



Revista Chilena de Nutrición

ISSN: 0716-1549

sochinut@tie.cl

Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y
Toxicología
Chile

Cortés F., Valeria; Pérez A., Jaime; Ferrer L., Lilian; Cianelli A., Rosina; Cabieses V., Báltica
LACTANCIA MATERNA Y VIH/SIDA

Revista Chilena de Nutrición, vol. 33, núm. 2, noviembre, 2006
Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46920904001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTÍCULOS DE ACTUALIZACIÓN

LACTANCIA MATERNA Y VIH/SIDA

HIV/AIDS AND BREASTFEEDING

Valeria Cortés F., Jaime Pérez A., Lilian Ferrer L., Rosina Cianelli A., Báltica Cabieses V.

Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Dirección para correspondencia

ABSTRACT

HIV/AIDS is a pandemic that affects men, women and children, but is increasingly affecting women, especially among reproductive age. This has consequences over vertical transmission during pregnancy, delivery or breastfeeding. This analysis describes the relation between HIV/AIDS and breastfeeding, and the factors that influence the decision mothers living with HIV/AIDS make about the feeding modality they will choose. Also, causes of infant mortality in relation with this problem are described in accordance with international recommendations to prevent mother to child transmission. In this environment where globalization takes place, constant migrations have created a need for health care workers to consider social factors that influence the decision of women living with HIV/AIDS in relation with feeding options for their infants. It is not enough to know the proven risk for HIV/AIDS transmission through breastfeeding, there is a need to be conscious about the dynamic and specific factors each community has.

Key words: Women, HIV, AIDS, breastfeeding.

RESUMEN

VIH/SIDA es una pandemia que afecta a hombres, mujeres y niños, pero que presenta una tendencia hacia la feminización, afectando especialmente a mujeres jóvenes. Su consecuencia es el aumento de la transmisión vertical, durante el embarazo, parto o lactancia materna. Este estudio bibliográfico describe la relación entre VIH/SIDA y lactancia materna, explicitando factores que influyen en la elección de la modalidad de alimentación de madres viviendo con VIH/SIDA. Se describen causas de morbilidad infantil asociada y recomendaciones internacionales de lactancia en mujeres con VIH/SIDA. En un mundo globalizado con constantes migraciones poblacionales, estos resultados representan un llamado de atención para profesionales de salud quienes deben considerar factores sociales que influenciarán la toma de decisión de madres viviendo con VIH/SIDA al escoger la modalidad de lactancia. No sólo basta conocer el riesgo de transmisión vertical, sino que se debe tomar conciencia de aquellos factores dinámicos y específicos de cada comunidad.

Palabras claves: Mujer, VIH, SIDA, Lactancia materna

INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA es una enfermedad que se ha expandido a lo largo de todo el mundo, afectando sin distinción de sexo ni edad. Se estima que un total de 40 millones de personas vivían con VIH/SIDA hasta fines del año 2003, de los cuales 37 millones corresponde a adultos y 2.5 millones a menores de 15 años. (1). El VIH se transmite a través de transfusiones de sangre, uso de drogas inyectables, transmisión vertical (TV) y por relaciones sexuales con personas viviendo con VIH/SIDA. Desde los años '90 la transmisión mediante la vía sexual ha mostrado una tendencia hacia la heterosexualidad, lo que influiría en el aumento de transmisión hacia las mujeres (2,3). A nivel mundial, poco más de la mitad de las personas viviendo con VIH/SIDA son mujeres (3). Con el aumento en la incidencia de mujeres viviendo con VIH/SIDA, la probabilidad de TV es alta, entendiéndose por ésta la producida durante el embarazo, el parto y el puerperio.

El aumento de las mujeres viviendo con VIH/SIDA ha determinando un aumento de niños expuestos al VIH. En Chile, la TV acumula al 1% del total de casos de VIH reportados con la mayor parte de los casos pediátricos adquiridos a través de este mecanismo (más del 90%). Resulta importante como estrategia de prevención, aplicar medidas que disminuyan el riesgo por este tipo de transmisión (4,5). Alrededor de 3.000 mujeres en edad reproductiva viven con VIH/SIDA y las medidas que se han implementado para disminuir la transmisión vertical se basan en el protocolo ACTG 076, comenzando en el año 1995. Este protocolo surge de un estudio del AIDS Clinical Trial Group de EE.UU y Francia y mostró una importante reducción de la transmisión vertical en el binomio madre-hijo, utilizando terapia antiretroviral con Zidovudine (5).

El hecho de que el VIH/SIDA afecte a mujeres en edad reproductiva, nos indica que la situación es de alta complejidad, ya que implica una serie de toma de decisiones de las madres desde el hecho de decidir embarazarse, el tipo de parto y luego la alimentación que brindarán a sus hijos. Esto basado en las creencias, costumbres, posibilidades y recomendaciones para prevenir la transmisión vertical, pero además asegurando la adecuada nutrición al niño. En Chile, el acceso a recursos de lactancia artificial durante los primeros años de vida, no es el mismo para todos los habitantes de Chile, esto deja en evidencia las inequidades que junto a creencias culturales muchas veces no dejan a las mujeres decidir sobre la alimentación de sus hijos.

El presente estudio bibliográfico describe los siguientes aspectos: (1) riesgo de transmisión vertical de VIH/SIDA a través de la lactancia, (2) factores que influyen en la elección de las distintas modalidades de lactancia en las madres viviendo con VIH/SIDA, (3) causas de morbilidad infantil asociada a VIH/SIDA y lactancia, y (4) las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las mujeres viviendo con VIH/SIDA que optan por lactancia materna.

La búsqueda bibliográfica se realizó entre julio y diciembre del año 2005. Los criterios de inclusión fueron ser un estudio: a) Con una antigüedad no mayor a 10 años, b) Tener como escenario un país en vías de desarrollo, c) Los sujetos de investigación debían ser mujeres viviendo con VIH/SIDA. Se consultaron las bases de datos Pubmed, ProQuest, Scielo, Medline, OVID y Cinhal. Las palabras claves utilizadas fueron: Women (mujer), HIV (VIH), AIDS (SIDA), Breastfeeding (Lactancia materna). Se obtuvo un total de 14 artículos que cumplían con los criterios de inclusión. Se realizó luego una búsqueda dirigida utilizando las referencias de los estudios seleccionados que cumplieran con los criterios de inclusión, obteniendo 8 estudios. Finalmente, se incluyó un estudio que no cumplía con el criterio de

fecha de publicación, del año 1988, pero cuyos resultados han sido de gran relevancia para estudios posteriores.

TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH Y FACTORES ASOCIADOS

La TV constituye la principal vía por la cual los niños contraen VIH. Esta transmisión puede ocurrir durante el embarazo, parto o puerperio, representando este último un tercio de los casos. La transmisión de VIH en el período del puerperio ocurre a través de la lactancia materna, lo cual constituye un cambio en el paradigma tradicional de considerarla como la alimentación de elección para proteger la salud de los niños a nivel mundial. La lactancia materna evita la mortalidad por causas como la diarrea e infecciones respiratorias en unos 6 millones de niños y al mismo tiempo es responsable de que 600 mil niños adquieran el VIH anualmente (6). Un estudio realizado en India estimó que la tasa de transmisión vertical atribuible a la lactancia materna es de aproximadamente un 14%. Sin embargo, modelos basados en estudios estiman que la mortalidad por diarreas, infecciones respiratorias y malnutrición es mayor que la provocada por el VIH/SIDA (7).

La TV varía en las diferentes áreas geográficas y en diferentes grupos de población. La tasa de transmisión varía entre un 13% en Europa y un 42% en África (8,9), otros autores estiman una tasa promedio de transmisión vertical del 24% (10,11). En países desarrollados la transmisión de VIH a través de la lactancia ha disminuido, debido a la accesibilidad que tienen los gobiernos para asegurar la alimentación mediante fórmula y las mejores condiciones sanitarias en comparación con países en vías de desarrollo (7,8).

Factores maternos asociados

Se han identificado diversos factores relacionados con la transmisión de VIH. Entre los factores maternos se reconoce la adquisición del virus antes o después del parto, con una tasa estimada de un 14 y 29% respectivamente, estado clínico de la madre, tipo de parto, siendo el parto vía vaginal el que presenta una mayor exposición al riesgo de transmisión de VIH, menor edad materna, menor escolaridad y si el diagnóstico de infección por VIH fue antes o durante el embarazo (12).

En este mismo estudio, no se encontraron riesgos específicos atribuibles a la edad materna. En relación a la paridad y el orden de nacimiento de los hijos, se encontró que existe mayor riesgo a menor orden de paridad (menor a cuatro hijos), observándose un mayor riesgo en el segundo hijo (12).

Factores neonatales asociados

En cuanto a los factores del recién nacido, algunos estudios señalaron que en promedio los niños que viven con VIH tienen una menor edad gestacional y peso al nacer, probablemente porque nacieron por parto cesárea a una edad de 37 semanas (13,14). Sin embargo, otros autores no encontraron una asociación directa significativa entre peso y edad gestacional con adquisición del VIH (10,12). Tampoco se encontró asociación entre la transmisión del virus con una historia de transfusiones sanguíneas, inyecciones y circuncisión en los menores (10,11).

En cuanto al período en el cual se evidencia la transmisión por VIH, puede ser en una etapa temprana de su vida, en los primeros tres meses, como también en la etapa tardía posterior a los 6 meses (8). La tasa de transmisión de VIH se estimó entre un 24- 27% para madres

que tuvieron parto vía vaginal, pero puede estar subestimada por la insensibilidad del virus a test de antígenos. Por el contrario, se encontró una sobreestimación de las tasas de transmisión cuando se consideraron anticuerpos antes de los 15 meses de edad del niño, con una tasa estimada en un 53%. Lo anterior se explicaría porque posterior a los 15 meses la carga viral presente en los niños tiende a disminuir; así la transmisión por VIH se definió como la presencia de anticuerpos anti VIH posterior a los 15 meses de edad, que se contrapone con la creencia anterior que los anticuerpos maternos podrían desaparecer entre los 6 y 12 meses postnatales. En este sentido, la tasa estimada de transmisión postnatal tardía encontrada en un estudio alcanza el 6-12% (11).

Lactancia materna y TV

No todos los hijos de las madres viviendo con VIH/SIDA que son amamantados al nacer adquieren la infección por VIH. Se sabe que los niveles del virus VIH presentes en la leche materna son comparativamente más bajos que los que se encuentran en el plasma sanguíneo. Los bajos niveles del virus VIH quizás se deban a efectos de factores anti VIH presentes en la leche como por ejemplo los niveles de inmunoglobulina G (IgG) y los de inmunoglobulina A (IgA). Esto explicaría en una parte por qué no a todos los niños amamantados les sería transmitido el virus (15).

Un estudio del año 1999 mostró que los recién nacidos que nacían sin el virus de VIH y que recibían lactancia materna de madres seropositivas durante 23 meses, tenían un riesgo de un 10.3% de contraer el virus. Esta tasa de transmisión postnatal no incluyó la transmisión durante el primer mes de vida, donde no se podría distinguir entre transmisión durante el parto o la lactancia. La tasa de transmisión durante el primer mes fue sustancialmente más alta que en los meses posteriores, pues incluía calostro rico en células y linfocitos con la consecuente mayor carga viral, además de la inmadurez del sistema inmune del recién nacido (12). Si bien no se establece un período de mayor riesgo de transmisión durante la lactancia materna, se cree que corresponde a los primeros días (10). Algunos autores postulan que el riesgo más alto de transmisión de VIH es entre el primer y quinto mes de vida. Los mismos señalan que la tasa de transmisión en mujeres con y sin problemas de mastitis, dolor y grietas, es similar con lactantes mayor a seis meses (12). Se encontró que mujeres con menor experiencia en lactancia materna no se asociaron con alta transmisión de VIH por mastitis o grietas del pezón. Una explicación posible sería que la madre evite lactar del pecho que está afectado (12). Sin embargo, otros estudios avalan que existe un riesgo de transmisión postnatal tardío de VIH en niños nacidos de madres seropositivas que reciben lactancia materna, cuyos factores de riesgo más comunes son abscesos mamarios, grietas del pezón y candidiasis oral en los niños (10).

MODALIDADES DE ALIMENTACIÓN INFANTIL Y SU RELACIÓN CON LA TV

Un estudio realizado en India dio a conocer el plan de alimentación de madres a sus hijos. Estas utilizaron diversos modelos de alimentación infantil, entre ellos la lactancia materna exclusiva o mixta (lactancia materna más agua, té, otras hierbas o cereales), la lactancia artificial o de fórmula, la leche obtenida de vaca, cabra, entre otras, el uso de nodrizas y de bancos de leche (7). La mayoría de las mujeres estaba confundida acerca de la mejor opción de alimentación y consultaban a médicos, esposos, familiares o demás miembros de la familia para tomar la decisión. De las mujeres que eligieron lactancia materna, lo hicieron porque fueron aconsejadas por otras personas, porque no podían conseguir leche de animal o por temor a las repercusiones sociales de no amamantar a su hijo. Las mujeres que prefirieron dar leche animal, lo hicieron para prevenir el paso del VIH a sus recién nacidos y eran principalmente primíparas (16).

La elección de iniciar lactancia materna fue más común en mujeres con menor nivel educacional, que vivían en hogares sin electricidad, en situación de pobreza y que no contaban con agua potable. A las mujeres que elegían lactancia materna se les aconsejaba que fuera exclusiva; ya que la lactancia mixta implicaría un daño en la mucosa de la pared gastrointestinal, lo que provocaría un aumento del riesgo de transmisión del VIH por esta vía. De esta manera, se observa una incidencia en niños alimentados con lactancia materna mixta de un 24.1% versus un 14.6% en niños con lactancia materna exclusiva (7). La lactancia exclusiva hasta los tres meses o más fue asociada con un significativo bajo riesgo de transmisión de VIH, en comparación con la lactancia mixta. Se recomienda la lactancia materna exclusiva pues se ha demostrado que la leche materna contiene factores inmunes con efecto antiviral y anti VIH in vitro y factores protectores de la mucosa gástrica que mantienen su indemnidad e impiden el paso del virus (7, 19).

Se describen algunas desventajas de la lactancia materna. Se ha encontrado una asociación con el aumento de la mortalidad en las madres, probablemente relacionado con el desgaste físico y nutricional de las madres que se encuentran con un sistema inmunológico deprimido. Se observó una pérdida de peso mayor durante el puerperio en las madres que brindaban lactancia materna (17). En este sentido, la lactancia artificial o fórmula, brindaría un 28% de protección frente al VIH, presentando ventajas tanto para el niño como para la madre, ya que las madres que alimentan a sus hijos con lactancia artificial tienen dos años más de sobrevida que las que alimentan con lactancia materna (18).

Creencias y actitudes de las madres viviendo con VIH/SIDA al momento de dar lactancia

Existe baja adherencia a las recomendaciones sobre lactancia materna en las mujeres viviendo con VIH/SIDA, lo cual estaría enormemente influenciado por las creencias culturales. Estudios han demostrado que las madres escogen prácticas tradicionales de alimentación infantil de acuerdo a su país, como lactancia materna con introducción de otros alimentos antes de los cinco meses de vida o mixta, con el consecuente aumento del riesgo de transmisión de VIH (20,26). Además, debido a la estigmatización de las mujeres viviendo con VIH, las madres gran parte del tiempo deciden ocultar su estado de salud y continuar con lactancia materna (20).

En cuanto a las creencias de las madres de cuando es el momento de suspender la lactancia, un estudio reportó que un tercio de las mujeres entrevistadas no tiene claro una edad específica, ya que esta coincide con el desinterés del niño por continuar con lactancia materna: «la dejaría cuando estuviera listo». A pesar de ello, la mayoría de las madres planificó el destete entre los 18 y 24 y sólo 10% lo hizo al año de edad (21).

Considerando características sociodemográficas, a diferencia de otros países, en Brasil se identificó que las mujeres embarazadas que tienen un nivel educacional primario o menor eligen con mayor frecuencia la leche de animal. Las primíparas también prefieren en mayor grado la leche animal, las multíparas prefieren sin duda la lactancia materna. Cuando en la familia viven más de tres generaciones se observa que las madres prefieren en gran medida la lactancia materna en mayor proporción que las que viven en familias nucleares (14).

Pérdida de seguimiento y su relación con la TV

En Malawi se realizó un estudio de cohorte cuyo propósito fue determinar la pérdida de seguimiento y su potencial impacto en la sobre-estimación o subestimación de las tasas de transmisión observadas. En este estudio se incluyeron a madres con VIH/SIDA con sus

respectivos hijos (2.156 niños) y se observó que en el 63% de los niños nacidos se identificó su estado serológico, ya sea VIH positivo o negativo, mientras que en el resto de los niños (37%) no se logró determinar (22).

Algunas de las variables biológicas que se asocian a la pérdida de seguimiento son: madres con signos y síntomas de SIDA, partos vaginales, edad gestacional menor a 38 semanas, peso al nacer menor a 2000 grs., ruptura de membranas menor a 4 horas y gestaciones múltiples. Variables socioeconómicas relacionadas son bajo nivel educacional de la madre, bajo nivel educacional del padre, madres de profesión profesora y padres agricultores. El bajo nivel económico sin duda que influye fuertemente en las pérdidas de seguimiento, que se relacionaría con la dificultad en el desplazamiento a los centros de atención (22).

Consejería y modalidad de alimentación

La toma de decisión para mujeres en torno a VIH/SIDA resulta particularmente compleja (27). Desde hace décadas se ha considerado la promoción de la lactancia materna como un importante componente para aumentar la sobrevida de los niños en general; la OMS recomienda que los niños sean alimentados con lactancia materna exclusiva por 4 a 6 meses (23). Es por esta razón que se hace muy difícil que madres viviendo con VIH/SIDA reconozcan la leche materna como un riesgo para la transmisión del VIH a sus hijos ya que tradicionalmente sólo reconocen los beneficios de la lactancia materna.

A pesar de que la lactancia materna es común, la lactancia materna exclusiva no es una práctica normal. Según los resultados de un estudio se observó que madres que iniciaron alimentación complementaria durante los primeros 4 meses pertenecían mayoritariamente al grupo que no recibió consejería. A esto se suma que muchas mujeres conocen el término de lactancia materna exclusiva, pero sólo el 9% conoce el significado correcto de este término (23).

MORBIMORTALIDAD INFANTIL EN LOS NIÑOS ALIMENTADOS CON LACTANCIA MATERNA

Hay interés por describir la morbilidad infantil asociada a no optar por lactancia materna en hijos de mujeres viviendo con VIH en lugares con escasos recursos, esto serviría para evaluar los costos y beneficios de la lactancia materna en este grupo de niños. El efecto de la lactancia en el número de episodios de enfermedad varía dependiendo del estado de VIH en el niño. Los que recibieron lactancia materna tenían al menos 1 episodio de enfermedad y los que no tenían 3 o más episodios. Los niños que adquirieron el virus en el período del parto y que no recibieron lactancia materna tuvieron más episodios de enfermedad que los niños que recibieron lactancia materna. Entre las causas de enfermedad en los niños viviendo con VIH y que se alimentaban con lactancia materna destaca neumonía, sepsis y gastroenteritis, entre otras (13).

Los hijos de madres viviendo con VIH/SIDA pueden tener un elevado riesgo de mortalidad, aún cuando hayan sobrevivido a la transmisión de VIH. La incidencia de diarrea y deshidratación es mayor durante los primeros tres meses de vida y presenta una disminución entre los 18 y 21 meses. En cuanto a la mortalidad durante los primeros dos años de vida, el riesgo en los niños que recibieron lactancia materna y lactancia mixta no difiere mayormente; en cuanto al estado nutricional de los hijos de madres seropositivas, se observó un mejor estado en los niños que recibían lactancia materna durante los primeros seis meses de vida (18).

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA TV DE VIH A TRAVÉS DE LA LACTANCIA

Entre los años 1987 y 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las recomendaciones sobre la lactancia materna en las mujeres viviendo con VIH/SIDA. A las mujeres embarazadas que vivían en países y regiones donde las causas principales de mortalidad son las enfermedades infecciosas, como las diarreas e infecciones respiratorias y la desnutrición, se les aconsejó seguir alimentando a sus hijos mediante lactancia materna; en cambio en los países donde las enfermedades infecciosas no son la primera causa de muerte se les recomendó no brindar lactancia materna y utilizar una alternativa segura para la alimentación de sus hijos (6).

Entre los años 1994 y 1997, se apoyaron estas recomendaciones, estimando que el riesgo de transmisión de VIH atribuible a la lactancia materna se encontraba entre un 4% y un 22%. Luego entre 1997 y 1998 la OMS publicó la revisión de las recomendaciones anteriormente descritas, en la cual reconoció que más de la mitad de las transmisiones verticales ocurrían mediante la lactancia materna y se aconsejó lactancia mediante fórmula para disminuir el riesgo de morbimortalidad infantil, solamente si se les aseguraba el acceso ininterrumpido a ésta y seguridad en la preparación. Además, se recomendó que las mujeres embarazadas tuvieran acceso a los test para determinar su estado serológico y a consejerías, para apoyar la toma de decisiones informadas (6,27).

Conociendo esto, se crearon guías para la prevención de la transmisión vertical de VIH. UNAIDS, OMS & UNICEF (3) definen las siguientes prácticas para las mujeres viviendo con VIH/SIDA con el fin de prevenir la transmisión vertical: a) Acceso temprano a un adecuado cuidado prenatal, b) Consejería voluntaria y confidencial y test VIH para las mujeres y su pareja, c) Uso de terapia antiretroviral AZT dado a las mujeres VIH (+) en las últimas semanas del embarazo y parto, d) Proveer cuidados durante el trabajo de parto y parto, e) Consejería para la embarazada con VIH con información disponible sobre los beneficios de la LM, el riesgo de transmisión a través de la LM y el riesgo y posible avance en las métodos alternativos de alimentación infantil y f) Apoyo para las mujeres con VIH que eligen no lactar.

Los estudios clínicos han demostrado una reducción de 37 a 50% en la TV con terapias de corto uso de Zidovudine (AZT) o Neviparina. En Costa de Marfil, un estudio mostró una reducción en la transmisión de 30% y 37% en la TV en niños cuyas edades eran 6 y 15 meses respectivamente (24). En Chile, con la incorporación del protocolo ACTG 076 en 1995, se logró reducir la TV de un 35.4% a un 6.9%. Desde 1998 hasta marzo de 2001, con la utilización de este protocolo y de otras drogas antiretrovirales, además de la práctica rutinaria de cesárea electiva y supresión de la lactancia, la tasa de transmisión perinatal de VIH se redujo a 3%. Sin embargo, a pesar de la drástica disminución obtenida con estas medidas, la tasa global de transmisión vertical durante ese período fue 15.3 % (25).

Un estudio cualitativo describe cinco métodos de alimentación infantil recomendados para mujeres en etapa de lactancia y que viven con VIH/SIDA, apareciendo en primer lugar el uso de la fórmula como recomendación en las guías de UNAIDS/OMS/UNICEF (9). Otras opciones son: b) Una fórmula preparada en la casa con leche de vaca, la leche es diluida mezclando 100 ml. de leche más 50 ml de agua más 2 cdtas. de azúcar y la mezcla es hervida, c) Lactancia artificial más suplemento nutricional con micronutrientes recomendados ya que la leche animal puede ser insuficiente en zinc, fierro, vitamina A, C y ácido fólico, d) Lactancia materna exclusiva luego de la cual la madre debe suspender la lactancia de manera definitiva y completa, es decir, brindando otra alimentación sin la introducción ocasional de lactancia materna, e) Leche infectada con VIH puede ser pasteurizada, ya que este tratamiento puede

matar al virus sometiendo la leche a temperaturas de 62.5 grados centígrados por 30 minutos, o bien puede ser hervida y luego enfriada inmediatamente para poder colocarla en el refrigerador o dejarla en un contenedor con agua fría.

Según el mismo autor (9), existen prácticas que reducirían el riesgo de transmisión vertical cuando las madres han escogido la lactancia materna como modalidad de alimentación infantil, siendo las siguientes: a) Lactancia materna exclusiva por 4 a 6 meses luego suspensión total de la lactancia materna, b) Reducción de la duración de la lactancia, c) Brindar lactancia materna con una adecuada técnica, para así prevenir problemas como la mastitis o grietas del pezón, d) Practicar el sexo de manera segura, es decir, con uso de preservativos durante el período de puerperio y lactancia, e) Tener acceso a cuidados médicos inmediatos en caso de problemas de lactancia o erosiones en las bocas de los bebés, f) Evitar la lactancia si hay sangramiento o grietas del pezón, g) Proveer profilaxis postnatal a los niños y h) Hervir la leche especialmente cuando se incluyen otros alimentos.

DISCUSIÓN

El VIH/SIDA está afectando cada día a más mujeres, produciéndose la llamada «feminización» de la enfermedad y llegando incluso a sobrepasar el número de hombres infectados en algunas regiones de África; el problema radica fundamentalmente en que las mujeres viviendo con VIH/SIDA se encuentran en edad fértil. Esto abre paso a muchas interrogantes acerca de qué sucede con los niños nacidos de madres que viven con VIH, lo que ha movilizado a las organizaciones gubernamentales para evitar al máximo que la transmisión vertical siga en aumento.

Como se ha mencionado, las formas en que el VIH se transmite son a través de relaciones sexuales con personas viviendo con VIH/SIDA, transfusiones sanguíneas, uso de drogas inyectables y por transmisión vertical; esta última durante el embarazo, parto o puerperio, en cuyo último caso se produce a través de la lactancia materna.

Se han estudiado muchas medidas para prevenir la transmisión vertical, entre ellas el uso de terapias farmacológicas, que consiste en administrar un medicamento antirretroviral a las madres y al recién nacido; el reemplazo de la lactancia materna por otras formas de alimentación en países desarrollados y la lactancia materna exclusiva por 6 meses más el cese abrupto de la lactancia materna en países en vías de desarrollo.

Este tema adquiere gran complejidad cuando la madre debe elegir el tipo de alimentación que le dará a su hijo, tomando en cuenta los riesgos que ello conlleva si elige la lactancia materna; pero que al mismo tiempo es una decisión influenciada por presiones y creencias sociales. Es aquí donde el profesional de salud es fundamental para entregar una consejería centrada en el cliente y no sólo en la evidencia científica, esto facilitaría una decisión más apropiada que vaya en protección del niño (27). Se recomienda también consejería realizada por pares, es decir, por otras madres que han pasado por la misma situación que ellas. Esto fortalecería un ambiente de confianza con la madre, quien se sentiría apoyada y comprendida.

Es necesario considerar que no todos los hijos de madres que viven con VIH que son alimentados con lactancia materna adquieren la infección por VIH. Esto depende de muchos factores como son la carga viral de la madre, grietas en el pezón, mastitis, incorporación de otros tipos de alimentación junto con la lactancia materna, inmadurez del sistema inmune del recién nacido, entre otros. Estos factores deben ser considerados al entregar consejería.

Existen diferencias en cuanto a las tasas de transmisión vertical entre países y continentes, dejando a África como el lugar que concentra la mayor cantidad de personas viviendo con VIH/SIDA. Pero ¿qué sucede cuando no se dan las condiciones económicas para incorporar la lactancia artificial en los niños para prevenir la transmisión vertical?

Este es el caso de los países en vías de desarrollo, quienes no tienen la posibilidad de brindar lactancia artificial, agregándose a esto la alta mortalidad de los niños a causa de la desnutrición y las enfermedades infectocontagiosas como la diarrea y las enfermedades respiratorias. Es entonces cuando surge el conflicto de recomendar o no la lactancia materna en estos países donde los recursos económicos no están al alcance de las personas viviendo con VIH/SIDA.

Al recomendar la lactancia materna en los países en vías de desarrollo, ésta debe ser exclusiva durante 6 meses y luego el destete abrupto sin volver a incorporar la lactancia materna; esto debido a que la incorporación de otro tipo de alimentación daña la mucosa intestinal del niño haciendo aún mayor el riesgo de transmisión del virus cuando se da lactancia materna. Diversos estudios apoyan estas recomendaciones, estimando que el riesgo de transmisión de VIH atribuible a la lactancia materna se encuentra entre un 4% y un 22%, lo que la hace ser favorable en aquellos países donde las enfermedades infectocontagiosas y la desnutrición cobran más vidas que el propio VIH/SIDA. Es por esta razón que los profesionales de la salud deben mantenerse informados, para entregar una buena consejería a las mujeres viviendo con esta enfermedad a fin de prevenir al máximo que la tasa de transmisión vertical siga en aumento.

Cabe destacar que la terapia antiretroviral (TAR) es un factor importante en la prevención de la TV ya que reduce en un 40%-50% el riesgo de transmisión (18). En esta revisión no exponemos en profundidad el tema de la TAR, pero sin duda es importante de conocer por el rol que cumple en la prevención de la transmisión vertical.

Según los resultados expuestos en esta revisión la lactancia artificial tiene una implicancia preventiva en la transmisión vertical, pero a pesar de esto los niños se ven desprotegidos en cuanto a otras enfermedades debido al déficit en el sistema inmunológico; los niños con lactancia artificial requieren más atenciones médicas que los niños con lactancia materna, a esto también se le asocia un mayor número de diarreas en los tres primeros meses las cuales se nivelan en número después de los dos años; el número de neumonías también se nivelan al término de los dos años en ambas lactancias. Los resultados reflejan además que existe mayor número de desnutrición asociada a la lactancia artificial en los niños con VIH/SIDA que los niños alimentados con lactancia materna y VIH/SIDA.

Una de las causas que incide en la modalidad de lactancia es la creencia de la mujer que su leche es insuficiente para alimentar al niño. Además, mujeres que desconocen su estado serológico para VIH incluyen la lactancia materna mixta más tempranamente que las mujeres que sí lo conocen (26). De esto se puede inferir que existen 3 grupos de mujeres, VIH (+), VIH (-) y quienes desconocen su estado de seropositividad; este último grupo al tener dudas subalimenta al niño con lactancia materna agregando otros tipos de alimentación para compensar el déficit, esto hace que incluya la lactancia materna mixta aumentando en gran medida el riesgo de transmisión vertical. Un estudio realizado en Bangladesh menciona otra causa por la cual las madres darían a sus hijos lactancia mixta, dado por un error acerca del concepto de lactancia materna exclusiva. Las madres entienden por esta la lactancia materna sin incorporar la lactancia artificial, lo que las lleva a darle a los niños agua, cereales u otros alimentos (23). Por lo tanto, realizar un refuerzo en el concepto correcto de lactancia materna exclusiva significaría un factor importante en la consejería de estas madres.

Los profesionales de la salud tienen un rol primordial a la hora de dar consejería a las mujeres viviendo con VIH/SIDA, desde la decisión de embarazarse hasta el tipo de alimentación que le darán a su hijo cuando nazca (27). Los estudios muestran claramente que la consejería tiene un gran efecto sobre la prevención de la transmisión vertical, pero no todos pueden realizar consejería. Para esto, la persona debe ser entrenada y cumplir con una serie de requisitos: debe contener una información correcta que sea clara y específica, debe ser entregada desde el embarazo, debe considerar temas como posiciones para amamantar, prevención de mastitis y lactancia materna exclusiva cuando se trata de dar consejería en países que no cuenten con los recursos para dar lactancia artificial.

Para realizar una pesquisa precoz de la infección por VIH resulta necesaria la participación y apoyo por parte de los profesionales de la salud a todas las mujeres viviendo con VIH/SIDA durante el embarazo, esto es primordial a la hora de prevenir la transmisión vertical y comenzar desde temprano con la consejería. Para ello se debe garantizar a todas las madres embarazadas la confidencialidad, ya que una de las razones de no querer realizarse el test de pesquisa es el miedo a la estigmatización social.

Asociado a la pesquisa de las mujeres viviendo con VIH/SIDA se encuentra muy relacionado el seguimiento de estas mujeres, pues cuando se pierde el seguimiento se hace muy difícil la prevención de la transmisión. Una vez identificadas, el profesional de la salud debe estar en contacto frecuente con estas mujeres. El estudio realizado en Malawi indica que las variables que influyen en la pérdida de seguimiento también pueden influir en el riesgo de transmisión.

CONCLUSIÓN

La mujer en edad fértil es una prioridad para la prevención de la transmisión del VIH/SIDA. Son ellas quienes deben tomar decisiones informadas y no deben encontrarse solas y aisladas de los profesionales de la salud que conozcan sobre este tema. La problemática de optar por una alimentación que reduzca el riesgo de un hijo de una madre que vive con VIH/SIDA es responsabilidad tanto de la madre como del profesional, quienes deben otorgar una consejería adecuada que incorpore el autocuidado y la toma informada de decisiones. Esto debe sumarse a una comprensión de que el riesgo de TV a través de la lactancia materna se interrelaciona con el riesgo de otras enfermedades infecciosas en contextos adversos. Por otra parte el acceso a información, lactancia artificial y creencias en salud hace que la estimación de riesgo y opciones para su disminución sean específicas para cada caso y no una regla general para emplear con todas las mujeres viviendo con VIH/SIDA y sus hijos.

 Dirigir la correspondencia a:

Sra. Lilian Ferrer L.

Escuela de Enfermería

Pontificia Universidad Católica de Chile, Vicuña Mackenna #4860,

Macul, Santiago Fono: 354 54 98 Fax: 354 70 25

Iferrerl@uc.cl

BIBLIOGRAFÍA

1. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004. Recuperado de:<http://www.unaids.org/en/default.asp> en Abril 2005.
2. ONUSIDA. Epidemiological fact sheet. Recuperado de:<http://www.unaids.org/hiv aidsinfo/statistics/fact> en Febrero 2006.

3. UNAIDS. Mother to child transmission 2004. Recuperado de:http://www.unaids.org/en/Issues/Affected_communities/mothertochild.asp en octubre 2005.
4. CONASIDA. Boletín epidemiológico VIH/SIDA. Resumen de caracterización epidemiológica del VIH/SIDA en Chile al 31 de Diciembre del 2003. Recuperado de:<http://www.minsal.cl/iniciativas/Conasida/conasida.htm> en Diciembre 2005.
5. Chavez A, Alvarez A, Wu HE & Comité Nacional de SIDA pediátrico. Transmisión vertical de la infección por virus de inmunodeficiencia humana: Impacto de la aplicación del protocolo ACTG 076 en Chile. Rev Chilena Infectol 2000; 17: 297-30.
6. Humphrey. Is breast not best? Feeding babies born to HIV-positive mothers: bringing balance to a complex issue. Nutr Rev 2001; 59(4):119-127.
7. Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, Kuhn L & Coovadia H.M. Influence of infant feeding patterns on early mother to child transmission of HIV-1 in Durban South Africa: A prospective cohort study. Lancet 1999; 354(9177): 471- 477.
8. Karlsson K, Massawe A, Urassa E, Kawo G, Msembo G & Kazimoto T. Late postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 infection from mothers to infants in Dar es Salaam, Tanzania. Pediatr Infect Dis J 1997; 16(10): 963-967.
9. De Paoli MM, Manongi R, Klepp K-I. Counsellors' Perspectives on Antenatal HIV Testing and Infant Feeding Dilemmas Facing Women with HIV in Northern Tanzania. Reproductive Health Matters. 2002; 10(20): 144-156.
10. Ekpini ER, Wiktor SZ, Satten GA & Adjorlolo-Johnson T. Late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire. Lancet. 1997; 349(9058):1054-1060.
11. Peckham CS, Senturia YD, Ades AE & Newell ML. Mother to child transmission of HIV infection The European Collaborative. Lancet 1988; S.N.
12. Miotti PG, Taha ET, Kumwenda N, Broadhead R, Mtimavalye L, Vander Hoeven L. HIV Transmission Through Breast Feeding: A study in Malawi. JAMA 1999; 282(8):744- 149.
13. Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, Coovadia HM, Pembrey L & Newell ML. Morbidity in children born to women infected with human immunodeficiency virus in South Africa: does mode of feeding matter? Acta Paediatr 2003; 92:890-895.
14. De Souza RC, Cordeiro de Araujo L & Medina-Acosta E. O desafio da prevenção, da transmissão vertical de HIV no Município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio De Janeiro 2005; 21(4):1153-1159.
15. John-Stewart, Mburi-Ngacha, Ekpini, Janoff, Nkengasong, Read et al. JAIDS. J Acquired Imm Defic Syndr 2004; 35(2):196-202.
16. Suryavanshi N, Jonnalagadda S, Erande AS, Sastry J, Pisal H & Bharucha KE. Infant Feeding Practices of HIV Positive Mothers In India. J Nutr 2003;133(5): 1326-1331.

17. Nduati R, Richardson B, John G & Mbori - Ngacha D. Effect of Breastfeeding On Mortality among Hiv-1 Infected Women: A Randomized Trial. Lancet 2001; 357(9269):1651- 1656.
18. Mbori-Ngacha D, Nduati R, John G, Reilly M, Richardson B & Mwatha A. Morbidity and Mortality in Breastfed and Formula - Fed Infants of HIV-1 Infected Women: A Randomised Clinical Trial. JAMA 2001; 286(19):2413-2420.
19. Van de Perre, Philippe 1995. Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1: the breast-feeding dilemma. Am J Obstet Gynecol 1995; 173(2): 483-7.
20. Shapiro RL, Lockman S, Thior I & Stocking L. Low adherence to recommended infant feeding strategies among HIV - infected women: Results from de pilot phased of a randomized trial to prevent mother to child transmission in Botswana. AIDS Education and Prevention 2003;15(3): 221-230.
21. Sibeko L, Dhansay MA, Charlton KE, Johns T & Gray-Donald K. Beliefs, Actitudes And Practices Of Breastfeeding Mothers From A Periurban Community In South Africa. J Hum Lact 2005; 21(1):31-38.
22. Ioannidis JP, Taha TE, Kumwenda N, Broadhead R, Mtimavalye L & Miotti P. Predictors and impact of losses to follow-up in a HIV -1 perinatal transmission cohort in Malawi. Internat J Epidemiol 1999; 28:769-775.
23. Haider R, Ashworth A, Kabir I & Huttely S. Effect of community - based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices I Dhaka, Bangladesh: A randomised controlled trial. Lancet 2000; 356:1643-1647.
24. Msellati P, Hingst G, Kaba F, Viho I, Wellffens-Ekra C & Dabis F. Operational issues in preventing mother to child transmission of HIV-1 in Abidjan Côte d' Ivoire 1998-1999. Bulletin of the World Health Organization. 1999; 79(7):641-647.
25. Ovalle A, Vizueta E, Casals A, Northland R, Gonzalez R & Labbé. Infección por virus de inmunodeficiencia humana en la embarazada. Importancia del conocimiento de la infección en el embarazo y factores de riesgo en la transmisión perinatal. Rev Méd Chile 2003; 131(6):633-640.
26. Gottlieb D, Shetty AK, Mapfungautsi RM, Bassedd MT, Maldonado I & Katzenstein DA. Infant Feeding Practices of HIV- Infected and Uninfected Women in Zimbabwe. AIDS Patient Care and STDs 2004; 18(1):45-52.
27. McCreary L, Ferrer L, Ilagan P & Ungerleider L. Context-Based advocacy for HIV- positive women making reproductive decisions. JANAC 2003; 14 (1): 41-51.

Este trabajo fue recibido el 14 de Julio de 2006 y aceptado para ser publicado el 25 de Agosto de 2006.