



SEIP

Sociedad Española de
Infectología Pediátrica

Mayo 2023

Grupo de Trabajo de VIH e Infecciones de transmisión sexual

Revisor

Claudia Fortuny Guasch

Referencia del artículo

Khan S, Tsang KK, Brophy J, et al; Canadian Pediatric & Perinatal HIV/AIDS Research Group, the Infectious Disease Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, the Canadian HIV and Viral Hepatitis Pharmacists Network, and the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada. Canadian Pediatric & Perinatal HIV/AIDS Research Group consensus recommendations for infant feeding in the HIV context. J Assoc Med Microbiol Infect Dis Can. 2023 Mar 1;8(1):7-17.

Pregunta y tipo de estudio

La pregunta que plantea el estudio es la idoneidad o no de recomendar la lactancia materna a las madres infectadas por el VIH en Canadá (y, por extensión, en países con un buen nivel de renta).

Se trata de una revisión de la evidencia científica disponible sobre la seguridad de la lactancia materna en relación a la transmisión del VIH por esta vía.

Resumen

Objetivos: Brindar orientación integral sobre el tipo de lactancia más adecuado para los recién nacidos expuestos al VIH; diseñar estrategias de cómo proceder en aquellos casos en que, las mujeres que viven con el VIH deciden amamantar a sus hijos; y revisar la evidencia disponible sobre transmisión del VIH a través de la leche materna.

La lactancia artificial es la que, hasta el momento, se ha indicado en las Guías Canadienses, al igual que en la mayoría de países de ingresos altos. No obstante, en los últimos años países como Suiza, Reino Unido y más recientemente Estados Unidos incluyen la posibilidad de ofrecer lactancia materna si se cumplen las condiciones que determinan que el riesgo de transmisión del VIH por esta vía, sea prácticamente nulo (no puede garantizarse que sea 0).

Métodos: El Canadian Pediatric & Perinatal HIV/AIDS Research Group (CPARG) organizó una reunión multidisciplinar en 2016, financiada por el Canadian Institute of Health Research, que incluyó especialistas de distintas áreas del conocimiento (desde proveedores de atención

sanitaria a investigadores básicos y de salud comunitaria) y personas que viven con el VIH (con una muestra de conveniencia de mujeres que viven con el VIH que habían dado a luz en los últimos 5 años en Ontario y Quebec). También se llevó a cabo una revisión legal para garantizar la comprensión del potencial de estigmatización y la preocupación por la transmisión y exposición al VIH. Todo ello con el fin de desarrollar un consenso en relación al asesoramiento y las recomendaciones para la alimentación de los recién nacidos de madres que viven con el VIH.

Resultados: El documento de consenso canadiense incluye 8 recomendaciones cuyo contenido se resume a continuación. La lactancia artificial exclusiva continúa siendo el método preferido de alimentación en lactantes, ya que elimina cualquier riesgo residual de transmisión vertical posnatal del VIH. La leche en fórmula debe estar disponible para todos los hijos de madres que viven con el VIH, durante su primer año de vida. Se describe un enfoque integral para asesorar a las gestantes que viven con el VIH y al personal sanitario que las atiende, con el fin de que dispongan de toda la información en el momento de tomar decisiones. Para las mujeres que cumplen con los criterios para amamantar y eligen hacerlo, se requiere un control y seguimiento virológico frecuente, que debe mantenerse tras el parto y todo el tiempo de lactancia. Así mismo se recomienda la profilaxis antirretroviral combinada, a los recién nacidos que son amamantados y un exhaustivo control y seguimiento durante todo el periodo de lactancia, y después de interrumpirla. La revisión realizada a nivel comunitario destaca la importancia de otros apoyos y asesoramiento necesarios para implementar una alimentación con fórmula segura, aparte del acceso a la misma. La revisión legal proporciona un lenguaje aclaratorio sobre la participación de los servicios de protección infantil y la necesidad de facilitar derivaciones a recursos o informaciones legales si se solicitan. Así mismo, se establece la necesidad de

implementar sistemas de vigilancia epidemiológica para monitorizar los casos de transmisión del VIH a través de la lactancia materna y determinar las posibles causas cuando ocurra, con el fin de incrementar el conocimiento en esta área y mejorar la atención mediante la instauración de mecanismos que puedan evitar dicha transmisión en el futuro.

Conclusión: La Guía de consenso canadiense sobre alimentación infantil en el contexto de la infección por el VIH está diseñada para informar y permitir una mejor atención para las gestantes-madres que viven con el VIH y a sus hijos. La revisión y evaluación continua de las pautas y recomendaciones que se indican en la Guía a la luz de nuevas evidencias es crucial para adaptarla y mantenerla actualizada.

Comentario del revisor: qué aporta e implicaciones clínicas y de investigación

Esta es una cuestión que se está debatiendo en la actualidad y, por su relevancia, me ha parecido oportuno escoger este artículo en el que se revisan los puntos más importantes en relación a la lactancia materna en mujeres infectadas que viven en lugares donde la lactancia artificial es segura. La Guía Canadiense establece 8 recomendaciones:

Recomendación 1: *La alimentación exclusiva con fórmula es el método recomendado para alimentar a los niños expuestos al VIH (hijos de madres infectadas por el VIH), que nacen y viven en Canadá.*

Sin duda la alimentación con fórmula adaptada, constituye el método más seguro de alimentación para los neonatos expuestos al VIH. La leche materna de las madres con infección VIH puede contener células infectadas y potencialmente también partículas libres de este virus.

La alimentación con fórmula exclusiva es el método de alimentación infantil más eficaz para prevenir la transmisión del VIH en el período posparto.

Los autores advierten, que no poder amamantar puede generar estrés emocional, social y psicológico significativo, tanto para la madre como para su familia. Por ello debe ofrecerse un adecuado asesoramiento, escuchando las razones y/o motivos de aquellas madres que desearían amamantar a sus hijos.

Recomendación 2: *La lactancia artificial (leche en fórmula) debe ser gratuita y estar disponible para todos los recién nacidos y lactantes nacidos de madres que viven con el VIH durante el primer año de vida.*

Para garantizar el acceso a la lactancia artificial, esta debe ser gratuita para TODAS las mujeres que viven con el VIH. Si se contraindica la lactancia materna, es obligado proporcionar una alimentación alternativa y segura, por lo tanto, la leche en fórmula ha de ser suministrada durante el primer año de vida a TODOS los lactantes expuestos al VIH.

Recomendación 3: *Todas las mujeres que viven con el VIH deben beneficiarse de un asesoramiento multidisciplinar detallado sobre la alimentación infantil, por parte de proveedores de atención prenatal, VIH pediátrico y especialistas en VIH de adultos, mucho antes del parto.*

Los autores insisten en que es importante informar a la futura madre de las opciones de alimentación para los recién nacidos, y conocer cuál de ellas tienen pensado ofrecer a sus hijos, con el fin de poder realizar un adecuado asesoramiento.

Las gestantes infectadas, así como aquellas mujeres con infección VIH y deseo gestacional deben estar informadas, y es importante asegurar que entienden aquellos aspectos relacionados con la lactancia materna y la infección VIH:

- El riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna y los factores relacionados con este riesgo: como una carga viral materna detectable, cumplimiento incompleto del tratamiento antirretroviral combinado (TAR), problemas en los senos (congestión, sangrado/grietas en el pezón, entre otros), lesiones-infecciones o inflamación de la mucosa oral o del tubo digestivo del recién nacido o lactante, entre otros.
- Presencia de células y/o partículas víricas libres del VIH. El hecho de tener una carga viral en sangre, no implica que la carga viral en leche materna sea también indetectable, pues corresponde a un compartimento distinto.
- Aun cuando los antirretrovirales que se utilizan en la actualidad son seguros, la lactancia materna supone una exposición prolongada del lactante a estos fármacos, sin poder excluir su potencial toxicidad en el primer periodo de la vida.

En aquellas mujeres que manifiesten su deseo de amamantar únicamente por los beneficios inmunológicos, se aconseja se explore la posibilidad de obtener leche materna de bancos de leche (poco probable en Canadá, y en nuestro país). Por otro lado, si la decisión de amamantar estuviera relacionada con presiones del entorno, que suponen un estrés para la futura madre, debe ofrecerse un soporte adecuado.

En resumen, debe exponerse de forma clara la información en relación a los riesgos potenciales que tiene la lactancia materna en los recién nacidos y lactantes expuestos al VIH, así como de las

alternativas disponibles. Asegurar que se ha entendido el mensaje y las condiciones que deberán cumplirse para hacer posible pueda optarse por la lactancia materna, evitando juicios de valor.

Recomendación 4: *Como requisito previo para la lactancia materna, los proveedores de atención sanitaria deben asesorar y apoyar a las mujeres sobre cómo optimizar su salud y minimizar el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna:*

- La madre debe realizar tratamiento combinado (TAR), con un excelente cumplimiento del mismo y un control de la replicación viral completo (carga viral del VIH indetectable) de como mínimo 6 meses antes de iniciar la lactancia e idealmente desde la concepción).
- La madre debe ser una paciente con un adecuado seguimiento y con controles regulares tanto por su infección VIH, como aquellos controles indicados para asegurar una adecuada atención prenatal.
- La madre y, en su caso, las personas de apoyo son plenamente conscientes del riesgo potencial de transmisión del VIH a través de la lactancia materna. Esta información se dará así mismo por escrito, con el fin de la madre pueda compartirla.
- Si el proveedor de atención médica no está de acuerdo en la posibilidad de permitir la lactancia materna, si la madre cumple con los requisitos, debe derivar a la paciente a otro profesional para que pueda asesorarla de forma imparcial.

Recomendación 5: *Para mujeres que cumplen los criterios para la lactancia materna en la recomendación 4 y optan por amamantar a sus hijos, se recomienda el monitoreo materno frecuente (incluyendo pruebas de carga viral, p. ej., en la mayoría de las circunstancias cada 1–2 meses) y el seguimiento hasta la interrupción de la lactancia para asegurar un apoyo continuo y, así, poder hacer frente a cualquier problema. Por lo tanto:*

- **En relación a la infección VIH.** Deben planificarse visitas mucho más frecuentes que en la práctica clínica habitual que permitan garantizar un adecuado cumplimiento y supresión mantenida de la replicación viral. Es importante evaluar la salud mental de la madre y ofrecer el soporte que se requiera:
 - En la medida de lo posible, el régimen de TAR materno durante la lactancia no debe modificarse para evitar el riesgo de una carga viral detectable y/o cualquier efecto secundario imprevisto que pueda afectar la adherencia o la absorción.
 - Se recomienda que los controles de carga viral materna, sean mensuales o en su defecto cada 2 meses. Estos controles pueden hacerse en la clínica pediátrica, en la que durante los primeros meses los lactantes expuestos realizan visitas mucho más frecuentes.
 - Si la carga viral materna se vuelve detectable, es necesaria una consulta urgente con los médicos especialistas en VIH tanto de adultos como pediátricos.:
 - En esta circunstancia puede considerarse el inicio de la profilaxis antirretroviral combinada (zidovudina+lamivudina+nevirapina) en el lactante, si el aumento de la carga viral no es significativo, y no se considera secundario a un problema de adherencia de la madre o fracaso del TAR que estaba tomando. La profilaxis combinada debe mantenerse hasta que se consiga de nuevo el control de la replicación del VIH
 - Las opciones de alimentación infantil incluirían, en esta situación:

- Cese de la lactancia materna,
 - La interrupción temporal de la misma, extrayendo la leche y desechándola hasta confirmar control de la replicación viral con una nueva determinación.
 - Mantener la lactancia materna con un control muy estricto.
- Si hay una elevación persistente de la carga viral, se justifica plantear el cese de la lactancia dado el riesgo significativamente mayor de transmisión del VIH.
 - No se recomiendan las pruebas de carga viral en la leche materna debido a la falta de disponibilidad de las pruebas, los desafíos en la interpretación de los resultados y los retrasos en la disponibilidad de los resultados que reducen la capacidad de afectar el manejo.
- **En relación a la lactancia materna.**
 - Es importante asesorar previamente a la madre y durante los primeros días de lactancia en una adecuada técnica, que asegure un adecuado enganche del recién nacido con el fin de minimizar el riesgo de grietas, congestión mamaria o mastitis.
 - Ofrecer siempre que sea posible el acceso a las madres a los Equipos de soporte a la lactancia materna, que están disponibles en muchos centros. En este caso debe solicitarse un soporte individual, fuera de los grupos para garantizar la confidencialidad.
 - En casos de mastitis, esta debe tratarse. Se recomendará la extracción de leche con máquina, y esta será desechada hasta resolución del proceso. Se utilizará otra máquina o bomba de extracción para el pecho contralateral, que será el primero que debe ofrecerse al lactante.

Según cada caso se optará en:

- Cese de la lactancia materna
 - Interrumpir la lactancia materna con extracción y desecho de la leche extraída hasta resolución de la mastitis.
 - Proseguir con la lactancia materna.
- En todos los casos de inflamación mamaria-mastitis significativa debe considerarse indicar profilaxis antirretroviral con tres fármacos a los lactantes expuestos, independientemente de que continúe o no la lactancia materna. En el caso de que se sospeche resistencia a los fármacos de la familia de no análogos, se utilizara en lugar de nevirapina: raltegravir. La profilaxis en el lactante deberá mantenerse un mínimo de 4 semanas tras el episodio, y previamente a su retirada es preciso reevaluar a la madre y al lactante.
 - La duración total de la lactancia debe ser sólo durante los primeros 4-6 meses en el entorno que se analiza, al igual que en el nuestro. Se recomienda el destete (es decir, la transición de la lactancia materna a la lactancia artificial) antes de la introducción de sólidos a los 4 a 6 meses para minimizar el período de alimentación mixta. Este periodo de transición debería durar 2-4 semanas, y se aconseja que la madre se extraiga al inicio la leche y la ofrezca en biberón.

- Si bien se debe desaconsejar la alimentación mixta, si el destete no ocurre a los 6 meses de edad, se debe recomendar la adición de alimentos complementarios según la guía de nutrición del país.
- **Recomendación 6:** Los niños que siguen lactancia materna, deben seguir un programa especial de seguimiento.

El seguimiento debe incluir:

- Profilaxis post-natal frente al VIH y control del cumplimiento de la misma:
 - *Primera opción:* profilaxis combinada con zidovudina + lamivudina +nevirapina, durante 4-6 semanas seguida de monoterapia con nevirapina hasta 4 semanas después de interrumpir la lactancia materna. En aquellos casos de lactantes hijos de madres con sospecha de resistencia a nevirapina, cambiar esta por raltegravir. Y seguir con monoterapia con zidovudina.
 - *Opciones alternativas:*
 - Monoterapia con nevirapina hasta 4 semanas después de la interrupción de la lactancia
 - Profilaxis combinada con zidovudina, lamivudina y nevirapina hasta 4 semanas después de la interrupción de la lactancia

En aquellos casos de tratamientos prolongados o toxicidad hematológica, podría considerarse en lactantes con HLA*B5701 negativo, cambiar zidovudina por abacavir.

- Control virológico, para descartar o confirmar la infección por transmisión vertical del VIH. Se solicitarán controles al nacer, seguida de controles a las 2 semanas, 4 semanas y cada 1-2 meses, hasta 2-4 meses después de interrumpir la lactancia materna.
- Control de la toxicidad relacionada con la medicación debe incluir hemograma completo periódico, alanina transaminasa (ALT), creatinina.
- Evaluación del estado de salud y desarrollo del lactante, monitorización de la carga viral y de la potencial toxicidad de los fármacos. Se aprovecharán los controles para monitorizar la adherencia al TAR de la madre, así como, descartar posibles problemas en la técnica de lactancia: presencia de grietas, sangrado, mastitis u otros.
- La salud oral e intestinal del lactante debe controlarse y tratarse de inmediato si surgen problemas (p. ej., candidiasis oral). Si el niño desarrolla aftas o gastroenteritis, se debe considerar la interrupción de la lactancia.

El seguimiento y controles que se proponen en la Guía, tanto para la madre como para sus recién nacidos/lactantes es muy superior al que otras Guías indican. La profilaxis combinada del recién nacido, no está indicada en otras guías.

Recomendación 7: Los proveedores de atención sanitaria o social no deben discriminar ni denunciar a los servicios de protección infantil o la policía a una mujer que vive con el VIH y amamanta a su bebé.

Esta recomendación no aplicaría en nuestro medio.

Recomendación 8: Debe existir un sistema de vigilancia sólido para controlar los casos de transmisión del VIH por la leche materna a fin de aumentar el conocimiento y detectar brechas en la atención.

En resumen, la Guía Canadiense, sigue recomendando la lactancia artificial en los lactantes expuestos al VIH, y establece las bases que deberían cumplirse para que las mujeres que vivan con el VIH puedan amamantar a sus hijos con el mínimo riesgo de infectarlos. Indican así mismo aquellas situaciones en las que si se producen son indicativas de interrumpir la lactancia materna:

Indicaciones de interrupción temporal o definitiva de la lactancia materna:

Afectan a la madre	Afectan al neonato o recién nacido
<ul style="list-style-type: none">• Poca o deficiente adherencia al TAR• Carga viral plasmática detectable• Incapacidad de asumir los controles o realizar un adecuado seguimiento• Presencia de grietas en los pezones, mastitis, inflamación u otros problemas	<ul style="list-style-type: none">• Inflamación del tubo digestivo (gastroenteritis prolongada, vómitos).• Candidiasis oral• Incapacidad para cumplir con la profilaxis• Identificación de toxicidad del TAR