical Trial with a Behavioral Intervention – The Zambia Exclusive Breastfeeding Study (ZEBS). *Controlled Clinical Trials*, 2004, 25:353–365.
- 27) Thea DM, et al. Post-weaning breast milk HIV-1 viral load, blood prolactin levels and breast milk volume. *AIDS*, 2006, 20:1539–1547.
- 28) Thior I et al. 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.
- 29) Becquet R et al. Complementary feeding adequacy in relation to nutritional status among early weaned breastfed children who are born to HIV-infected mothers: ANRS 1201/1202 DITRAME Plus, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Pediatrics*, 2006, 117:e701–e710.
- 30) Johnson W et al. The challenge of providing adequate infant nutrition following early breastfeeding cessation by HIV-positive, food insecure Mozambican mothers: PEPFAR Implementation Meeting Conference Proceedings, Durban, South Africa, 2006.
- 31) Humphrey J. Feeding HIV-exposed babies after six months of exclusive breastfeeding: issues, challenges, and unanswered questions. Path Satellite meeting on infant feeding at the XVI International AIDS Conference Toronto, 2006.

- 32) Kafulafula G et al. Post-weaning gastroenteritis and mortality in HIV-uninfected African infants receiving antiretroviral prophylaxis to prevent MTCT of HIV-1. XIV Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Feb 25–27, 2007, Los Angeles, *Program and Abstracts*, Abstract 773.
- 33) Thomas T et al. Rates of diarrhea associated with early weaning among infants in Kisumu, Kenya. XIV Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Feb 25-27, 2007, Los Angeles, *Program and Abstracts*, Abstract 774.
- 34) Onyango C. et al. Early breastfeeding cessation among HIV exposed negative infants and risk of serious gastroenteritis: finding from a perinatal prevention trial in Kampala Uganda. XIV Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Feb 25-27, 2007, Los Angeles, *Program and Abstracts*, abstract 775.
- 35) Iliff P et al. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival. *AIDS*, 2005, 19:699–708.
- 36) Coutsoydis A et al. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: Prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 2001, 15(3):379–387.
- 37) Moodley D et al. A multicenter randomized controlled trial of nevirapine versus a combination of zidovudine and lamivudine to reduce intrapartum and early postpartum mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187(5):725–735.
- 38) Kim A et al. Severe outbreak of diarrheal disease and acute malnutrition among young children—Botswana, 2006. American Society of Tropical Medicine and Hygiene 55th Annual Meeting. Atlanta, GA, 2006, Ab 2456.
- 39) Phadke MA et al. Replacement-fed infants born to HIV-infected mothers in India have a high early postpartum rate of hospitalization. *Journal of Nutrition*, 2003, 133:3153–3157.
- 40) Papathakis PC et al. Are WHO/UNAIDS/UNICEF-recommended replacement milks for infants of HIV-infected mothers appropriate in the South African context? *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:164–171.
- 41) Jeffery BS et al. Determination of the effectiveness of inactivation of human immunodeficiency virus by Pretoria pasteurization. *Journal of Tropical Pediatrics*, 2001, 47:345–349.
- 42) Chantry CJ et al. Effects of lipolysis or heat treatment on HIV-1 provirus in breastmilk. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2000, 24:325–329.
- 43) Besser, M. Mothers 2 Mothers. *South African Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2006, 12(3):122–128.

Presentaciones de la reunión consultiva y deliberaciones

SESIÓN INTRODUCTORIA Y ANTECEDENTES

Elizabeth Mason, Directora del Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente, OMS, pronunció las palabras de apertura. Agradeció al grupo y revisó los fundamentos y los objetivos de la reunión consultiva. Señaló que con motivo de la reunión se había convocado a una amplia gama de expertos/as y que la reunión estaba siendo realizada en nombre de IATT, lo cual subrayaba su importancia. La Dra. Mason indicó que una de las recomendaciones de la consulta previa del año 2000, interrumpir la lactancia materna tan pronto como sea posible, había derivado en una serie de interpretaciones en los países. Asimismo, observó que el acrónimo “AFASS”, si bien es sucinto, no fue fácil de utilizar cuando se interactuaba con grupos externos. Solicitó al grupo evaluar los efectos de las recomendaciones en las madres infectadas con el VIH y en las no infectadas.

Considerando las nuevas pruebas científicas y experiencias programáticas que se han ido acumulando sobre VIH y alimentación infantil desde el año 2000, la Dra. Mason encomendó al grupo la cuidadosa evaluación de estos hallazgos y solicitó indicar aquellas áreas en las cuales era posible elaborar nuevas pautas. Asimismo, pidió al grupo recomendar sobre la mejor manera de comunicarlas a los países. Pidió que la reunión consultiva identificara brechas y áreas donde es preciso perfeccionar la información actual y las herramientas sobre VIH y alimentación infantil e instó a los/as expertos/as a debatir intensamente la información que se iba a presentar en el transcurso de los tres días y a lograr consenso sobre el mejor modo de avanzar en el tema.

Jose Martines, del Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente, OMS, revisó los objetivos específicos de la reunión consultiva. Solicitó al grupo revisar las nuevas pruebas científicas sobre el riesgo de la transmisión del VIH a través de la lactancia materna y la manera de reducirlo, el impacto de las distintas opciones de alimentación en la supervivencia infantil, e identificar las falencias de las herramientas de ejecución. Hizo hincapié en la importancia de la reunión consultiva para ayudar a aclarar y perfeccionar las pautas actuales de Naciones Unidas sobre VIH y alimentación infantil. El Dr. Martines alentó al grupo a ser participativo y abierto en las deliberaciones y a realizar una revisión crítica de la información a ser presentada. Los resultados que la OMS deseaba obtener de la reunión consultiva eran recomendaciones de expertos/as sobre cómo mejorar las pautas sobre alimentación infantil perfeccionando y aclarando las recomendaciones del año 2000 en materia de VIH y alimentación infantil y la definición de las prioridades de investigación.

Valériane Leroy, de INSERM, hizo una primera presentación sobre la transmisión del VIH a través de la lactancia, basada en el documento de referencia que ella

había elaborado para la reunión. Realizó una revisión de la mortalidad infantil mundial debida en gran parte a las enfermedades infecciosas evitables, la función de protección de la lactancia materna en lo que respecta a mejorar la supervivencia de menores de cinco años y los resultados recientes de estudios clínicos internacionales. La Dra. Leroy reflexionó sobre el hecho que el momento de transmisión (en el útero, intraparto, posparto) difiere según el contexto y observó que con una lactancia materna prolongada durante el segundo año, hasta el 40% de las infecciones infantiles con VIH se producen durante la lactancia. Asimismo, revisó las tasas mensuales de infección infantil del VIH durante la lactancia tardía sobre la base de una serie de meta-análisis de gran envergadura [17] y señaló la dificultad de distinguir la transmisión intraparto de la transmisión temprana a través de la lactancia materna.

La Dra. Leroy también trató los principales factores de riesgo de la transmisión de la madre al/a niño/a que incluyen una alta carga vírica materna, un bajo recuento de linfocitos CD4, la duración de la lactancia materna y los tipos de lactancia, siendo la alimentación mixta el principal factor de riesgo de transmisión. Informó que, según un estudio realizado en Zimbabwe, la transmisión posnatal tardía a los 18 meses era del 13.9% con alimentación mixta temprana frente a 8.6% con lactancia materna predominante y 6.9% con lactancia materna exclusiva. La Dra. Leroy trató la difícil cuestión del VIH y la alimentación infantil en situaciones de recursos limitados: los riesgos sociales de no amamantar, los beneficios de la lactancia materna en términos del intervalo entre nacimientos y la protección contra otras causas de mortalidad infantil frente al bajo riesgo- pero continuo- de la transmisión del VIH durante la lactancia. Finalmente, concluyó que una decisión informada sobre alimentación infantil dependía tanto del entorno como de la situación individual de la madre.

PANEL I: NUEVAS PRUEBAS CIENTÍFICAS ACERCA DE CUESTIONES CLAVE SOBRE LA TRANSMISIÓN A TRAVÉS DE LA LACTANCIA MATERNA Y LOS RESULTADOS EN LOS/AS LACTANTES

Nigel Rollins de la Universidad de KwaZulu Natal examinó los hallazgos correspondientes a los primeros seis meses del Estudio de Transmisión Vertical (TV) [22] de KwaZulu Natal, Sudáfrica. El estudio evaluó las tasas de transmisión a las 6 y a las 22 semanas de acuerdo al tipo de alimentación. Se realizó un seguimiento a un total de 1 372 pares de madres-lactantes. Una vez recibida la consejería individualizada, el 82% de las madres iniciaron la lactancia materna exclusiva (LME) en tanto que las mujeres con recuentos de linfocitos CD4 <200 tendían más a utilizar la alimentación de sustitución desde el nacimiento. A los tres meses, se observó que dos tercios de las madres aún se encontraban amamantando en forma exclusiva; el 40% continuaba con LME a los seis meses antes de interrumpir la lactancia en forma abrupta en ese momento. La alimentación de sustitución (AS) se asoció a un riesgo de mortalidad 2-3 veces mayor durante los primeros tres meses en comparación con la LME. La alimentación mixta con la inclusión de sólidos se asoció a un riesgo de transmisión del VIH al/a lactante 11 veces mayor en comparación con la LME, en tanto que la alimentación mixta con leche artificial duplicó el riesgo de transmisión. Las mujeres con recuentos de linfocitos CD4 <200 presentaban el

mayor riesgo de transmisión, incluso con LME, y de mortalidad infantil. Además los problemas mamarios fueron poco frecuentes con LME. El Profesor Rollins concluyó que es posible lograr altas tasas de LME aún en áreas rurales, tanto en el caso de las madres infectadas con el VIH como en las no infectadas con beneficios en términos de una mejor supervivencia libre del VIH, en comparación con la alimentación mixta o la alimentación de sustitución.

Jean Humphrey de la Universidad Johns Hopkins presentó información sobre la interrupción temprana de la lactancia materna en el caso de las madres infectadas con el VIH, y los riesgos consiguientes tanto para ellas como para los/as lactantes. A partir de los estudios de Côte d'Ivoire [23], la India [24] y Zambia (D. Thea, comunicación personal), la Dra. Humphrey observó que no todas las mujeres que recibieron consejería para interrumpir la lactancia en forma temprana de hecho lo hicieron. Observó además que la mastitis y/o el dolor de mama eran relativamente comunes en las mujeres que interrumpieron la lactancia materna de manera abrupta. En un estudio sobre interrupción abrupta de la lactancia realizado en Lusaka, Zambia (el estudio ZEBS) [25, 26], el 11% de las madres tenía mastitis y en el DITRAME de Côte d'Ivoire, el 33% informó tener dolor de mama. Por otra parte, los nuevos datos obtenidos del estudio ZEBS [27] señalaron que la carga vírica en la leche materna era notablemente más alta entre las mujeres que habían interrumpido la lactancia materna en forma abrupta a los cuatro meses en comparación con quienes no lo hicieron. La interrupción temprana de la lactancia materna se asoció con la recuperación de la menstruación a los seis meses de posparto en más de la mitad de las mujeres, mientras que algunas mujeres informaron sobre embarazos no deseados.

En términos del riesgo infantil, la Dra. Humphrey examinó la información del estudio MASHI de Botswana [28] en el cual los/las lactantes fueron asignados al azar para recibir alimentación con leche artificial (ALA) desde el nacimiento o LME y ZDV pediátrica. En términos generales, se observó un incremento dos veces mayor del riesgo de mortalidad a los siete meses para el grupo con leche artificial; entre los/las lactantes infectados/as con el VIH del estudio MASHI, se observó un riesgo de muerte del 33% con leche artificial frente al 9% para los/as lactantes infectados/as con el VIH amamantados/as. La Dra. Humphrey también examinó el riesgo de desnutrición infantil con la interrupción temprana de la lactancia materna. Observó que durante los primeros 6–9 meses de vida, la leche materna otorga 60–80% de energía y proteína, 50–90% de micronutrientes y 60–100% de líquidos necesarios por el/la lactante. Incluso con consejería intensiva sobre alimentos adecuados después de los seis meses, los datos obtenidos de Côte d'Ivoire [29], Mozambique [30], y Zimbabwe [31] sugerían que muchas mujeres no son capaces de cubrir los requerimientos nutricionales de energía y micronutrientes que un/a lactante necesita con los alimentos disponibles, en ausencia de la lactancia materna. Además, presentó información basada en datos de modelado obtenidos del estudio Zvitambo de Zimbabwe. Aproximadamente un tercio del total de transmisiones asociadas con la lactancia tuvieron lugar entre mujeres que no requerían el tratamiento TARGA (según el criterio de recuento de linfocitos CD4 <350 o signos clínicos propios de la Etapa 3 o 4).

Mary Glenn Fowler de la Universidad Makerere – Universidad Johns Hopkins de Kampala, Uganda, examinó los datos sobre morbilidad y mortalidad infantil

entre lactantes no infectados/as con el VIH a partir de tres estudios clínicos sobre TMN en ejecución en los cuales las madres interrumpieron la lactancia materna a los seis meses de posparto. Estos estudios clínicos incluyeron:

- el estudio PEPI de profilaxis infantil en fase III [32] de Blantyre, Malawi,
- el estudio KiBS, de Kisumu, Kenia en fase II [33] en el cual las madres recibieron TARGA en el último mes de embarazo y durante los siguientes seis meses de posparto, y
- el estudio HIVIGLOB [34] de Kampala, Uganda, un estudio en fase II/III que se ocupó de comparar la infusión de HIVIGLOB a la madre y al/a recién nacido o seis meses de NVP diaria suministrada al/a lactante, frente al tratamiento HIVNET 012 DU NVP.

Los estudios de Kenia y Malawi contaron con un grupo histórico del mismo servicio de salud ambulatorio sin la interrupción temprana de la lactancia materna que se encontraba disponible para la comparación. Tanto en el estudio KiBS como en el PEPI se observó un marcado incremento en el riesgo de hospitalizaciones por enfermedades diarreicas para aquellos/as lactantes cuyas madres habían interrumpido la lactancia a los seis meses posparto en comparación con estudios anteriores en los cuales las madres amamantaron hasta que se cumplió el segundo año de vida. Asimismo, en el estudio PEPI de Malawi, y en comparación con un estudio anterior, se observó un significativo incremento tanto en el riesgo de muerte como en el riesgo de diarrea. En el estudio HIVIGLOB, en el cual participaron 579 lactantes no infectados/as, se observó el doble de hospitalizaciones por gastroenteritis en los tres meses siguientes a la interrupción de la lactancia materna en comparación con los tres meses previos; de las 15 muertes que tuvieron lugar entre lactantes no infectados/as, todas ocurrieron con posterioridad a la interrupción de la lactancia. La Dra. Fowler también informó acerca de los datos publicados del estudio MASHI [28]. A los siete meses, la mortalidad infantil era del 9.5% entre aquellos/as lactantes alimentados/as con leche artificial desde el nacimiento, frente al 4.9% entre los/as lactantes que se encontraban amamantando a los seis meses y recibían una dosis diaria de ZDV. También en el estudio MASHI, la supervivencia libre del VIH a los 18 meses era similar, independientemente del tipo de alimentación infantil: 86% en el grupo alimentado con leche artificial frente al 85% en el grupo con lactancia materna.

Louise Kuhn de la Universidad de Columbia presentó los resultados del Estudio sobre Lactancia Materna Exclusiva de Zambia (ZEBS) [25, 26] realizado en Lusaka, Zambia, cuyo objetivo fue evaluar si la lactancia materna exclusiva con una interrupción abrupta a los cuatro meses era factible y si reducía la transmisión del VIH y la mortalidad en menores de dos años, en comparación con una interrupción gradual de la lactancia siendo la edad mediana de interrupción de todo tipo de lactancia los 16 meses. El estudio de 958 pares de madres-lactantes permitió observar que la supervivencia libre del VIH a los 24 meses era similar entre los/as lactantes cuyas madres fueron asignadas al azar ya sea al grupo que continuó amamantando más allá de los seis meses o al grupo que interrumpió abruptamente la lactancia a los cuatro meses. En el grupo de lactancia materna continuada, se alentó a las madres a amamantar en forma exclusiva durante seis meses y a introducir

gradualmente alimentos complementarios al tiempo que continuaban amamantando hasta que se cumplió el segundo año de vida. Estas madres interrumpieron la lactancia materna en el momento elegido por decisión propia. En el grupo de interrupción temprana de la lactancia materna, las madres fueron asignadas al azar para amamantar exclusivamente hasta los cuatro meses y luego interrumpir abruptamente. Cabe destacar que (tal como se observó en el estudio MASHI – Ref.28) la supervivencia entre lactantes infectados/as con el VIH fue notablemente mejor a los 24 meses para el grupo de lactancia materna continuada en comparación con aquellos/as lactantes que interrumpieron la lactancia abruptamente a los cuatro meses.

Si bien en términos generales el grupo de estudio ZEBS no presentó diferencias significativas en cuanto a la supervivencia libre del VIH a los 24 meses en función del grupo de asignación al azar, los beneficios de la lactancia materna prolongada variaron según el recuento de linfocitos CD4 de la madre. En el caso de los/as lactantes nacidos/as de madres con elevados recuentos de linfocitos CD4, se observó una mejor supervivencia a los 24 meses entre aquellos/as cuyas madres amamantaron por mayor tiempo en comparación con aquellos/as cuyas madres interrumpieron la lactancia materna abruptamente a los cuatro meses. Los datos del ZEBS señalan que una lactancia materna continuada por un promedio de 16 meses arrojó resultados similares en cuanto a la supervivencia libre del VIH a los 24 meses en comparación con una interrupción temprana de la lactancia materna entre los 4 y 6 meses aproximadamente.

Deliberaciones del trabajo de grupos

1. Con respecto a la información proporcionada a las madres infectadas con el VIH que se encuentran en el proceso de decidir acerca de la opción de alimentación infantil:

- a. ¿Es preciso agregar ahora a las razones para amamantar en forma exclusiva, el hecho que para los niños/as pequeños/as representa un menor riesgo de transmisión del VIH en comparación con la alimentación mixta?

El grupo de consulta opinó que en la actualidad hay información suficiente y que es posible agregar, como una razón adicional para promover la lactancia materna exclusiva, el menor riesgo de transmisión del VIH en comparación con la alimentación mixta. Esta conclusión se basó principalmente en los datos del recién publicado estudio Zvitambo [35], como así también en datos del Estudio sobre Transmisión Vertical [22] de Sudáfrica. Estos estudios y datos previamente publicados por Coutsoydis [36] en Durban, Sudáfrica, apoyan la reducción del riesgo de infección con lactancia materna exclusiva. Se acordó que la alimentación mixta en los primeros seis meses posteriores al parto incrementa el riesgo de transmisión del VIH, en comparación con la lactancia materna exclusiva. Se deliberó sobre la necesidad de hacer hincapié en los otros beneficios de la lactancia materna exclusiva, incluyendo la mejor supervivencia infantil general.

- b. ¿Es posible especificar un número de meses (por ejemplo 0–6) de lactancia materna exclusiva que sea mejor para la gran mayoría de los/as lactantes y sus madres infectadas con el VIH que deciden amamantar, reconociendo que aún así es preciso tener en cuenta la situación individual de cada una?

El grupo recomendó mantener un mensaje simple y la mayoría de los/as consultores/as favorecieron explicitar que las madres que deciden amamantar deberían hacerlo en forma exclusiva durante seis meses. Se reconoció que la situación individual de cada madre es lo que la impulsará a interrumpir la lactancia más prematuramente pero que la recomendación general para las madres que deciden amamantar debería ser hacerlo exclusivamente durante seis meses. También se deliberó sobre el hecho que la lactancia materna no debería necesariamente interrumpirse a los seis meses, sino que es preciso que su interrupción se determine de acuerdo a cada mujer y a su situación individual y contexto local así como también a si están dadas las condiciones para una alimentación de sustitución segura (por ejemplo, AFASS). En especial, es preciso que las decisiones dependan de la posibilidad de proporcionarle al/a lactante una nutrición satisfactoria sin leche materna basada en sus sustitutos disponibles a nivel local y en alimentos complementarios y que dependan a su vez de la evaluación del estado general de salud y crecimiento del/a lactante.

2. ¿Es posible ser más claros acerca de los riesgos y beneficios en términos de la supervivencia libre del VIH según las diversas opciones de alimentación infantil?

Los estudios DITRAME Plus [12] como así también los datos del estudio MASHI permitieron observar la ausencia de diferencias en cuanto a la supervivencia libre del VIH a los 18 meses considerando el tipo de alimentación: alimentación con leche artificial o lactancia materna interrumpida entre los primeros cuatro a seis meses. En general, el grupo consideró que las decisiones debían contemplar la situación local de cada madre pero con un fuerte mensaje para evitar la alimentación mixta en los primeros seis meses de vida.

3. Al momento de deliberar acerca de las opciones de alimentación infantil con las mujeres infectadas con el VIH, ¿es preciso continuar recomendando la interrupción temprana para quienes escogen amamantar? De ser así:

a. ¿En qué situaciones? (Considerar los primeros 0–6 meses)

El grupo deliberó acerca de las cada vez más numerosas pruebas científicas, incluyendo la nueva información presentada en la reunión consultiva, sobre el hecho que la interrupción temprana de la lactancia materna en muchas situaciones de recursos limitados no es una opción aceptable, factible, asequible, sostenible y segura para la mayoría de las mujeres de bajos ingresos económicos y puede estar asociada a una mayor morbilidad y mortalidad. Se acordó apoyar la lactancia materna exclusiva durante seis meses a menos que la alimentación de sustitución sea AFASS, en cuyo caso es necesario evitar todo tipo de lactancia materna.

b. ¿Es posible ser más específicos respecto de las pautas actuales sobre las siguientes cuestiones?:

- *¿Cuál debería ser el tiempo de transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación de sustitución completa?*

A partir de experiencias programáticas el grupo señaló que el período de transición actualmente era de 2–3 días como mínimo y de 2–3 semanas como máximo. Se sugirió que, si la madre planeaba continuar amamantando más allá de los seis meses, la introducción de los alimentos complementarios debería hacerse en forma gradual tal como se hizo en el estudio ZEBS. Sin embargo, el grupo consideró que aún no había datos suficientes disponibles para ayudar a orientar con las recomendaciones. Se requería de una investigación más profunda para aclarar la duración y el proceso de transición óptimo de la lactancia materna exclusiva a la alimentación de sustitución completa.

- *¿De qué modo pueden la madre y el/la lactante manejarse mejor con los problemas que surjan durante la interrupción de la lactancia (llanto, problemas mamarios, alimentación con taza, alimentación nocturna, etc.)?*

Se debatió acerca de las diversas estrategias para aliviar el llanto del/a lactante y acerca de cómo enseñarles a los/as lactantes a alimentarse con taza, como así también a resolver la necesidad de succión de los/as lactantes alimentados de este modo.

- *¿Cuál es el criterio para evaluar si la alimentación del/a niño/a no amamantado/a es adecuada?*

El grupo trató la necesidad de un seguimiento temprano del crecimiento como así también la evaluación del consumo de alimentos por parte de los/as lactantes. Hasta el momento, las pautas existentes sobre la alimentación del/a niño/ no amamantado/a después de los seis meses no han sido muy difundidas ni utilizadas en el marco de los programas en los países.

- *¿En qué situaciones la lactancia materna continuada más allá de los 6 meses aún sería apropiada?*

El grupo recomendó que las madres infectadas con el VIH continuaran amamantando hasta tanto se pudiera proporcionar una alimentación AFASS, momento durante el cual es preciso interrumpir la lactancia. Si un/a lactante está confirmado/a como infectado/a con el VIH, es preciso alentar a la madre a continuar amamantando. Se subrayó la necesidad de evaluar a intervalos regulares a todas las madres infectadas con el VIH para tratamiento con medicamentos antirretrovirales. Aquellas mujeres que reúnen los criterios de la OMS y que requieran de un tratamiento con medicamentos antirretrovirales por su propio bienestar, deberían recibirlo durante la lactancia con un cuidadoso seguimiento de ellas mismas y de sus lactantes.

- *¿Qué es lo que las madres, sus familias y las comunidades pueden hacer para velar por una adecuada nutrición sin leche materna desde la interrupción temprana de la lactancia hasta los 2 años?*

Se deliberó acerca de la necesidad de evaluar la capacidad de los sistemas de salud para apoyar a las mujeres infectadas con el VIH que escogen la alimentación de sustitución y cubrir las necesidades de salud de los/as lactantes. Es necesario que el/la agente de salud sea capaz de educar a las madres acerca del agua y una higiene seguras, y en cómo preparar alimentos que cubran las necesidades de micronutrientes y calorías de los/as lactantes. Asimismo, es preciso que los sistemas de salud sean capaces de proporcionar una adecuada atención de salud de modo tal que puedan manejar satisfactoriamente la mayor cantidad de casos de gastroenteritis aguda entre los/as lactantes con alimentación de sustitución. También es necesaria la provisión de intervenciones preventivas básicas de supervivencia infantil, como ser la suplementación periódica con vitamina A, inmunizaciones, mosquiteros tratados con insecticida, etc.

Otras de las cuestiones que surgieron estuvieron relacionadas con la duración de la lactancia materna, el impacto de las infecciones maternas que ocurren durante la lactancia y la necesidad de comprender mejor el efecto de la lactancia materna continuada en la salud de las madres infectadas con el VIH. Se mencionó el desconocimiento sobre los efectos a largo plazo de la exposición a los medicamentos antirretrovirales en la salud infantil, en particular para los/as niños/as no infectados con el VIH.

El grupo expresó su preocupación acerca de la calidad de la consejería en alimentación AFASS, la necesidad de más capacitación y de materiales informativos para colaborar con los/as consejeros/as, como así también la necesidad de que éstos/as dispongan del tiempo necesario para dar consejería en alimentación infantil. Asimismo, se enfatizó la necesidad de que la alimentación AFASS tuviese en cuenta el acceso a los servicios de atención de salud para las infecciones agudas infantiles en los contextos programáticos dado que la calidad de la atención y el seguimiento proporcionado en estudios de investigación podrían generar falsas expectativas. Las tarjetas y enfoques de consejería de la OMS han sido ampliamente difundidos y son bien recibidos, pero resultaría más útil comparar estos métodos con otros enfoques.

El grupo examinó la información presentada en la reunión y llegó a la conclusión que actualmente – y a diferencia de la reunión consultiva del año 2000- existe una mejor comprensión, si bien aún no por completo, de las consecuencias que la alimentación con leche artificial desde el nacimiento y la interrupción temprana de la lactancia materna tienen en los/as lactantes en situaciones de recursos limitados. Esto es particularmente cierto para África subsahariana, de la cual antes prácticamente no existía información. Asimismo, se señaló que existe cada vez más información acerca del momento y del riesgo de transmisión durante la lactancia [17,37] y acerca de los peligros de una alimentación mixta en los primeros seis meses de vida. También surgió la necesidad de expandir el concepto AFASS de modo que incluya la evaluación de las fortalezas y la calidad de los servicios de atención de salud para tratar las enfermedades agudas de los/as lactantes y la desnutrición.

El grupo sugirió prestar mayor atención a las anteriores pautas de la OMS y manifestó la necesidad de que los Ministerios de Salud y los donantes evaluaran un apoyo equivalente (por ejemplo, consejería y suplementos alimenticios maternos, y apoyo nutricional para lactantes de 6 a 12 meses) para las mujeres infectadas con el VIH que escojan amamantar, como complemento de los programas ministeriales que proporcionan leche artificial gratuita a las mujeres que optan por la alimentación de sustitución.

4. A la espera de los resultados de estudios actuales sobre inocuidad y eficacia, ¿es posible ser más claros acerca de la función de los medicamentos ARV en la prevención de la transmisión del VIH a través de la lactancia?

Durante el debate se estableció que las mujeres que precisan medicamentos antirretrovirales por su propia salud deberían recibirlos durante la lactancia. Asimismo, se hizo hincapié en la importancia de evaluar qué mujeres requieren el tratamiento durante el embarazo y el posparto dada la especial función de la madre en preservar la familia y el fuerte vínculo directo entre la supervivencia de la madre y del/a lactante. Se desconocen las consecuencias del tratamiento TARGA materno durante la lactancia en la transmisión del VIH y si es inocuo para el/a lactante, pero varios estudios en ejecución en África se encuentran abordando estas cuestiones específicas. Se alertó en contra de hacer recomendaciones basadas en experiencias de programas, y se subrayó la importancia de evaluar la información proveniente de estudios clínicos cuando éstos estuvieran disponibles. Los lineamientos actuales establecen que las recomendaciones sobre VIH y alimentación infantil continúan siendo las mismas para las mujeres que se encuentran bajo tratamiento con ARV por su propia salud.

PANEL 2: NUEVAS EXPERIENCIAS Y PRUEBAS CIENTÍFICAS SOBRE OPCIONES DE ALIMENTACIÓN

Tracy Creek de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los EUA presentó datos de un brote epidémico grave de diarrea y desnutrición [38] entre lactantes y niños/as pequeños/as que tuvo lugar en el año 2006 en el área de Francistown de Botswana. En Botswana, donde el MS recomienda que las mujeres infectadas con el VIH alimenten con leche artificial y el Gobierno Nacional la distribuye de manera gratuita, el 63% de las mujeres identificadas como infectadas por el VIH alimentan con leche artificial a sus hijos/as en toda la nación. A principios de 2006, el MS observó un notable incremento en los casos pediátricos de diarrea y hospitalizaciones conexas. El número de casos registrados de diarrea en menores de cinco años aumentó cuatro veces entre 2004 - 2005 y 2006; asimismo, la mortalidad en menores de cinco años por enfermedades diarreicas pasó de 24 y 21 casos registrados en el año 2004 y el año 2005 respectivamente a, al menos, 532 casos de muerte en el año 2006. Estas muertes infantiles se asociaron a diarrea y desnutrición y ocurrieron con posterioridad a lluvias inusualmente intensas, en las cuales el 25% de las familias de los/as pacientes tuvieron letrinas desbordadas. Los patógenos identificados en los/as pacientes incluían *Cryptosporidium*, *E. Coli* enteropatógena, *Salmonella* y *Shigella*.

Un estudio de casos y controles realizado por los CDC en el área de Francistown halló que los/as niños/as que acudían a la sala de emergencias como consecuencia de la diarrea tenían 50 veces más probabilidades de no ser amamantados/as, en comparación con los/as niños/as que acudían a la sala de emergencias por otras razones. Entre los/as niños/as hospitalizados/as por diarrea, el 96% era menor de dos años y el 93% no se encontraba amamantando. Aproximadamente la mitad de los/as lactantes y los/as niños/as pequeños/as que no estaban siendo amamantados/as presentaba un crecimiento insatisfactorio antes de la enfermedad diarreica, y el 35% había tenido diarrea prolongada durante dos semanas o más. El brote epidémico se destacó por la extremadamente elevada tasa de mortalidad por diarrea: uno de cada cinco niños/as hospitalizados/as por diarrea murieron. Los factores de riesgo estadísticamente significativos para la mortalidad incluían no ser amamantado/a (8.5 veces mayor riesgo de muerte) y un diagnóstico de Kwashiorkor (2.6 veces mayor riesgo de muerte). Ningún/a niño/a amamantado/a del estudio murió.

La Dra. Creek manifestó que el brote epidémico en Botswana pone de relieve la necesidad de un acceso confiable a agua potable, así como una buena higiene y consejería en una adecuada nutrición. La leche artificial para lactantes sólo debería usarse cuando es posible garantizar una alimentación AFASS. La Dra. Creek llegó a la conclusión que no se puede dar por sentado el uso de la leche artificial “segura” en situaciones de recursos limitados, ya que la seguridad de la leche artificial puede variar dramáticamente según el clima, y es preciso que los programas verifiquen que la distribución de las leches artificiales para los/as lactantes expuestos/as al VIH de hecho disminuya la mortalidad infantil en una área antes de utilizarla masivamente.

André Briend de la OMS presentó una revisión de las pruebas científicas sobre leche animal modificada en el hogar como la alimentación de sustitución en los primeros meses de vida. Analizó el uso de la leche animal modificada y surgieron preocupaciones sobre seguridad y deficiencias nutricionales incluyendo ácidos grasos esenciales y micronutrientes. El Dr. Briend citó un estudio que mencionaba las altas tasas de hospitalización en la India entre los/as lactantes pequeños/as que reciben leche animal modificada en el hogar [39]. Asimismo, habló sobre un estudio realizado en Sudáfrica [40] el cual halló que ninguna leche animal modificada en el hogar reúne todos los requerimientos de micronutrientes estimados. También se deliberó sobre cuestiones de capacidad para añadir hierro y otros micronutrientes y ácidos grasos esenciales a la leche animal modificada en el hogar como alimentación de sustitución durante los primeros 6 meses de vida. Algunas de las principales preocupaciones fueron la contaminación bacteriana y la dificultad de las madres para preparar diluciones correctas. El Dr. Briend indicó que no se ha podido demostrar a gran escala *ningún* ejemplo de uso exitoso de la leche animal modificada en el hogar durante los primeros seis meses de vida. Considerando las preocupaciones antes mencionadas, el Dr. Briend concluyó que este tipo de leche no se debería recomendar como una opción factible y segura de alimentación de sustitución en los primeros seis meses de vida.

Anna Coutsooudis de la Universidad de KwaZulu-Natal deliberó acerca de su experiencia en Durban, Sudáfrica, con ejecución programática de la lactancia materna exclusiva. De acuerdo con esta experiencia, la sensibilización inicial de la

comunidad, seguida de una capacitación de los/as agentes en atención de salud y una consejería extensa dispensada a lo largo del tiempo a las madres que amamantan puede derivar en una alta aceptación de LME. En los programas de Durban, el 82% de las madres notificó proporcionar LME a las cuatro semanas, el 67% a los tres meses y el 40% a los seis meses. La Profesora Coutssoudis también relató que consejeros/as no especializados/as están en capacidad de proporcionar un apoyo adecuado a la lactancia materna exclusiva. Concluyó que para lograr éxito y aceptación, es necesario que la promoción de la LME se dirija a todas las mujeres que se encuentran amamantando, y no sólo a aquellas que están infectadas con el VIH.

La Profesora Coutssoudis también habló sobre la nueva información relacionada con la pasteurización de la leche. Actualmente hay dos estrategias disponibles¹: una es la técnica conocida como “Pasteurización de Pretoria” [41] en la cual se hierve el agua, se retira del fuego y luego se coloca un frasco con leche materna en el agua durante 20 minutos. La otra técnica usada es la “Pasteurización por Calentamiento Rápido” [42] en la cual se coloca un frasco con leche materna en un recipiente con agua que luego se hierve. Cuando el agua hierve, se retira el frasco con leche materna del recipiente de agua y se deja enfriar. Cuando se haya enfriado, se la proporciona al/a lactante; no hay un tiempo estipulado. El método de calentamiento rápido es más fácil y más veloz que el método de Pretoria.

La Profesora Coutssoudis indicó que aún resta responder una serie de preguntas importantes de investigación sobre el uso de la leche materna tratada térmicamente, incluyendo si es seguro almacenarla por un tiempo determinado a temperatura ambiente después de ser pasteurizada y si tanto los virus asociados a células como los virus libres se eliminan con la pasteurización. También se necesitan más estudios para evaluar el impacto de la pasteurización sobre los micronutrientes. Según estudios actuales, los niveles de lactoferrina en la leche materna se reducirían mediante la pasteurización, pero la vitamina A, el ácido ascórbico, o los niveles de tiamina presentes en la leche materna no se verían afectados. La Profesora Coutssoudis concluyó que las dos estrategias, la Pasteurización de Pretoria y por Calentamiento Rápido, deberían ser estudiadas en profundidad en los programas para madres infectadas con el VIH. Hizo hincapié en que la aceptación y la posibilidad de las madres en Sudáfrica serían mayores a partir de los seis meses de posparto, es decir, durante la lactancia materna parcial a diferencia de la lactancia materna exclusiva. De hecho, la extracción de 500ml de leche materna diaria era considerada posible, pero no así cantidades mayores.

¹ La OMS recomienda calentar la leche materna extraída al punto de ebullición y luego retirarla del fuego.

Deliberaciones del trabajo de grupos

1a ¿Existen pruebas científicas y experiencias para perfeccionar y poner en práctica las definiciones comprendidas en AFASS?

El grupo trató la necesidad de evaluar las condiciones AFASS no sólo en cuanto a las circunstancias individuales, sino también considerando los servicios y el apoyo disponibles a nivel del distrito y de la región. Es preciso revisar las condiciones AFASS en momentos apropiados, como ser al diagnosticarse infección con el VIH en el lactante y a los seis meses de posparto cuando las madres evalúan cambiar las prácticas de alimentación. Si no es posible una alimentación AFASS, entonces las mujeres deberían recibir consejería para continuar amamantando hasta que la alimentación de sustitución sea considerada como AFASS y existan alternativas nutricionales disponibles a la lactancia materna.

1b ¿Qué se debería recomendar a las mujeres que no logran una alimentación AFASS a los seis meses o después de este momento?

A través de las deliberaciones de grupo y el consenso se acordó que las mujeres que no logran proporcionar una alimentación AFASS deberían continuar amamantando hasta tanto la alimentación de sustitución sea AFASS y existan alternativas de alimentación seguras.

2. ¿Qué pautas adicionales se pueden dar a los/as agentes de salud para ayudarlos/as a dar consejería y a apoyar a las mujeres infectadas con el VIH más eficazmente?

El grupo debatió la necesidad de una re-evaluación periódica de la alimentación AFASS, incluyendo el período prenatal, cuando se conocen los resultados del diagnóstico infantil del VIH, y más específicamente en el momento en que se planea interrumpir la lactancia. Es preciso que los/as agentes de salud estén en contacto con las madres que se encuentran amamantando de modo tal que tengan la oportunidad de dar consejería cuando sea apropiado. Si la alimentación no es AFASS, entonces las mujeres infectadas con el VIH deberían recibir consejería para continuar amamantando.

También se hizo hincapié en la necesidad de modificar los criterios AFASS de modo tal que incluyan la localización y la calidad de los servicios de salud disponibles. Se sugirió la acreditación de sitios basados en la capacidad del sistema de salud para proporcionar servicios “AFASS + Amigables”. La evaluación de estos sistemas promovería calidad. En cuanto a consejería de madres, se sugirió la elaboración de instrumentos de trabajo adicionales o tablas que presenten en forma visual información sobre una comparación de riesgos según el tipo de alimentación.

3. ¿Es preciso continuar recomendando la leche animal modificada en el hogar?

Ambos grupos acordaron que la leche animal modificada en el hogar NO debería recomendarse a los/as lactantes durante los primeros seis meses, a menos que sea una medida sustituta para las mujeres a modo individual. También surgió la necesidad de aclarar que las dos principales opciones de alimentación infantil

para mujeres infectadas con el VIH eran la lactancia materna exclusiva y la alimentación con leche artificial siempre que se pudiese proporcionar una alimentación AFASS. Otras opciones, como ser el tratamiento térmico de la leche materna, los bancos de leche o el amamantamiento por otra mujer, deben ser investigadas en profundidad antes de ser consideradas para una amplia ejecución como principales opciones de alimentación. El grupo no logró consenso en la eliminación del amamantamiento por otra mujer como opción, pero algunos/as expertos/as consideraron que es preciso desalentar esta opción de alimentación. Se expresaron ciertas preocupaciones sobre el riesgo de transmisión de la infección de un/a lactante a la nodriza.

4. ¿Es preciso perfeccionar los mensajes de consejería en alimentación infantil y las pautas en el contexto de un diagnóstico infantil temprano del VIH?

El grupo de consulta acordó en forma unánime que los/as lactantes infectados/as con el VIH deben ser amamantados/as por tanto tiempo como sea posible. Los/as expertos/as señalaron que los datos de ZEBS eran muy claros acerca de la mejor supervivencia a los 18 meses de los/as lactantes infectados/as que continuaban con LM. Se deliberó sobre el riesgo de super infección de niños/as seropositivos/as, y el grupo consideró que ese tipo de infección durante la lactancia, de ocurrir, sería extremadamente inusual y no tendría consecuencias para la salud pública. Los datos presentados en los estudios ZEBS [25] y MASHI [28] permitieron documentar claramente los beneficios de una lactancia materna continuada en la supervivencia del/a lactante infectado/a. Las madres de lactantes expuestos/as al VIH y con resultados negativos a las pruebas de detección de la infección deberían continuar recibiendo consejería y apoyo a la opción inicial de alimentación basada en los criterios AFASS.

5. ¿Es preciso usar criterios basados en recuentos mínimos de linfocitos CD4 por debajo de los cuales es necesario aconsejar a una madre infectada con el VIH a no amamantar y por encima de ellos a alentarla a hacerlo?

Ambos grupos acordaron que la respuesta era NO, pero que las decisiones deberían estar basadas en los criterios AFASS y no en el recuento de linfocitos CD4. Si bien se reconoció que las mujeres con bajos recuentos de linfocitos CD4 se encontraban en mayor riesgo de transmitir la infección, estas mujeres deberían ser evaluadas para el tratamiento antirretroviral por su propia salud, y porque probablemente atenuaría el riesgo de transmisión reduciendo la carga vírica en la leche materna.

6. ¿De qué manera es posible difundir de manera más eficaz las pautas actuales sobre VIH y alimentación infantil?

El grupo de consulta debatió sobre la necesidad de una adaptación local de las herramientas de consejería en opciones de alimentación infantil y la necesidad de enfoques de capacitación innovadores. Con el objetivo de simplificar la consejería, recomendaron reducir el número de opciones para el período comprendido entre el nacimiento y los seis meses a la lactancia materna exclusiva y a la alimentación con leche artificial. En la mayoría de las situaciones donde

no es posible ofrecer una alimentación AFASS, la opción por defecto debería ser la lactancia materna exclusiva, teniendo en cuenta el sistema de cuidados de la salud, el agua segura, la cultura y la situación individual de cada mujer.

Se subrayó la importancia de la promoción de la LME para la población general. Los hallazgos de Zimbabwe y de Durban señalaron que la LME puede reducir la transmisión, incluso entre mujeres infectadas con el VIH que desconocen su estado de la enfermedad, y que su ejecución es posible. Se recomendó proporcionar más información a nivel comunitario, con el fin de acortar y simplificar la consejería individual.

Los riesgos asociados con una interrupción temprana de la lactancia materna hoy son mucho más claros que en el año 2000, dada la nueva información sobre la supervivencia libre del VIH obtenida de los estudios ZEBS [25] y MASHI [28] como así también de los estudios en ejecución en Uganda, Malawi y Kenia. Esta nueva información debe ser incorporada a las futuras herramientas y a los mensajes de consejería.

PANEL 3: CUESTIONES CLAVE EN LA EJECUCIÓN

Charles Sagoe-Moses de la Oficina Regional de la OMS en África presentó los hallazgos de una encuesta recientemente realizada sobre la utilización de las pautas de las Naciones Unidas sobre VIH y alimentación infantil derivadas de la Consulta Técnica de 2000 y las recomendaciones de los países sobre cómo mejorar las pautas. Cinco países francófonos y diez países angloparlantes respondieron la encuesta como así también cuatro países fuera de África. De acuerdo con los resultados, las pautas fueron utilizadas principalmente por elaboradores de políticas junto con agentes de salud, ONG y maestros/as. Las pautas se usaron para desarrollar guías nacionales, materiales y presentaciones de consejería y para sensibilizar y lograr consenso. Algunos de los obstáculos en la ejecución de las pautas del año 2000 fueron el momento inapropiado en el cual el personal de salud daba consejería a las madres y la inadecuada capacitación de los/as consejeros/as.

El Dr. Sagoe-Moses también informó acerca de una reunión con ejecutores de programas realizada en agosto de 2006 en Sudáfrica. Los/as participantes mencionaron que los temas que precisaban ser aclarados eran los siguientes: mejorar las pautas de cómo dar consejería a las madres de manera efectiva con relación a las opciones de alimentación infantil tras la recepción de los resultados de PCR infantil temprana; claridad en cuanto al momento óptimo para interrumpir la lactancia materna exclusiva (por ejemplo, 3 o 6 meses); si las madres con elevadas cargas víricas y/o un bajo recuento de linfocitos CD4 deberían ser aconsejadas a amamantar o a alimentar con leche artificial; cuáles son los alimentos idóneos que proporcionan una nutrición adecuada tras la interrupción de la lactancia materna; cuál sería la duración del período de transición ; aclarar si se recomienda la lactancia materna más allá de los seis meses para los/as lactantes infectados/as con el VIH; y la provisión de más información, educación y material de comunicación sobre VIH y alimentación infantil a los/as consejeros/as, como ser diagramas de flujo y escenarios.

Ted Greiner de PATH presentó un algoritmo preliminar de AFASS desarrollado por PATH y EGPAF para ayudar a los/as consejeros/as a discutir la interrupción de

la lactancia materna con madres infectadas con el VIH. Si bien el grupo de consulta consideró que el contenido era definitivamente útil, los/as participantes coincidieron en que el algoritmo propuesto en el documento de trabajo era demasiado complejo para ser usado por consejeros/as. También se expresaron preocupaciones acerca de que el algoritmo presentado pudiera interpretarse como un árbol de toma de decisiones que obstaculizara la consejería y las opciones de las mujeres, aún cuando, en realidad, pretendía ser una herramienta para ayudar a consejeros/as a analizar las opciones de lactancia materna.

Halima Dao de los CDC dio una breve reseña sobre el diagnóstico infantil temprano del VIH. Expresó que este diagnóstico de VIH proporciona la oportunidad para revisar la situación de la madre; para evaluar si los/as lactantes identificados/as como infectados/as con el VIH calificaban para el inicio del tratamiento con antirretrovirales de acuerdo al recuento de linfocitos CD4; y señaló que el diagnóstico infantil temprano del VIH proporciona a su vez la oportunidad para hacer la prueba a otros miembros familiares si se identifica a un/a lactante como infectado/a con el VIH.

La Dra. Dao discutió además la necesidad de armonizar las pautas sobre recuento materno de linfocitos CD4 y las opciones de alimentación infantil con los lineamientos para AIEPI y prevención de la TMN. Los lineamientos actuales para AIEPI recomiendan no amamantar si el recuento de linfocitos CD4 de la madre es bajo; los lineamientos para la prevención de la TMN indican que las decisiones de alimentación infantil deberían estar basadas en los criterios AFASS. La deliberación del grupo derivó en la necesidad de que los criterios AFASS se utilicen siempre para evaluar las opciones de alimentación infantil, si bien es importante tener en cuenta, a la hora de sopesar los riesgos, que las mujeres con más bajos recuentos de linfocitos CD4 presentan un mayor incremento del riesgo de transmisión durante la lactancia. Siempre es necesario evaluar si una mujer requiere el tratamiento con medicamentos antirretrovirales.

Mickey Chopra del Consejo de Investigaciones Médicas de Sudáfrica habló acerca de la necesidad de un apoyo psicológico a las madres infectadas con el VIH. Presentó información acerca de las altas tasas de depresión materna entre embarazadas y puérperas que conocen su diagnóstico del VIH y los posteriores efectos negativos en el vínculo entre la madre y el/la niño/a, y el crecimiento y desarrollo mental infantiles. Discutió además la eficacia de intervenciones con consejería domiciliaria antes del parto y después del mismo para ayudar a las mujeres a aceptar el diagnóstico del VIH y a relacionarse positivamente con sus hijos/as. Un exitoso grupo de apoyo a madres infectadas con el VIH (Madres a Madres a Bebés) [43] de Ciudad del Cabo hoy se ha expandido a otros lugares.

Identificación de las Áreas Clave para una Investigación Futura

La Dra. Lynne Mofenson del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (National Institute of Child Health and Development - NICHD, en inglés) dio un panorama general de las prioridades de investigación pasadas y actuales.

Algunas de las áreas clave de investigación incluyen:

- Los factores que afectan la transmisión a través de la leche materna (tanto factores de protección como de riesgo) en ausencia y ante la presencia de ARV; el porcentaje de transmisión a través de los virus libres y virus asociados a células; los factores que afectan la transmisión temprana y tardía; los factores víricos que afectan la transmisión incluyendo subtipos; la cuantificación del riesgo de TMN durante el período de transición de la lactancia materna a la alimentación de sustitución; la evaluación de la calidad inmunológica de la leche materna de las mujeres infectadas en diferentes estadios de la enfermedad y del recuento de linfocitos CD4, tal como el contenido de anticuerpos contra patógenos comunes; la evaluación del riesgo de TMN posnatal en mujeres con seroconversión durante la lactancia.
- La interrupción temprana de la lactancia materna antes de los seis meses y sus consecuencias en términos de la morbilidad y la mortalidad; la definición del momento apropiado y la duración óptima del período de transición como así también la duración adecuada de la lactancia materna; la determinación de las intervenciones efectivas para optimizar la nutrición con posterioridad a la interrupción de la lactancia materna.
- La interrupción temprana de la lactancia materna después de los seis meses incluyendo los riesgos de TMN posnatal y morbilidad/mortalidad infantil durante la transición de la lactancia materna exclusiva a la lactancia con alimentos complementarios; el momento apropiado para interrumpir la lactancia en el caso de los/as niños/as expuestos/as al VIH no infectados/as; y la posibilidad y eficacia de las diferentes intervenciones para optimizar la nutrición, el desarrollo y la supervivencia entre lactantes mayores.
- El tratamiento con medicamentos ARV de las mujeres que se encuentran amamantando y los efectos en el momento de transmisión; los factores de riesgo de la transmisión a través de la leche materna en mujeres con ARV; los niveles de ARV en la leche materna y en los/as lactantes que se encuentran amamantando; la seguridad del/a lactante ante la exposición a ARV a través de la leche materna; la eficacia en la reducción posnatal de la TMN; el efecto de los ARV sobre la carga vírica libre y la asociada a células y el desarrollo de resistencia a ARV del virus de la leche materna; la resistencia a ARV entre lactantes que se encuentran amamantando y que contrajeron la infección con posterioridad al parto
- La eficacia e inocuidad de la profilaxis con ARV para evitar la TMN para la madre y el/la lactante (actualmente está siendo evaluada en estudios clínicos); la duración del tratamiento de profilaxis materno infantil con ARV de la TMN posnatal y, de ser efectivo, seguridad de la suspensión del tratamiento con ARV para la madre cuando es utilizado únicamente como profilaxis.
- La posible función de las estrategias de inmunización pasivas y activas; fase I/II de los estudios de seguridad e inmunogenicidad de las vacunas candidatas contra el VIH en lactantes expuestos/as al VIH (tanto lactantes no infectados/as como lactantes que contrajeron la infección a pesar de la profilaxis); la

eficacia y la seguridad de la inmunización pasiva, activa o pasiva/activa para la prevención de la TMN posnatal.

- Las alternativas a la alimentación de sustitución incluyendo estrategias para reducir la infectividad de la leche materna mediante el uso del tratamiento térmico, microbicidas, etc.; el efecto de estas intervenciones en el virus libre y el virus asociado a células y los componentes de la leche; la seguridad, la factibilidad, y la eficacia cuando se utilizan temporalmente para la prevención de la TMN posnatal durante el período de transición o durante períodos de patologías mamarias, como ser la mastitis.
- La investigación sobre consejería, ejecución y seguimiento de programas de alimentación infantil; la investigación de los factores que influyen en la toma de decisiones de las madres sobre alimentación infantil, incluyendo la participación de los padres; la investigación sobre consejería y capacitación idóneas así como también una valoración adecuada de la calidad de la consejería; evaluación de las intervenciones basadas en la comunidad.

Estos temas de investigación se debatieron en sesiones de grupos reducidos. Se identificaron dos objetivos principales en la investigación sobre VIH y alimentación infantil: cómo lograr una lactancia materna más segura para los/as lactantes de madres infectadas con el VIH; y la evaluación de las intervenciones destinadas a reducir el riesgo de transmisión del VIH durante la lactancia.

Dado el interés y la importancia de cada una de las áreas de investigación descritas por la Dra. Mofenson y la posibilidad de diferentes fuentes de financiación de acuerdo al tema de investigación, el grupo reducido no priorizó las áreas de investigación *per se* sino que señaló que sería importante apoyar a cada una de las siguientes áreas:

- Patogenia y mecanismos de transmisión
- Los factores de riesgo para la transmisión posnatal durante la lactancia
- Una mejor comprensión de las consecuencias de la alimentación infantil y los tipos de transición
- La inocuidad y la eficacia del tratamiento con ARV y la profilaxis entre mujeres infectadas con el VIH y los/as lactantes durante el período de lactancia materna.
- La ejecución y el seguimiento de cerca de programas destinados a orientar en alimentación infantil y dar consejería a mujeres infectadas con el VIH.
- La función de las vacunas preventivas infantiles contra el VIH en el logro de una lactancia materna segura. Este punto recibió ALTA prioridad; al igual que la posibilidad de una vacuna preventiva contra el VIH para mujeres seronegativas después del parto dadas las altas tasas de seroincidencia entre mujeres en situaciones de recursos limitados durante el primer año posterior al parto.

Deliberaciones del trabajo de grupos

1. ¿Qué es lo que pueden hacer los gobiernos, las ONG y los organismos de Naciones Unidas para apoyar la expansión de intervenciones destinadas a prevenir la transmisión del VIH a través de la lactancia?

El grupo consideró que el fortalecimiento de los programas en ejecución sería un importante primer paso para ayudar a la expansión de las actividades de prevención de la TMN. Este fortalecimiento incluiría la evaluación de fortalezas y debilidades así como también el estudio de sistemas de atención en salud. Es preciso hacer hincapié nuevamente en la promoción de la lactancia materna exclusiva para la población general además de ser parte integral en la expansión de las intervenciones de prevención de la TMN. Las estrategias específicas destinadas a promover la expansión recomendadas por el grupo fueron las siguientes:

- El fortalecimiento de los programas de AIEPI
- La promoción de la lactancia materna exclusiva para los/as lactantes expuestos/as al VIH cuando no se reúnen las condiciones AFASS
- La unión y la integración de la atención prenatal, la prevención de la TMN y los servicios para lograr un cuidado continuo
- El desarrollo de planes de ejecución a nivel del distrito que permitan la ejecución de lo mencionado en escala y a su vez que permitan monitorear/mejorar la calidad de los servicios, y no sólo su cobertura
- La ejecución del Marco Estratégico para las Acciones Prioritarias en VIH y Alimentación Infantil, una guía para gobiernos y otras instituciones interesadas sobre las acciones necesarias para crear y mantener condiciones que fomenten prácticas adecuadas de alimentación para todos/as los/as lactantes y que multipliquen las intervenciones para reducir la transmisión del VIH.

Se subrayó la necesidad de promoción por parte de la OMS y otras agencias en todos los niveles, así como la necesidad de que los gobiernos fijen objetivos reales. Cuando se elaboran nuevas pautas, esta información debe ser rápidamente difundida por los equipos de la OMS y UNICEF en los países. Asimismo, la capacitación en servicio de consejeros/as y agentes de salud que guían sobre alimentación infantil a madres infectadas con el VIH es tan fundamental como lo es el desarrollo de más materiales de información, educación y comunicación (IEC). El mensaje a recibir por las madres infectadas con el VIH es que es preciso amamantar en forma exclusiva durante seis meses de no lograr una alimentación AFASS, e introducir luego alimentos complementarios y lactancia materna continuada hasta el momento en que la alimentación de sustitución completa sea posible. De reunirse las condiciones AFASS, se debería recomendar únicamente la alimentación con leche artificial desde el nacimiento. Los sistemas de atención en salud que sean capaces de entregar leche artificial gratuita o subsidiada deben contar además con una adecuada infraestructura en atención de la salud para proporcionar un seguimiento de cerca satisfactorio y atención para los/as lactantes alimentados/as con leche artificial, de modo tal que no se observe un incremento en la morbilidad/mortalidad infantil.

2. ¿Qué es lo que los gobiernos, las ONG y los organismos de Naciones Unidas pueden hacer para garantizar una adecuada nutrición sin lactancia materna durante el período comprendido entre la interrupción de la lactancia y los dos años de edad?

Se deliberó acerca de la necesidad de que los Ministerios de Salud comprendan que, en situaciones de recursos limitados, proporcionar una adecuada nutrición para los/as lactantes expuestos/as al VIH que no son amamantados/as no es tarea sencilla y por consiguiente, deben contar con apoyo. A los seis meses, sustituir los requerimientos calóricos y de micronutrientes de los/as lactantes antes alimentados/as con leche materna representa un desafío, y sustituir los beneficios inmunológicos de la lactancia es imposible. Por consiguiente, la lactancia materna continuada debería seguir siendo una opción. Los organismos de Naciones Unidas y otros grupos deben ayudar a velar por la seguridad alimentaria y mejores prácticas agrícolas en estas situaciones. Los/as consultores también hicieron hincapié en la necesidad de que los gobiernos apoyen programas que subsidien alimentos complementarios fortificados y mejoren el ingreso familiar. Asimismo, es preciso hacer hincapié en la difusión de las pautas existentes sobre alimentación complementaria y la alimentación del/a lactante no amamantado/a después de los seis meses, en la adaptación de estas pautas al contexto local, la incorporación a los lineamientos y políticas existentes y el fortalecimiento de la capacitación de los/as agentes de salud para la consejería en cómo apoyar a las madres en las opciones de alimentación y los desafíos a partir de los seis meses. Aquellos gobiernos que entregan leche artificial gratuita deberían tomar medidas para garantizar que sólo las madres que pueden lograr una alimentación AFASS (además de ser costeable) reciban la leche artificial y evalúen la posibilidad de otorgar un apoyo equivalente, como ser suplementos nutricionales a la madre que se encuentra amamantando. Además, es preciso promover el seguimiento de cerca del crecimiento de todos/as los/as lactantes expuestos/as al VIH desde el nacimiento hasta los dos años y ofrecer un rápido apoyo nutricional si se documentan trastornos en el crecimiento.

3. ¿Qué es lo que los gobiernos, las ONG y los organismos de Naciones Unidas pueden hacer para ayudar a expandir las intervenciones destinadas a proteger, promover y apoyar la lactancia en la población general en el marco del VIH?

El grupo de trabajo sugirió la necesidad de que la OMS y sus socios promuevan la lactancia materna exclusiva de forma clara y coherente como la principal opción de alimentación para las madres de la población general, para aquellas que no están infectadas con el VIH y lo desconocen y para aquellas mujeres infectadas con el VIH cuando no están dadas las condiciones AFASS. Es preciso que haya un único mensaje sumamente comprensible y coherente para los MS y los/as agentes de salud. También se hizo hincapié en que este mensaje debería ser rápidamente difundido considerando la nueva información sobre morbilidad, mortalidad y supervivencia infantil libre del VIH.

Surgieron otras cuestiones como la necesidad de reforzar los mensajes de apoyo a la lactancia materna entre la población general. También surgió la necesidad de respaldar programas exitosos a nivel comunitario, como ha sucedido con el programa “Madres a Madres a Bebés” iniciado cerca de Ciudad del Cabo,

Sudáfrica, así como la necesidad de extenderlos para que abarquen a la población general en relación al apoyo a la alimentación infantil. Se recomendó además la utilización de campañas en los medios masivos de comunicación en las comunidades para promover con éxito la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses entre la población general y para las mujeres infectadas con el VIH cuando no es posible reunir los criterios AFASS. Estos mensajes deberían transmitir los peligros generales de la alimentación de sustitución, reconociendo a su vez la importancia de conocer la propia situación frente al VIH y, en el caso de las mujeres infectadas con el VIH, la necesidad de que tomen decisiones en consulta con su servicio de salud.

Se debe hacer hincapié en la función de los gobiernos en velar por el apoyo general a la lactancia materna. Para este fin, es sumamente importante que los gobiernos ejecuten el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y posteriores resoluciones relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud; que proporcionen salvaguardas legales para las trabajadoras que se encuentran amamantando (convención 183 sobre protección de la maternidad de la OIT); revitalicen y ejecuten la Iniciativa Hospital Amigo de los/las Niños/as; evalúen la posibilidad de dar apoyo nutricional a las madres que se encuentran amamantando; y que sólo recomienden y otorguen leche artificial cuando se reúnan condiciones seguras¹.

El grupo solicitó además que los organismos de Naciones Unidas luchan por la adopción de lineamientos internacionalmente aceptados en materia de alimentación infantil con un fuerte apoyo a la lactancia materna; que luchan por dar asistencia técnica y materiales para ayudar a la ejecución de pautas sobre VIH y alimentación infantil; y que colaboren apoyando las líneas de investigación sobre una adecuada alimentación infantil en situaciones de recursos limitados.

¹ Las siguientes son las condiciones recomendadas a ser ejecutadas: la leche artificial debería otorgarse en forma gratuita o a costo subsidiado sólo a aquellas mujeres seropositivas y a sus lactantes para quienes la alimentación de sustitución es aceptable, factible, sostenible y segura. Es preciso que el gobierno involucrado garantice un suministro ininterrumpido de la leche artificial, incluso en las zonas más distantes, durante el tiempo que el/la niño/a lo precise; es necesario que los gobiernos garanticen la ejecución del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna con mecanismos apropiados para su seguimiento de cerca y puesta en práctica; el personal responsable de la distribución de la leche artificial debería contar con lineamientos que especifiquen qué mujeres seropositivas la recibirán, bajo qué condiciones, con qué frecuencia, dónde se distribuirá, etc.; antes de que la leche artificial se encuentre disponible en los establecimientos de salud, es preciso identificar a los/as consejeros/as relacionados/as con la lactancia materna, la alimentación complementaria y el VIH; es preciso reunir y analizar la información sobre la salud y el estado nutricional (en especial el crecimiento) de los/as lactantes alimentados/as con sustitutos de la leche materna de modo tal que sea posible seguir de cerca los resultados de salud. Para acceder a la lista completa de condiciones, consulte las páginas 21-23 de OMS/UNICEF/FNUAP/ONUSIDA. El VIH y la alimentación infantil. Pautas para Tomadores de Decisiones, Ginebra, 2003.

4. ¿Cómo es posible fortalecer los sistemas de salud de modo tal que garanticen la integración de intervenciones para la prevención de la transmisión del VIH a través de la lactancia materna en los servicios de salud materno-infantil?

El grupo de trabajo observó que los servicios integrales de Salud Materno-Infantil (SMI) son esenciales para lograr una supervivencia óptima libre del VIH, no sólo para evitar la transmisión. Entre las medidas específicas a tomar, sugeridas para ayudar a integrar la prevención de la TMN de manera más completa en los programas de SMI se encuentran las siguientes:

- Elaborar planes de ejecución a nivel del distrito para apoyar la integración de actividades destinadas a evitar la TMN en los servicios de SMI permanentes y seguir de cerca/mejorar la calidad, y no sólo la cobertura, de los servicios integrales de prevención de la TMN/SMI.
- Capacitar a los/as agentes de salud en el uso del curso integral de consejería en alimentación del/a lactante y del/a niño/a pequeño/a, y no separar al personal de TMN del resto.
- Revisar lineamientos de SMI en todos los países para integrar los servicios de VIH incluyendo la consejería en alimentación infantil, la detección de las mujeres infectadas con el VIH para la clasificación clínica y el diagnóstico infantil temprano del VIH, con los otros servicios de SMI permanentes, en consultorios prenatales, posnatales y de inmunización.
- Garantizar que los registros médicos indiquen el estado del VIH de la madre y el/la lactantes para una fácil lectura por parte de los/as agentes de salud, preservando siempre la confidencialidad de la madre.
- Determinar indicadores para seguir de cerca la provisión de servicios relacionados con el VIH junto a otros servicios de SMI, como ser la prueba de detección de sífilis y las tasas de inmunización infantil, y que el personal asuma responsabilidades.
- Educar y sensibilizar a la comunidad a través de campañas de IEC para que ésta a su vez espere la provisión de rutina de los servicios relacionados con el VIH en el marco de SMI.
- Desalentar la programación vertical que separa el VIH de los otros servicios de SMI. Los enfoques incluirán al personal relacionado a la prevención de la TMN en el marco de la SMI y *viceversa* a nivel local, regional y nacional. Esto ayudará a evitar que la atención del VIH tenga un tratamiento excepcional. El objetivo debería ser la integración del tratamiento del VIH y la prevención de la TMN en los servicios de SMI.
- Planificar la movilización de recursos para integrar la atención permanente de las mujeres infectadas con el VIH, los/as lactantes expuestos/as al VIH y sus familias en los servicios de SMI. Es preciso que esta atención incluya el seguimiento de cerca del crecimiento y la consejería nutricional para todos/as los/as lactantes cuando concurren a vacunarse o durante las otras visitas posnatales, prestando especial atención en los/as lactantes no amamantados/as.

- Apoyar la capacitación de gran parte del personal de consejería en VIH incluyendo médicos/as, parteros/as y enfermeros/as de modo tal que toda la consejería de madres infectadas no recaiga en consejeros/as sobrecargados/as.
- Alentar la provisión de parte de la atención de SMI a través de visitas al domicilio.

DELIBERACIONES DE CIERRE PLENARIAS DEL GRUPO ASESOR

Durante la etapa final de la reunión consultiva de tres días se logró consenso sobre las recomendaciones.

Se deliberó sobre las prioridades de investigación en el área del VIH y la alimentación infantil. Estas comprendieron definir el momento de interrupción de la lactancia materna de modo tal que promueva la salud infantil, su crecimiento y supervivencia durante 24 meses; comprobar las estrategias de prevención para lograr una lactancia materna más segura incluyendo una vacuna infantil contra el VIH; utilizar TARGA para la madre y/o profilaxis infantil con medicamentos antirretrovirales durante la lactancia; reunir información sobre el uso de la leche artificial en situaciones con recursos limitados y sobre las infecciones maternas incidentes durante la lactancia.

En el marco del debate, Jean Humphrey presentó los nuevos datos del estudio Zvitambo sobre seroconversión materna durante la lactancia. Informó que en el estudio, el 3.5% de las madres presentaron seroconversión durante el primer año posterior al parto y que el riesgo era más elevado en las adolescentes. Además, la TMN posnatal era 3.5 (2.6–4.7) veces mayor entre las mujeres que presentaron seroconversión durante la lactancia en comparación con las mujeres que estaban infectadas con el VIH al momento del parto. Finalmente, el 21% de todas las infecciones infantiles asociadas a la lactancia materna que tuvieron lugar en el estudio sucedieron entre lactantes cuyas madres habían presentado seroconversión después del parto.

Otras cuestiones que surgieron a partir de las deliberaciones del grupo de expertos/as fueron la necesidad crítica de una consejería en prevención primaria e intervenciones eficaces vinculadas a la vacuna contra el VIH entre mujeres no infectadas para reducir toda infección incidente durante el primer año posterior al parto cuando muchas mujeres aún se encuentran amamantando. El grupo también hizo hincapié en que es preciso desarrollar intervenciones tendientes a apoyar una divulgación segura sobre la situación del VIH a nivel de la comunidad, y que los/as consejeros/as que trabajan con mujeres infectadas con el VIH requieren de una mayor capacitación y de materiales de IEC que les facilite apoyar a estas mujeres en las opciones de alimentación infantil. Se reconoció la necesidad de estrategias para mejorar el apoyo a las mujeres infectadas con el VIH que deciden alimentar con leche artificial, para que puedan manejar las presiones sociales, como así también la necesidad de programas de apoyo a los requerimientos nutricionales de las mujeres infectadas con el VIH que optan por amamantar. La alimentación con leche artificial es la norma en algunas situaciones de recursos limitados, y los MS en esas situaciones requieren más pautas sobre la mejor manera de seguir de cerca la distribución de la leche artificial para garantizar una alimentación de sustitución segura a nivel individual, comunitario y nacional.

En el amplio contexto de mejorar e integrarse en los servicios de SMI, el grupo asesor señaló la necesidad de capacitar a todos/as los/as agentes de salud en la prevención de la TMN y en la consejería, distribuir el trabajo e incrementar el número de consejeros/as disponibles. También se marcó la necesidad de promover y dar prioridad al seguimiento y la evaluación de los resultados materno-infantiles mediante la utilización de indicadores claros. Es necesario que los resultados específicos incluyan la detección y el tratamiento de infecciones maternas de transmisión sexual en el marco de la consulta prenatal, la disponibilidad de servicios de planificación familiar y tasas de inmunización, crecimiento, desarrollo, estado nutricional y supervivencia infantiles.

En general, se logró notable consenso por parte del grupo de expertos/as sobre las distintas maneras de aclarar las recomendaciones del año 2000 sobre VIH y Alimentación Infantil, incluyendo lo siguiente:

- El período recomendado de LME debería ser de seis meses para las mujeres infectadas con el VIH que deciden amamantar, al igual que para la población general;
- Gran cantidad de estudios señalan un mayor riesgo de diarrea grave y morbilidad y mortalidad por desnutrición para los/as lactantes expuestos/as al VIH cuyas madres proporcionaron alimentación de sustitución durante los primeros seis meses de vida, en comparación con los/as lactantes amamantados/as;
- No se debería recomendar la leche animal modificada en el hogar durante los primeros seis meses, sino que debe reservarse como medida sustituta cuando sea necesario;
- La consejería en opciones de alimentación a mujeres individuales debería estar basada en las condiciones AFASS y no sólo en el recuento de linfocitos CD4 o la carga vírica, considerando el riesgo de no amamantar en la mortalidad infantil. Al momento de formular esta recomendación, el grupo asesor acordó que al sopesar el riesgo es preciso tener en cuenta que las mujeres con un bajo recuento de linfocitos CD4 y una elevada carga vírica se encuentran en mayor riesgo de transmisión del VIH en comparación con las mujeres asintomáticas con una baja carga vírica y un alto recuento de linfocitos CD4. Sin embargo, las nuevas pruebas científicas presentadas señalaron una mayor morbilidad y mortalidad infantil con el uso de sustitutos de la leche materna durante los primeros seis meses de vida y similar supervivencia libre del VIH a los 18 meses independientemente de si la leche artificial o la lactancia materna desde el nacimiento eran la opción elegida. Estos hallazgos sugieren que las condiciones AFASS, en lugar del estado inmunológico de la madre, deben continuar siendo el principal factor a tener en cuenta para sopesar el riesgo.
- Una mayor disponibilidad del tratamiento TARGA materno, un mejor estado inmunológico de la madre y una menor carga vírica en la leche materna probablemente reduzcan el riesgo de transmisión durante la lactancia. Los/as consultores/as hicieron hincapié en que todas las embarazadas y las madres infectadas con el VIH que se encuentran amamantando deberían ser evaluadas para el tratamiento con ARV y deberían recibir este tratamiento sin demora, por su propia salud.

- Es preciso hacer hincapié en que la lactancia materna exclusiva es la opción de alimentación preferida “por defecto” para una mujer embarazada infectada con el VIH y para mujeres puérperas cuando no se reúnen los criterios AFASS. Es preciso que las recomendaciones sean claras respecto a que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses es la opción de alimentación apropiada para las mujeres infectadas en situaciones de recursos limitados cuando no están dadas las condiciones AFASS.
- Se hizo hincapié en la importancia de un diagnóstico infantil temprano del VIH y también en que es preciso reevaluar periódicamente las condiciones AFASS entre las mujeres infectadas con el VIH que se encuentran amamantando. El grupo recomendó que, con posterioridad al diagnóstico infantil temprano del VIH, la nueva discusión con las madres acerca de las opciones de alimentación se realice en el marco de las condiciones AFASS dado que es poco probable que éstas hayan variado desde el período prenatal. En el caso de los/as lactantes cuyas pruebas dan positivas, es preciso continuar con la lactancia tanto como sea posible.
- Se señaló la necesidad de integrar la consejería en alimentación infantil y la prevención de la TMN en los programas de salud materna y supervivencia infantil y no difundir programas de VIH verticales. Para este fin, es vital la integración del personal relacionado al VIH en los programas generales de SMI. Estos programas deberían promover la salud reproductiva, incluyendo opciones anticonceptivas eficaces y aceptables que las mujeres puedan controlar. El foco general debería estar puesto en los programas de SMI que mejoren la supervivencia general de la madre, el/la niño/a y la familia.
- Se determinó que la función crítica de los organismos de Naciones Unidas es bregar por la asistencia técnica y la elaboración de pautas sobre las opciones de alimentación infantil adecuadas y su provisión. De igual modo, se hizo hincapié en la función esencial de la OMS y el UNICEF en el desarrollo, la producción y la distribución de un programa de capacitación revisado en VIH y alimentación infantil y materiales de IEC conexos para consejeros/as, en consonancia con las pautas de esta reunión de consulta del año 2006.

El grupo finalizó el debate comentando acerca de la importancia de hallar una manera para lograr una lactancia materna más segura para los/as lactantes de madres infectadas con el VIH, y apoyar la prevención universal de la TMN que alcance a todas las embarazadas del mundo.

Agenda de sesiones

MIÉRCOLES 25 DE OCTUBRE DEL 2006

Responsable (Relator general: M.G. Fowler)

Fortalecimiento de las pautas basadas en las pruebas científicas

Presidente: R. Nduati

Relatores: T. Quick, A. Briend

- | | | |
|-------|---|----------------------|
| 9:00 | Palabras de apertura, incluyendo el panorama general sobre las pautas de NU | E. Mason |
| 9:15 | Objetivos de la reunión, metodología de trabajo, palabras introductorias | J. Martines |
| 9:30 | Resumen de las pruebas científicas sobre la transmisión del VIH a través de la lactancia materna | V. Leroy |
| 9:50 | Debate | Presidente |
| 10:15 | Pausa de café | |
| 10:30 | Panel 1: Nuevas pruebas científicas sobre cuestiones clave acerca de la transmisión a través de la lactancia y resultados en lactantes, incluyendo presentaciones de 15 minutos y tiempo restante para preguntas: | |
| | - Transmisión del VIH según el tipo de lactancia | N. Rollins |
| | - Cuestiones relacionadas a la interrupción temprana de la lactancia materna | E. Piwoz/J. Humphrey |
| | - Morbilidad y mortalidad con posterioridad a la interrupción temprana de la lactancia materna entre lactantes no infectados/as expuestos/as al VIH en 3 estudios en ejecución | M.G. Fowler |
| | - Seguridad y eficacia de la interrupción temprana de la lactancia materna: Actualización del Estudio de Zambia sobre Lactancia Materna Exclusiva | L. Kuhn |
| 12:30 | Almuerzo | |
| 13:30 | Trabajo de Grupos sobre temas clave | |
| 15:30 | Pausa de café | |
| 16:00 | Informes del trabajo de Grupos y debate | Presidente |
| 17:30 | Cierre | |
| 18:00 | Recepción | |

JUEVES 26 DE OCTUBRE DEL 2006

Ejecución del programa – cuestiones y desafíos

Presidente: J. Coovadia

Relatores: J. Humphrey, C. Vallenias

- 9:00 Revisión del debate del día anterior Presidente
- 9:15 Panel 2: Nuevas experiencias y pruebas científicas sobre opciones de alimentación, incluyendo presentaciones de 10 minutos de duración y tiempo restante para preguntas y debate:
- Leche artificial T. Creek
 - Leche animal modificada en el hogar A. Briend
 - Lactancia materna exclusiva y opciones de alimentación con leche materna A. Coutsoudis
- 10:30 Pausa de café
- 11:00 Panel 3: Cuestiones clave para la ejecución, incluyendo presentaciones de 10 minutos de duración y tiempo restante para preguntas y debate:
- Utilización de las pautas sobre VIH y las recomendaciones de los países C. Sagoe-Moses
 - Consejería en VIH y alimentación infantil:
 - Algoritmos AFASS posnatales para ayudar a consejeros/as en alimentación infantil T. Greiner
 - Utilización de la información sobre el estado de la enfermedad para perfeccionar la consejería H. Dao
 - Mantenimiento del apoyo a las madres seropositivas M. Chopra
- 12:30 Almuerzo
- 13:30 Trabajo de Grupos sobre cuestiones clave
- 16:00 Pausa de café
- 16:30 Informes del trabajo de Grupos y debate Presidente
- 18:00 Cierre

VIERNES 27 DE OCTUBRE DEL 2006

Conclusiones finales y expansión

Presidente: E. Mason
Relatores: F. Savage, B. Daelmans

9:00	Revisión del debate del día anterior	Presidente
9:15	Identificación de:	
	- futuras cuestiones de investigación	
	- posibilidades para estudios operacionales y evaluaciones	L. Mofenson
	Debate	
10:15	Pausa de café	
10:45	Revisiones recomendadas para las pautas actuales en áreas temáticas específicas	P. Henderson
	Debate	
12:30	Almuerzo	
13:30	Trabajo de Grupos: ¿qué es lo que los países y los socios pueden hacer para apoyar el trabajo en el área del VIH y la alimentación infantil?	
15:00	Informes del trabajo de Grupos	
15:30	Pausa de café	
16:00	Conclusiones	
	Próximos pasos	
Cierre		Presidente

Lista de participantes

EXPERTOS/AS

Dra. Yetnayet Asfaw, Directora de País, Intrahealth, Addis Ababa, Etiopía

Dra. Zuzana Brazdova, Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Masaryk de Brno, Brno, República Checa

Dr. Mickey Chopra, Director, Unidad de Investigaciones en Sistemas de Salud, Consejo de Investigaciones Médicas, Tygerberg, Sudáfrica

Profesor Jerry Coovadia, Profesor de Investigación en VIH/SIDA de Victor Daitz, Instituto de Investigación Médica Doris Duke, Facultad de Medicina Nelson Mandela, Universidad de KwaZulu-Natal, Durban, Sudáfrica

Profesora Anna Coutsoydis, Departamento de Pediatría y Salud Infantil, Universidad de KwaZulu-Natal, Durban, Sudáfrica

Dra. Mary Glenn Fowler, Investigadora in situ, Investigación Conjunta de la Universidad Makerere y la Universidad Johns Hopkins, Kampala, Uganda

Dr. Ted Greiner, Nutricionista Principal, Programa para la Tecnología Apropriada en Salud, Washington, DC, EUA

Dra. Peggy Koniz-Booher, Asesora Técnica Principal, Comunicación en Nutrición y Cambios de Conducta, Proyecto de Garantía de Calidad, Corporación de Investigación Universitaria, Bethesda, MD, EUA

Dra. Jean Humphrey, Profesora Adjunta, Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg y Directora, proyecto ZVITAMBO, Harare, Zimbabwe

Dr. Festus Kalokola, Director de País, Proyecto de Garantía de Calidad, Corporación de Investigación Universitaria, Dar-es-Salaam, República Unida de Tanzania

Dra. Louise Kuhn, Profesora Adjunta de Epidemiología, Centro Sergievsky, Universidad de Columbia Nueva York, NY, EUA

Dra. Valériane Leroy, Médica Jefa de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica, Instituto de Epidemiología y Salud Pública, Universidad Victor Segalen, Burdeos, Francia

Profesor Wang Linhong, Director Adjunto, Centro Nacional para la Salud Materno-Infantil, Asociación China de Atención de la Salud de la Mujer, Beijing, República Popular China

Sra. Lida Lhotska, Coordinadora, Red Internacional de Grupos para Alimentación Infantil, Ginebra, Suiza

Dra. Lynne Mofenson, Pediatra, Sección de SIDA en el/a Adolescente y la Madre, Centro de Investigación para Madres y Niños/as, Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, Institutos Nacionales de Salud, Rockville, Maryland, EUA

Dra. Mildred Mudany, Asesora Técnica, Sección de Prevención de la Transmisión de la Madre al Niño, Programa Mundial de SIDA, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades-Kenia, Nairobi, Kenia

Profesora Ruth Nduati, Departamento de Pediatría, Universidad de Nairobi y la Red de Investigadores de SIDA del Sur y Este de África, Nairobi, Kenia

Profesora Marie-Louise Newell, Directora de Estudios de Salud y Población, Centro Africano para Estudios de Salud y de Población, Universidad de KwaZulu-Natal, Mtubatuba, Sudáfrica

Dr. P. Padmanabhan, Director, Salud Pública y Medicina Preventiva, Tamil Nadu, India

Dr. Somsak Pattarakulwanich, Director, Oficina de Promoción de la Salud, Departamento de Salud, Ministerio de Salud Pública, Nontaburi, Tailandia

Dra. Marina Rea, Científica Investigadora, Instituto de Salud, San Pablo, Brasil

Profesor Nigel Rollins, Director, Departamento de Pediatría y Salud Infantil, Facultad de Medicina Nelson R. Mandela, Universidad de KwaZulu-Natal, Durban, Sudáfrica

Dra. Felicity Savage-King, Presidenta, Alianza Mundial Por Lactancia Materna, Leeds, Inglaterra

Dra. Kirsten Simondon, Epidemiología y Prevención, Instituto de Investigación para el Desarrollo, Montpellier, Francia

Profesor Philippe Van de Perre, Laboratorio de Bacteriología-Virología, Montpellier, Hospital Universitario Arnaud de Villeneuve, Francia

Dr. Saskia Walentowitz, Instituto de Antropología Social, Universidad de Berna, Berna, Suiza

Ausentes:

Dra. Ophelia Dahl, Directora Ejecutiva, Socios en Salud, Boston, Massachussets, EUA

Dr. Frances Mason, Asesora Mundial en Nutrición, Save the Children-RU, Londres, Inglaterra

Sra. Kabo Mompoti, Funcionaria Jefa de Salud, Ministerio de Salud, Gaborone, Botswana

Dr. Vianney Nizeyimana, Director Adjunto, Investigación TRAC Plus, Kigali, Ruanda

Dr. Sylvestre Tapsoba, Director de Nutrición, Ministerio de Salud, Ouagadougou, Burkina Faso

Dra. Mija-tesse Ververs, Inocuidad y Seguridad de los Alimentos , Preparación para Emergencias y Creación de Capacidad, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, Suiza.

MIEMBROS DEL EQUIPO DE TRABAJO INTERINSTITUCIONAL SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH EN EMBARAZADAS, MADRES Y NIÑOS/AS

Dra. Tracy Creek, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Programa Mundial de SIDA, Atlanta, GA, EUA

Dra. Halima Dao, Médica, Prevención de la Transmisión Materno-Infantil, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Programa Mundial de SIDA, Atlanta, GA, EUA

Dra. Ruby Fayorsey, Asesora Clínica Pediátrica, Facultad de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia, Nueva York, NY, EUA

Dr. Christian Pitter, Médico/Técnico Principal, Fundación Pediátrica para el SIDA Elizabeth Glaser, Washington, DC, EUA

Dra. Ellen Piwoz, Academia para el Desarrollo Educativo, Washington, DC, EUA

Dr. Tim Quick, Asesor Técnico Principal, VIH/SIDA y Nutrición y Co-presidente, Grupo de Trabajo Técnico sobre Alimentación y Nutrición PEPFAR, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Oficina de VIH/SIDA, Washington, DC, EUA

Dr. Rabia Mathai, Vice Presidente Principal, Junta de la Misión Médica Católica, Nueva York, NY, EUA

Ausentes:

Dr. Mathew Barnhart, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Washington, DC, EUA

Dra. Margaret K. Davis, Directora, BOTEUA, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Gaborone, Botswana

Sra. Hind Othman, Líder de Grupo, Fondo Mundial para SIDA, Tuberculosis y Malaria, Ginebra, Suiza.

ORGANISMOS DE NACIONES UNIDAS

Sra. Fathia Abdallah, Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados, Ginebra, Suiza

Dr. Victor Aguayo, Asesor Regional en Nutrición, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Oficina Regional en África Occidental y Central, Dakar, Senegal

Dr. Anirban Chatterjee, Asesor, Nutrición y Cuidado y Apoyo al VIH, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York, NY, EUA

Dr. Hans Deknocke, c/o Dra. Lynn Collins, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York, NY, EUA

Dra. Barbara de Zalduondo, Directora Adjunta, Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra, Suiza

Dr Sanjiv Kumar, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Ginebra, Suiza

Ausentes:

Dr. Martin Bloem, Programa Mundial de Alimentos, Roma, Italia;

Dra. Deborah Zewdie, Banco Mundial, Washington, DC, EUA.

OMS/SECRETARÍA DE OFICINA CENTRAL

Dr. Rajiv Bahl, Médico, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Sra. Jenny Bishop, Científica, Departamento de Inocuidad de los Alimentos, Zoonosis y Enfermedades de Transmisión Alimentaria, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dr André Briend, Médico, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dra. Carmen Casanovas, Funcionaria Técnica, Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dra. Bernadette Daelmans, Médica, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dra. Isabelle de Vincenzi, Médica, Departamento de Salud e Investigación Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dra. Isabelle de Zoysa, Asesora Principal, Salud de la Familia y la Comunidad, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dr. René Ekpini, Médico, Departamento de VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dr. Tim Farley, Científico, Departamento de Salud e Investigación Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dra. Peggy Henderson, Científica, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dr. Jose Martines, Coordinador, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dra. Elizabeth Mason, Directora, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dra. Randa Saadeh, Científica, Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dr. Tin Tin Sint, Médica, Departamento de VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dra. Rosa Constanza Vallenias, Médica, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dr. Zita Weis-Prinzo, Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Dra. Juliana Yartey, Reducción de los Riesgos del Embarazo, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

OMS/OFICINAS REGIONALES

Dr. Charles Sagoe-Moses, Médico, División de Salud Familiar y Reproductiva, Oficina Regional para África, Organización Mundial de la Salud, Brazzaville, Congo

Ausentes:

Dra. Rukhsana Haider, Oficina Regional para Asia Sur-Oriental, Organización Mundial de la Salud, Estado Indraprastha, Nueva Delhi, India.

Este informe presenta la síntesis de los nuevos hallazgos y las nuevas conclusiones y recomendaciones de la Reunión Consultiva Técnica sobre VIH y Alimentación Infantil realizada en Ginebra en octubre del 2006.

La Reunión Consultiva fue organizada por la OMS en nombre del Equipo de Trabajo Interinstitucional (IATT) sobre la prevención de la transmisión del VIH en embarazadas, madres y niños/as.

Si desea consultar otros documentos de la OMS sobre VIH y alimentación infantil, hágalo en la siguiente página:

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 359597 9



9 789243 595979