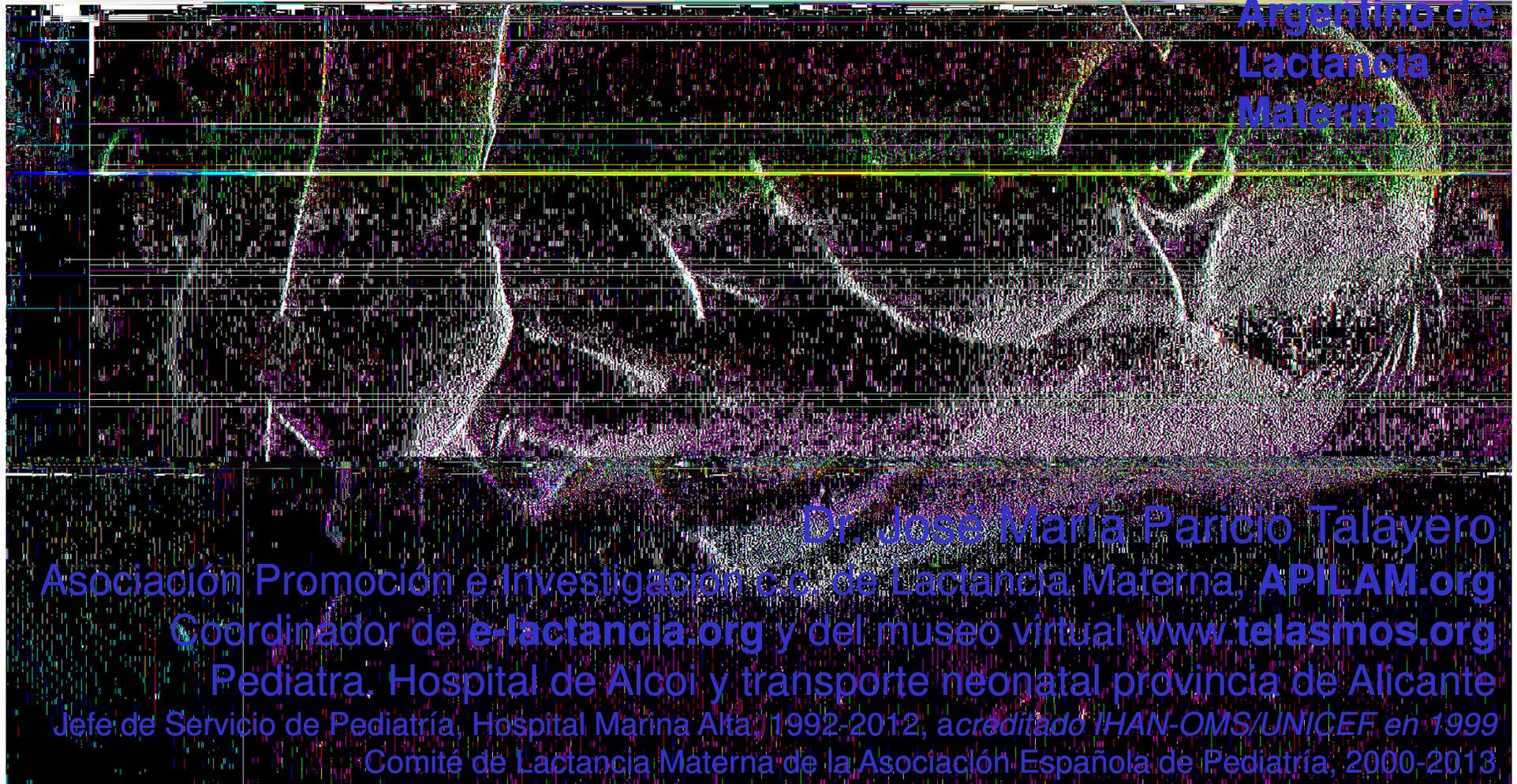


NUTRICIÓN DEL LACTANTE CON MADRE afectada por VIH

8º Congreso
Argentino de
Lactancia
Materna



Dr. José María Paricio Talayero

Asociación Promoción e Investigación c.c. de Lactancia Materna, APILAM.org

Coordinador de e-lactancia.org y del museo virtual www.telasmos.org

Pediatra, Hospital de Alcoi y transporte neonatal provincia de Alicante

Jefe de Servicio de Pediatría, Hospital Marina Alta, 1992-2012, acreditado IHAN-OMS/UNICEF en 1999

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2000-2013

UN POCO DE HISTORIA

1981: Primeros casos

1982: Pandemia mundial AIDS-SIDA

1983: Conocimiento del virus, Retrovirus VIH

1985: Conferencia internacional SIDA

1986: Zidovudina, AZT (Retrovir) → insuficiente

1986-1993: Fracaso mono y biTTO con ITIAN

1996: Control x carga viral

Combinaciones TARGA (IP+ITIAN-ITINN)

2001-2013: Directrices OMS para TAR y prevTV



Transmisión vertical (TV) del VIH

1. Sin intervenciones: 15 – 45%

Embarazo – Parto – Lactancia

5-10

15-20

5-15

Intervenciones preventivas de la TV:

- Tratamiento antirretroviral (TAR)
- Cesárea
- No lactancia materna si la alimentación con fórmula es segura, costeable, duradera y aceptada culturalmente (OMS, OPS)

Acceptable, Factible, Asequible, Sostenible, Segura (AFASS)

Recomendaciones OMS TV y TAR

2001 – 2006:

- TV: Múltiples y complejos esquemas
- TAR si $CD4 < 200$

2010:

- TV: 2 opciones: A y B
- TAR si $CD4 < 350$

2013: Unificación de opciones TAR para todos

- TV: Opción B (y B+)
- TAR si $CD4 < 500$

Opción A (2010)

Embarazo:

- AZT diario desde 14^a semana

Parto:

- Inicio: Una dosis de NVP
- Dilatación y expulsivo: dosis AZT + 3TC

1^a semana:

- AZT + 3TC / diario

Lactante amamantado: NVP hasta 1 semana sin LM

Lactante NO amamantado: NVP diaria 4 - 6 semana

AZT zidovudina, 3TC Lamivudina, NVP Nevirapina

Opción B (2010)

Madre (independiente de CD4):

Diariamente desde la 14^a semana hasta 1 semana tras el cese de la Lactancia materna

TDF + (3TC o FTC) + EFV

Lactante (Independiente de tipo de lactancia)

Diariamente durante 4 a 6 semanas

NVP o AZT

TDF Tenofovir 300, 3TC Lamivudina, FTC Emtricitabina 200

EFV Efavirenz 600, NVP Nevirapina, AZT Zidovudina

Opción B + (2013)

Madre (independiente de CD4):

Diariamente desde la 14^a semana ~~hasta 1 semana tras el cese de la Lactancia materna~~ **INDEFINIDO**

TDF + (3TC o FTC) + EFV

Lactante (Independiente de tipo de lactancia)

Diariamente durante 4 a 6 semanas

NVP o AZT

TDF Tenofovir 300, 3TC Lamivudina, FTC Emtricitabina 200

EFV Efavirenz 600, NVP Nevirapina, AZT Zidovudina 4mg/k

Por qué cambiar de opción A a B o B+

- Esquema simplificado y común a todos los casos
- Mejora adherencia a Trat. (1 único comp/día)
- Previene TV en próximos embarazos (B+)
- Mejora salud de la mujer sin crit. de TAR (B+)
- Protege transmisión pareja serodiscordante (B+)
- Costo efectividad buena (B y B+)

Problema “si interrumpir”, no “cuando empezar”

% Transmisión vertical del VIH

1. Sin intervenciones: 15 – 45%

Embarazo – Parto – Lactancia

5-10

15-20

5-15

2. Con intervenciones:

- No lactancia (LM): 20 – 30%

- TTO corto y LM: 15 – 25%

- TTO corto No LM: 5 – 15%

- Opciones A-B y LM: $<5\% \rightarrow <1$

- Opciones A-B No LM: $<2\% \rightarrow <1$

Recomendaciones OMS 2010

Las autoridades nacionales de salud deben decidir si asesoran y apoyan a madres VIH sea a:

- Amamantar (LM Exclusiva) y recibir TAR
- o Evitar la lactancia y recibir TAR

En función de:

- Contexto socio-económico-cultural de la población
- Disponibilidad-calidad de los servicios de salud
- Epidemiología local: % de VIH en embarazadas
 - Tasas de desnutrición materna e infantil
 - Tasa de Mortalidad Infantil

Recomendaciones OMS 2010

Las autoridades nacionales de salud deben ser cuidadosas en la presentación de directrices y

mensajes de salud respecto a prácticas de alimentación recomendadas tanto a poblaciones afectas de SIDA como a las que no, a fin de no socavar las prácticas óptimas de lactancia materna entre la población general



Argentina y el VIH

Población: 41 millones

Tas.Mort.Inf: 10,0/1.000 (2014)

Infectados VIH: 110.000 (50% lo desconocen)

Fallecidos VIH: 1.400 anuales (30 años)

TV de VIH: 10,4% (2000-2004)

5- 6% (2005-2014)

Opción B+ con acceso universal al tto, financiación sobre todo pública sin dependencia externa, sin LM
Profilaxis prenatal 87%, parto 91%, postnatal 98%

Costo TAR paciente/año: 2.600 \$

Argentina y el VIH

Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH

Lactancia

Cualquiera fuera el esquema de tratamiento que se utilice, la lactancia materna está contraindicada ya que contribuye con un porcentaje importante a la transmisión vertical del VIH (aproximadamente el 15%) por lo tanto, deberá asegurarse la sustitución con leche de inicio para todos los recién nacidos de una mujer con infección por VIH durante los primeros 6 meses de vida.



Qué elegir

LACTANCIA

FÓRMULA

RIESGO TV

**BENEFICIOS
para la SALUD**

RIESGO TV

**RIESGOS para
la SALUD**



Propiedades de la Lactancia Materna

- **Base de la Nutrición humana.** Crecimiento y desarrollo óptimo. Mejor estado de salud
- **Eje del sistema inmune y antiinfeccioso postnatal**
- **Base del desarrollo** de patrones de comportamiento materno infantil y del intercambio de numerosos mensajes (estimulación sensorial)



RIESGOS DE NO AMAMANTAR

- 1. Aumento de la morbilidad infantil**
- 2. Aumento de la mortalidad infantil**
- 3. Desarrollo intelectual y motor dificultado**
- 4. Dificultad en establecimiento del vínculo**
- 5. Mayor riesgo de enfermedades crónicas**
- 6. Problemas en la salud materna**
- 7. Mayor coste económico**
- 8. Coste ecológico**

ALTERNATIVAS LM con madre VIH

Leche de Banco o donante sana

Calentamiento de la leche materna

Lactancia materna directa?



Calentamiento de LM

Pasteurización Holder: 62,5°C x 30'
(100-300 €)



Pretoria: 63°C x 15-20'

(frasco <150ml en 1 L agua recién hervida)



Flash: 73°C x 15"
(juntos, retirar al hervir)
(50 ml en ½ L agua)



Indicaciones de alimentación con LM tratada con calor

- Deseo de la madre de amamantar
- Dificultades con el enganche (primeros días, bajo peso, prematuros, separación)
- Problemas de la madre (enfermedad, mastitis, grietas)
- Periodo de transición a lactancia parcial
- Desabastecimiento de TAR
- Carga viral detectable

Lactancia materna directa

La eficacia del TARGA hace que desde 2010 la OMS tenga suficiente evidencia para recomendar como opción mantener la lactancia con TARGA

Requisitos:

- Exclusiva los primeros 6 meses,
- Seguimiento y continuidad del TARGA
- Controles carga viral mensual (< 50 copias/ml)
- Extracción y calentamiento si necesario

Opción menos estudiada que la de la cesárea como alternativa al parto vaginal (estudios de ineficiencia por debajo de las 1.000 copias)

Zambia, 2008-2011

Research article

Efficacy of WHO recommendation for continued breastfeeding and maternal cART for prevention of perinatal and postnatal HIV transmission in Zambia

Cohorte 231 nacimientos

- TV intrauterina: 0,9%
- TV parto: 0,5%
- **TV LME 6 m: 0,0%**
- **TV LM 6-12 m: 1,5% ***

**: Abandono de TAR y carga viral >1.000cop/ml*

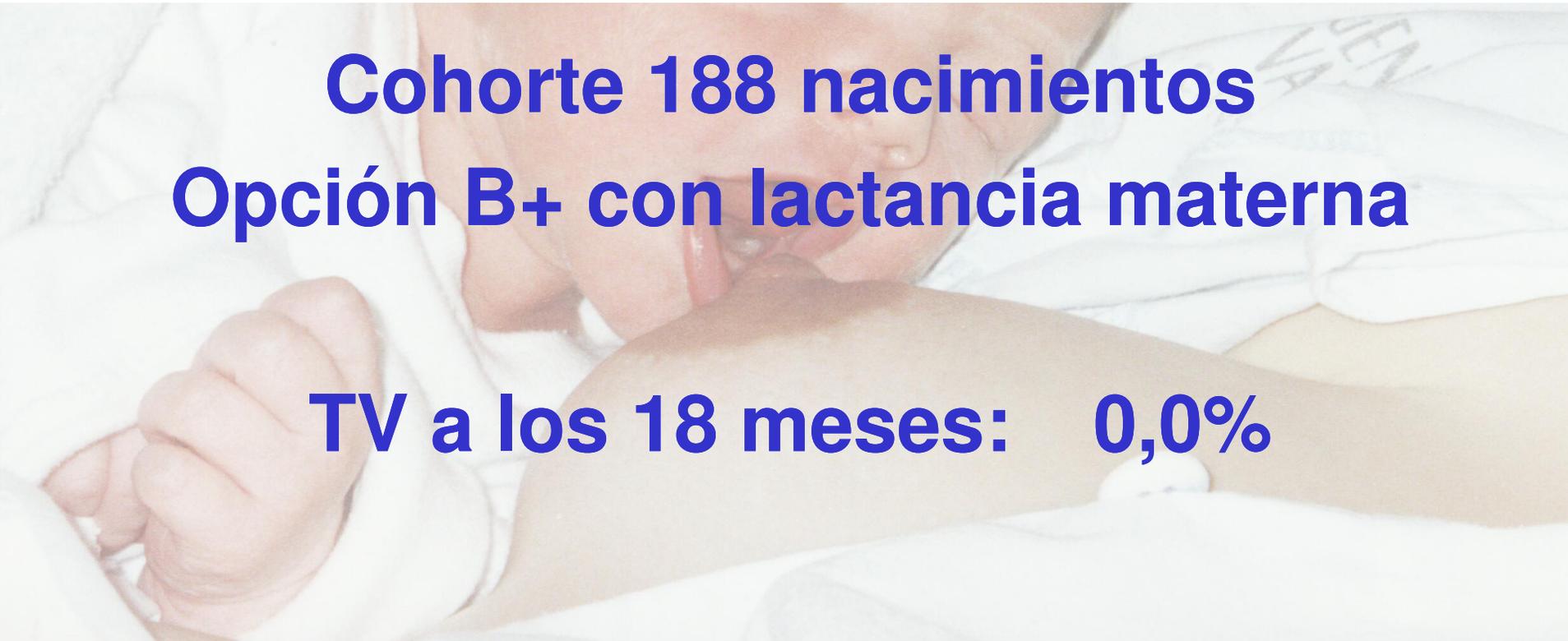
Ann Med Health Sci Res. 2014 Jul-Aug; 4(4): 615–618.

doi: [10.4103/2141-9248.139344](https://doi.org/10.4103/2141-9248.139344)

PMCID: PMC4160691

Nigeria, 2009-2011

Virtual Elimination of Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus in Mothers on Highly Active Antiretroviral Therapy in Enugu, South-Eastern Nigeria



Cohorte 188 nacimientos
Opción B+ con lactancia materna

TV a los 18 meses: 0,0%

Asociaciones HIV Británica y de Niños

© 2011 British HIV Association

HIV Medicine (2011), 12, 389–393

BRITISH HIV ASSOCIATION GUIDELINES

British HIV Association and Children's HIV Association
position statement on infant feeding in the UK 2011

Recomendación general:

- Abstención LM
- Proveer FA y todos los utensilios

Excepcionalmente (por los resultados en África):

- “Permitir” y apoyar a la madre que quiera dar LM con TARGA eficaz y carga viral indetectable

Conclusiones

La importancia de la lactancia materna para la salud infantil aconseja no desestimarla en las guías sobre prevención de la TV del VIH en **pocas líneas**, sin **argumentos** suficientes actualizados, sin **matices** y sin ofrecer información **alternativa** a las formula de sucedáneos (leche donada y leche tratada por calor)

El acrónimo **AFASS** debe ser respetado en cualquier país, comunidad o individuo

Conclusiones

En el proceso de decisiones siempre hay que tener en cuenta **la opinión de la madre** y ella debe disponer de toda la información (es preciso suministrarla de modo inteligible)

Los exitosos avances en la **disminución de la TV del VIH con TARGA** manteniendo la **lactancia materna**, deben ser conocidos y monitorizados

Muchas gracias

<http://apilam.org>

www.e-lactancia.org

www.telasmos.org

[@jmparicio](https://twitter.com/jmparicio)

